

2016•2017
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN
*master in de toegepaste economische wetenschappen:
handelsingenieur*

Masterproef
Patient Stewardship Control: Focus op het welzijn van de patiënt

Promotor :
prof. dr. Sara LEROI-WERELDS

Copromotor :
Prof. dr. Alexandra STREUKENS

Lieze Peelmans
*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische
wetenschappen: handelsingenieur*

2016•2017

FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE
WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
handelsingenieur*

Masterproef

Patient Stewardship Control: Focus op het welzijn van de
patiënt

Promotor :
prof. dr. Sara LEROI-WERELDS

Copromotor :
Prof. dr. Alexandra STREUKENS

Lieze Peelmans

*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische
wetenschappen: handelsingenieur*

Woord vooraf

Deze masterproef vormt het sluitstuk van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen: Handelsingenieur, met afstudeerrichting Marketing en optie Operationeel Management en Logistiek aan de Universiteit Hasselt. Op eigen initiatief wilde ik, in dit eindwerk, het marketingconcept Customer Stewardship Control (CSC) onderzoeken in de gezondheidszorg. Het lijkt onorthodox om een marketingconcept te introduceren in deze voornamelijk non-profit sector. Toch kan CSC een belangrijke trigger zijn om activiteiten in de gezondheidszorg op een klantgerichtere manier te organiseren. De interesse in gezondheidszorg werd als het ware met de paplepel ingegeven. Elk van mijn (plus)ouders is tewerkgesteld in deze dienstensector. De vele keukentafelverhalen vormden voor mij een drijfveer om op zoek te gaan naar een manier om de bestaande problemen betreffende klantgerichtheid in de gezondheidszorg aan te pakken.

Graag zou ik enkele mensen bedanken die bijgedragen hebben tot de realisatie van deze masterproef. In de eerste plaats wil ik mijn promotor Professor dr. Sara Leroi-Werelds bedanken voor de goede raad, snelle en duidelijke feedback en gepassioneerde begeleiding. Verder een oprecht dank je wel aan het Jessa Ziekenhuis. Specifiek aan Karel Bosmans (Directeur Personeel en Organisatie) en Ludo Meyers (Directeur Patiëntenzorg) voor hun enthousiasme en vertrouwen in mijn masterproef. Daarnaast zou ik Els Panis uitvoerig willen bedanken. Zij was mijn contactpersoon binnen het Jessa Ziekenhuis. Haar snelle, vriendelijke en enthousiaste reacties zorgden ervoor dat de onderlinge communicatie snel en vlot verliep. Graag wil ik ook nog de tien ziekenhuismedewerkers bedanken die tijd wilden vrijmaken om mee te werken aan de diepte-interviews. Ondanks de drukte op hun afdelingen wilden ze mij ontvangen. Dit was zeker en vast niet vanzelfsprekend. Vervolgens wil ik graag mijn (plus)ouders bedanken om mij de mogelijkheid te bieden om deze boeiende omvangrijke studie te volgen. Hun steun gedurende de afgelopen vijf jaar gaf me vertrouwen en energie om te blijven doorzetten.

Het was ontzettend leerrijk om het Patient Stewardship Control concept zowel literair als empirisch te onderzoeken. Hopelijk kan dit eindwerk een start zijn voor een nieuwe visie op patiëntgerichtheid binnen het ziekenhuis en de gehele gezondheidszorg om zo medewerkers/zorgverleners, patiënten/bewoners/zorgvragers, familieleden en vrienden op een aangename manier bij te staan in een meestal niet zo aangename levensperiode. Daarnaast illustreert dit eindwerk dat marketing meer is dan enkel promotiemateriaal en leuke slogans. Op deze manier hoop ik enigszins de negatieve connotatie verbonden aan marketing ietwat om te buigen.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van mijn masterproef.

Lieze Peelmans

Samenvatting

Het welzijn van de klant en de daaraan gekoppelde waardecreatie vormen de centrale spil in marketing. Desalniettemin ontstonden, in de voorbije jaren, talloze voorbeelden van wanbeleid met betrekking tot klantwelzijn. Dit probleem manifesteert zich vooral tijdens het direct contact tussen frontlijnmedewerkers en klanten. Frontlijnmedewerkers jagen daarbij eerder persoonlijke doelen na in plaats van de klantnoden en -behoeften te behartigen. De onderzoekers Schepers, Falk, de Ruyter, de Jong en Hammerschmidt (2012) ontwikkelden een nieuw concept, Customer Stewardship Control (CSC), waarbij frontlijnmedewerkers intrinsiek gemotiveerd worden om zo klantwelzijn na te streven. De belangen van de klanten worden prioritair. Implementatie van CSC zou dusdanig een oplossing kunnen bieden om de nefaste ontwikkelingen tegen te gaan.

CSC is een relatief nieuw marketingconcept waarbij de focus op het welzijn van de klant komt te liggen. Het eerste deel van de masterproef staat dan ook in het teken van een grondige literatuurstudie met betrekking tot CSC. Naast een uitgebreide beschrijving van dit concept, wordt CSC vergeleken met een ander elementair controlesysteem namelijk, agency theorie. CSC is echter geen schakelaar die zo maar aan en uit gezet wordt. Dit concept heeft bepaalde triggers. Schepers et al. (2012) identificeerden zes antecedenten die CSC voorafgaan. Deze zijn gebaseerd op de prominente zelf-determinatie theorie, die stelt dat optimale groei en motivatie enkel bereikt kunnen worden indien de basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid bevredigd zijn.

Schepers et al. (2012) onderzochten CSC in de financiële sector en bouwden verder op de bevindingen van Greg Smith, voormalig hoofd van Goldman Sachs US. Deze identificeerde de urgentie van een gedragsverandering binnen de financiële wereld. Smith (2012) beticht financiële instellingen ervan de noden van klanten te formaliseren in regels en prestatie-indicatoren, waarbij frontlijnmedewerkers ten stelligste aangespoord worden om prestatiedoelen te behalen. Op die manier worden frontlijnmedewerkers extrinsiek gemotiveerd, waardoor ze, in de eerste plaats, persoonlijke doelen nastreven. Bijgevolg worden financiële producten aan de klant verkocht die niet per definitie aansluiten bij de belangen van de klant en bovendien zelfs nefaste gevolgen met zich kunnen meedragen.

Doordat dit thema zeer actueel is, wordt CSC in deze masterproef gekaderd in de gezondheidszorg, meer bepaald in een ziekenhuiscontext. In de sociale sector vertaalt het welzijn van de klant zich in patiëntwelzijn. Welzijn slaat vervolgens niet enkel op het gevoel van welbevinden, maar eveneens op de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt. CSC lijkt in dit verband perfect op zijn plaats. De voorgaande inzichten en concepten worden in het tweede deel van de literatuurstudie bestudeerd in de gezondheidszorg, waarbij CSC omgedoopt wordt tot Patient Stewardship Control (PSC). Deze benaming sluit beter aan bij de ziekenhuismaterie en voorkomt mogelijke verwarring.

Na een grondige literaire analyse van CSC en PSC wordt de accuraatheid van het conceptueel model, afkomstig uit Schepers et al. (2012), geverifieerd aan de hand van een kwalitatief onderzoek. Tien frontlijnmedewerkers van het Jessa Ziekenhuis werden tijdens een diepte-interview gehoord. Gedurende deze semi-gestuurde gesprekken werden verschillende aan PSC gerelateerde onderwerpen behandeld. Op basis van de ervaringen en percepties van de ziekenhuismedewerkers werd het conceptueel model aangepast aan de specifieke zorgomgeving van het Jessa Ziekenhuis. Het Jessa Ziekenhuis is hierbij de vertegenwoordiger van de gezondheidszorg.

In het tweede deel van de empirische studie vormt het gemodificeerd conceptueel model de basis voor een elektronische vragenlijst. Deze werd verdeeld onder de (hoofd)verpleegkundigen van het Jessa Ziekenhuis en bevroeg alle structurele elementen uit het model. 147 respondenten vulden de vragenlijst volledig in. De verkregen data werd geanalyseerd met PLS-SEM waarna het structureel model op basis van kwantitatieve gegevens geëvalueerd kon worden.

Enkele belangrijke conclusies kwamen uit dit onderzoek naar voor. Eerst en vooral zijn de Jessa verpleegkundigen over het algemeen intrinsiek gemotiveerd om extra inspanningen te leveren om de zorgverlening te optimaliseren. Daarbij verhoogt een hogere mate van individuele autonomie de gepercipieerde PSC van de verpleegkundigen en zodoende ook deze intrinsieke motivatie. Daarnaast is een bepaalde mate van vooropgestelde doelen, toezicht en beloningen nodig om verpleegkundigen de noodzakelijke taken efficiënt en kwaliteitsvol te laten vervullen met garantie op een (basis)welzijn van de patiënten. Daarbij bespreken verpleegkundigen met elkaar en met de leidinggevenden, mogelijkheden om de zorgverlening te verbeteren.

In het laatste deel van deze masterproef worden op basis van de resultaten aanbevelingen uitgeschreven voor het management van het Jessa Ziekenhuis. Deze concrete recommandaties fungeren als leidraad tot het bewerkstelligen van een patiëntgerichte zorg, waarbij de kwaliteit van de zorg naar een hoger niveau wordt getild.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	I
Samenvatting	III
Lijst van figuren	VII
Lijst van tabellen	VII
Hoofdstuk 1: Inleiding	1
1.1 Probleemstelling	1
1.2 Onderzoeksvragen	3
Hoofdstuk 2: Customer Stewardship Control (CSC)	5
2.1 Frontlijnmedewerker – klant relatie	5
2.2 Stewards.....	5
2.3 Welzijn	6
2.4 Intrinsieke motivatie	6
2.5 CSC.....	7
2.6 Vergelijking CSC en agency theorie.....	7
2.6.1 Agency theorie	7
2.6.2 CSC versus agency theorie	8
2.7 Antecedenten CSC	9
2.7.1 Individueel niveau	9
2.7.2 Teamniveau	10
2.8 Uitkomsten CSC.....	11
Hoofdstuk 3: Patient Stewardship Control (PSC)	13
3.1 Frontlijnmedewerker – patiënt relatie	14
3.2 Welzijn	14
3.3 Intrinsieke motivatie	14
3.4 PSC	15
3.5 PSC versus agency theorie.....	15
3.6 Antecedenten PSC.....	16
3.6.1 Individueel niveau	16
3.6.2 Teamniveau	17

3.7	Uitkomsten PSC	18
3.8	Conceptueel model.....	20
Hoofdstuk 4: PSC in het Jessa Ziekenhuis.....		21
4.1	Fase 1: Diepte-interviews	21
4.1.1	Tijdsgebrek en Perceived service climate.....	21
4.1.2	Internal influence	22
4.1.3	Aangepast conceptueel model.....	23
4.2	Fase 2: Elektronische vragenlijst	24
4.2.1	Stap 1: Steekproef	24
4.2.2	Stap 2: Variabelen hercoderen	24
4.2.3	Stap 3: Beschrijvende analyse van de dataset	24
4.2.4	Stap 4: Analysemethode	31
4.2.5	Stap 5: Analyse van het meetmodel	32
4.2.6	Stap 6: Analyse van het structureel model	40
4.3	Fase 3: Discussie van de resultaten	42
Hoofdstuk 5: Algemene conclusies en verdere implicaties.....		45
5.1	Onderzoeksoptzet en bevindingen.....	45
5.2	Aanbevelingen voor het Jessa Ziekenhuis	46
5.3	Kritische bemerkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek	48
Lijst van geraadpleegde werken		51
Bijlagen		59
Bijlage 1: Vragen voor diepte-interviews		59
Bijlage 2: Diepte-interviews hoofdverpleegkundigen		61
Bijlage 3: Diepte-interviews senior verpleegkundigen		69
Bijlage 4: Diepte-interviews junior verpleegkundigen		77
Bijlage 5: Diepte-interviews artsen		82
Bijlage 6: Elektronische vragenlijst		88
Bijlage 7: Discriminant validiteit		113

Lijst van figuren

Figuur 1: Conceptueel model op basis van literatuurstudie	20
Figuur 2: Aangepast conceptueel model	23
Figuur 3: Frequentie Geslacht	27
Figuur 4: Frequentie Leeftijd	27
Figuur 5: Frequentie Ambtstermijn	28
Figuur 6: Frequentie Functie	28
Figuur 7: Frequentie Afdeling	29
Figuur 8: Gemiddelde van constructen	30
Figuur 9: Gemiddelde van controlevariabelen.....	31
Figuur 10: Tests meetmodelanalyse.....	32
Figuur 11: Vergelijking van gemiddelden.....	38

Lijst van tabellen

Tabel 1: Beschrijving constructen	26
Tabel 2: Unidimensionaliteit constructen.....	33
Tabel 3: Betrouwbaarheid constructen	34
Tabel 4: Itemladingen	36
Tabel 5: AVE per construct	39
Tabel 6: Determinatie coëfficiënt R^2	40
Tabel 7: Hypothese tests	41

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Probleemstelling

De dienstensector is een sector die alles en iedereen in de samenleving beïnvloedt. Ongeveer 80% van het GDP in ontwikkelde landen komt voort uit dienst-gerelateerde activiteiten (Gustafsson et al., 2015). Niet verwonderlijk is de dienstensector de grootste werkgever en de snelst groeiende sector in termen van aantal bedrijven en medewerkers. Daarnaast komen klanten elke dag, in alledaagse activiteiten, met diensten in aanraking. De dienstensector is dusdanig een enorme bron van groei, waardecreatie en welzijn voor zowel bedrijven als klanten (Anderson et al., 2013). Dit betekent dat onderzoek naar deze sector potentieel heeft om een grote impact te hebben op de gemeenschap.

In de dienstensector is het contact tussen klant en medewerker vaak de eerste en enige vertegenwoordiging van een dienstverlenend bedrijf. De verkregen dienst vormt daardoor de basis voor het beeld dat klanten zich van een bedrijf vormen. Medewerkers die in direct contact staan met de klant, de frontlijnmedewerkers, zijn dan ook bepalend voor de door de klant waargenomen kwaliteit van de verleende dienst (Hartline, Maxham III, & McKee, 2000; Korschun, Bhattacharya, & Swain, 2014). Berry en Parasuraman (1992) bevestigen dit door te stellen dat de competenties van frontlijnmedewerkers de door klanten gepercipieerde waarde van een dienst beïnvloeden. Wu, Tsai, Hsiung en Chen (2015) stellen bovendien dat goede klantenservice in een dienstcontext bewerkstelligd wordt door frontlijnmedewerkers. Frontlijnmedewerkers zijn verantwoordelijk voor de persoonlijke service aan klanten. In de dienstensector is de interactie tussen klant en frontlijnmedewerker een kritisch deel van elke transactie. Daarbij zijn de klantenservicecompetenties, de vaardigheden van frontlijnmedewerkers, in verband met klantbenadering en dienstverstrekking, uiterst belangrijk om diensten van hoge kwaliteit te kunnen aanbieden (Kandampully, 1998).

Een belangrijke onderdeel van onderzoek in de dienstensector is Transformative Service Research (TSR). TSR wordt gedefinieerd als de integratie van klant- en dienstenonderzoek dat zich concentreert op het creëren van verrijkende veranderingen en verbeteringen in het welzijn van individuen, families, sociale netwerken, steden en gemeenten, naties, collectieven en ecosystemen (Anderson et al., 2013). De focus van TSR wordt gelegd op welzijnsuitkomsten gerelateerd aan diensten (Anderson et al., 2013). Gegeven dat frontlijnmedewerkers cruciaal zijn bij de dienstverlening, stellen Anderson et al. (2013) dat frontlijnmedewerkers klanten rechtstreeks beïnvloeden en dusdanig de mogelijkheid hebben om het welzijn van de klant aanzienlijk te beïnvloeden (Anderson et al., 2013). Frontlijnmedewerkers worden dusdanig verantwoordelijk voor het welzijn van de klant (Anderson, Ostrom, & Bitner, 2011). Schepers et al. (2012) halen aan dat frontlijnmedewerkers deze verantwoordelijkheid echter niet altijd opnemen. De relatie tussen klant en organisatie kan grote schade oplopen door mismanagement, wangedrag en het behandelen van klanten als externaliteiten door deze frontlijnmedewerkers (Schepers et al., 2012).

Zulke onvolkomenheden zijn nefast in een sector als de gezondheidszorg vermits in deze sector organisatie en klant bijna automatisch moeten bijdragen aan zowel individueel als sociaal welzijn (Anderson et al., 2013). De gevolgen die gezondheidszorg teweeg kan brengen op de levenskwaliteit van de klant, of beter gezegd 'de patiënt', demonstreert de grote potentiële impact die deze zorg kan hebben op daadwerkelijke veranderingen in het dagdagelijkse leven van deze patiënten (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015). Dit illustreert de noodzaak voor bijkomend onderzoek in het TSR onderzoeksdomein. Onder gezondheidszorg ressorteren bijvoorbeeld woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, centra geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen. Het is cruciaal om in deze sector het welzijn van de patiënt, te beschermen en te verbeteren. Vermits frontlijnmedewerkers in deze context een enorme invloed uitoefenen op het welzijn van de patiënt, is het zeer belangrijk dat de frontlijnmedewerkers zich verantwoordelijk voelen voor het lange termijn welzijn van patiënten en zorgvoorzieningen.

In het verlengde hiervan reiken onderzoekers Schepers et al. (2012) een nieuw marketingconcept aan: Customer Stewardship Control (CSC). Hierbij voelt de frontlijnmedewerker zich (moreel) verantwoordelijk voor het welzijn van de klant. De doelen van de frontlijnmedewerker komen op deze manier op eenzelfde lijn te liggen met deze van de klant, waardoor de frontlijnmedewerker vastberaden is om goed werk te leveren. Op die manier waakt hij over het welzijn van de klant en kan hij tegelijkertijd het eigenbelang behartigen (Hernandez, 2008). De basis van de relatie tussen klant en frontlijnmedewerker wordt één van morele verantwoordelijkheid, waarbij beide zich verbinden om geen misbruik van elkaar te maken (Caldwell & Karri, 2005). De frontlijnmedewerkers doen hun uiterste best om de klant zo goed mogelijk van dienst te zijn. De frontlijnmedewerker ervaart zo een grotere voldoening dan door enkel het eigen belang na te streven (Davis, Schoorman, & Donaldson, 1997). Hoewel Schepers et al. (2012) CSC bekeken in het licht van de financiële sector, focust deze masterproef op CSC in de gezondheidszorg, meer bepaald in ziekenhuizen. We spreken dan ook van Patient Stewardship Control (PSC).

1.2 Onderzoeksvragen

Het opzet van deze masterproef is om, met het concept PSC als uitgangspunt, concrete aanbevelingen te doen zodat voorzieningen in de gezondheidszorg een kader kunnen creëren waarin frontlijnmedewerkers zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de patiënt en tegelijkertijd geëngageerd blijven om dit welzijn te beschermen en te verbeteren. Dit oogmerk wordt vertaald naar de centrale onderzoeksvraag:

“Wat is de rol van Patient Stewardship Control in de gezondheidszorg?”

De te onderzoeken problematiek wordt opgesplitst in vier deelvragen. De deelvragen zijn een middel om een antwoord te vinden op de geformuleerde centrale onderzoeksvraag.

Vooraleer de bijdrage van PSC in de gezondheidszorg onderzocht kan worden, dient het concept gedetailleerd beschreven en uitgediept te worden. Hierbij is het belangrijk om de verschillende facetten van dit concept in kaart te brengen. Een diepgaande studie betreffende PSC wordt verkregen door het vinden van een antwoord op de eerste deelvraag “Wat omvat het marketingconcept Patient Stewardship Control?”

Deze grondige beschrijving van het concept wordt aangevuld met de identificatie en de bespreking van de verschillende antecedenten. Deze bouwstenen worden grondig onder de loep genomen en geanalyseerd in het licht van PSC. “Welke antecedenten vormen de basis van PSC?”

Naast PSC is agency een belangrijke theorie op het gebied van medewerkersgedrag. In de agency theorie worden frontlijnmedewerkers gezien als rationele, opportunistische spelers, welke gemanaged dienen te worden door monitoring en beloningen op basis van duidelijk vooropgestelde doelen (Eisenhardt, 1989). In het onderzoek van Schepers et al. (2012) wordt nagegaan in hoeverre CSC tegenstrijdig of complementair is aan agency theorie op het gebied van medewerkersgedrag. Agency theorie is eerder een traditioneel controlesysteem waarvan de effectiviteit binnen de dienstencontext zoals gezondheidszorg in vraag wordt gesteld. De dynamische dienstomgeving maakt het vaak moeilijk om heterogene klantenbelangen op één lijn te krijgen met formele prestatie-indicatoren (Schepers et al., 2012). In sectoren zoals de gezondheidszorg is het moeilijk om de ingebedde verantwoordingsplicht voor het welzijn van de patiënt te verzoenen met agency instrumenten. Een groeiend aantal onderzoekers stelt dat de synergie tussen prestatiedoelen en klantenbelang enkel verzoend kan worden wanneer frontlijnmedewerkers door controlesystemen beschouwd worden als stewards voor de klant (Block, 1996; Davis et al., 1997; Hernandez, 2008, 2012; Tosi, Brownlee, Silva, & Katz, 2003). Om dit verder uit te zoeken in de gezondheidszorg wordt een antwoord gezocht op de derde deelvraag “In welke mate is PSC in de gezondheidszorg effectiever in vergelijking met agency theorie?”

Na een grondige literatuurstudie betreffende het concept, de onderliggende antecedenten en een vergelijking met een traditionelere benadering als de agency theorie, spitst het onderzoek zich toe op de potentiële impact die PSC te weeg brengt in de gezondheidszorg. Volgens Block (1996) en Davis et al. (1997) leidt PSC bijvoorbeeld tot een gevoel van verantwoordelijkheid en psychologische eigendom, waardoor de belangen van zowel de patiënt als de frontlijnmedewerker op éénzelfde lijn komen te liggen. Met behulp van de laatste deelvraag: "Welke effecten kunnen voortvloeien uit Patient Stewardship Control in de gezondheidszorg?", worden de potentiële gevolgen van PSC in de gezondheidszorg geïdentificeerd en besproken.

Hoofdstuk 2: Customer Stewardship Control (CSC)

Zoals eerder aangehaald, is het concept Patient Stewardship Control (PSC) gebaseerd op het concept Customer Stewardship Control (CSC), ontwikkeld door Schepers et al. (2012). Dit concept betekent dat een frontlijnmedewerker zich (moreel) verantwoordelijk voelt voor het welzijn van de klant. De doelen van de frontlijnmedewerker komen op éénzelfde lijn te liggen als deze van de klant. Op die manier waakt de frontlijnmedewerker over het welzijn van de klant en behartigt hij tegelijkertijd het eigenbelang (Hernandez, 2008). De basis van de relatie tussen klant en frontlijnmedewerker wordt er één van morele verantwoordelijkheid, waarbij beide zich verbinden om geen misbruik van elkaar te maken (Caldwell & Karri, 2005). De kracht van dit concept is dat frontlijnmedewerkers hun uiterste best doen om de klant zo goed mogelijk van dienst te zijn, terwijl ze een grotere voldoening ervaren dan wanneer ze louter het eigen belang zouden nastreven (Davis et al., 1997). Het voorgaande wordt in de volgende secties systematisch verduidelijkt.

2.1 Frontlijnmedewerker – klant relatie

De basis van CSC is de relatie tussen frontlijnmedewerker en klant (Schepers et al., 2012). Een frontlijnmedewerker is een medewerker die in direct contact staat met de klant. Door deze relatie als startpunt te nemen, dient een manier gevonden te worden om de belangen en doelen van deze twee partijen op één lijn te krijgen. Volgens Schepers et al. (2012) worden frontlijnmedewerkers, door hun rechtstreeks contact met klanten, 'stewards' die intrinsiek gemotiveerd zijn om het welzijn van klanten te verzekeren.

2.2 Stewards

De term steward in CSC verwijst naar 'stewardship theorie'. Deze theorie vormt een belangrijke basis van het CSC concept. Oorspronkelijk werd stewardship theorie ontwikkeld voor de relatie tussen individu en organisatie. Volgens deze oorspronkelijke stewardship theorie is een steward een individu dewelke een grotere waarde hecht aan de belangen van de organisatie dan aan het eigenbelang. De steward zal, zelfs wanneer de belangen van de organisatie en deze van hemzelf niet in overeenstemming zijn, steeds handelen in het voordeel van de organisatie. Een steward wil in de eerste plaats de doelen van de organisatie verwezenlijken. Zijn gedrag is collectief en gefocust op de organisatie (Davis et al., 1997).

Een steward kan eveneens waarde hechten aan de belangen van stakeholders of een bepaalde groep stakeholders, zoals bijvoorbeeld klanten in het geval van CSC. Volgens de stewardship theorie is het mogelijk om een synergie te creëren tussen de prestatiedoelen van stewards enerzijds en de belangen van klanten anderzijds (Block, 1996; Davis et al., 1997; Hernandez, 2008, 2012; Tosi et al., 2003).

Hernandez (2008) definieert stewardship als standpunten en gedragingen die op de eerste plaats de lange termijn belangen van een groep behartigen. Deze groepsbelangen komen vóór de persoonlijke doelen die het individueel eigenbelang vertegenwoordigen (Hernandez, 2008). Stewards stellen zich

persoonlijk verantwoordelijk voor het welzijn van stakeholders voortvloeiend uit acties en beslissingen genomen door de organisatie. Daarbij zoeken stewards een evenwicht tussen enerzijds verplichtingen ten opzichte van stakeholders zowel binnen als buiten de organisatie én anderzijds hun engagement om brede, sociale en universele morele normen na te streven (Hernandez, 2008). In een later werk verfijnt Hernandez (2012) zijn definitie en omschrijft stewardship als de mate waarin een individu het eigenbelang opzij zet om in het belang van het lange termijn welzijn van anderen te handelen. Het is een continu engagement ten opzichte van anderen dat gebaseerd is op de intentie om relaties in stand te houden (Hernandez, 2012). De belangen van de organisatie worden in deze meer recente definitie, verfijnd tot het welzijn van de organisatie.

Voorlopig kan besloten worden dat, binnen de organisatie, de steward het welzijn van alle klanten wil verzekeren (Donaldson & Preston, 1995) door de lange termijn belangen van klanten te laten primeren op het eigenbelang (Davis et al., 1997). Daardoor wordt een synergie gecreëerd tussen de prestatiedoelen van de steward, het welzijn van de klant en de belangen van de organisatie.

2.3 Welzijn

Het welzijn van de klant wordt daardoor een belangrijk onderdeel van het CSC concept. Tijdens de interactie tussen frontlijnmedewerker en klant, voelt de frontlijnmedewerker zich persoonlijk en moreel verantwoordelijk voor het algemeen welzijn van de klant (Schepers et al., 2012). De frontlijnmedewerker voelt zich niet enkel intrinsiek verantwoordelijk voor het welzijn van de klant, maar gelooft bovendien dat hij het welzijn van deze klant kan beïnvloeden. Frontlijnmedewerkers worden stewards en ontwikkelen een zelfregulerend mechanisme waardoor het welzijn van klanten een belangrijk persoonlijk objectief wordt. De steward identificeert zich met de belangen van de klant. De belangen van stewards en deze van klanten komen met andere woorden op eenzelfde lijn te liggen, waardoor stewards intrinsiek gemotiveerd en gestimuleerd worden om het collectief welzijn en de collectieve belangen te behartigen. Op die manier willen stewards vermijden dat aan klanten schade of verlies berokkend wordt (Hernandez, 2008; Pierce, Kostova, & Dirks 2001; Hernandez, 2012).

2.4 Intrinsieke motivatie

Uit vorig item blijkt dat intrinsieke motivatie een belangrijk onderdeel van CSC vormt, omdat stewards een gevoel van intrinsieke verantwoordelijkheid ervaren over het welzijn van de klant. Bovendien geloven stewards dat ze dit welzijn kunnen beïnvloeden. De aanwezigheid van deze intrinsieke motivatie wordt bijgevolg een belangrijke voorwaarde voor CSC.

De concepten intrinsieke en extrinsieke motivatie komen uit de zelfdeterminatietheorie (ZDT) van onderzoekers Deci en Ryan (1985), een zeer belangrijke theorie in de psychologie. Het is een theorie die zich toelegt op drie psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid. Volgens de theorie wordt een optimale persoonlijke groei bereikt indien aan deze drie basisbehoeften

voldaan wordt. Factoren die autonomie, competentie en verbondenheid ondersteunen en bevorderen leiden tot betere prestaties, een groter doorzettingsvermogen en meer creativiteit. Omgekeerd tast een tekort aan één van deze drie psychologische basisbehoeften het welzijn van individuen aan. ZDT vormt het speelterrein voor de wisselwerking tussen externe (extrinsieke) en interne (intrinsieke) motivatoren. Onder intrinsieke motivatie wordt verstaan dat een individu iets doet omdat hij het zelf wil, omdat hij dit vanuit zichzelf werkelijk interessant of amusant vindt (Ryan & Deci, 2000). De motivatie ontstaat door nieuwsgierigheid, het willen zorgen voor anderen of vanuit individuele waarden. De tegenhanger van intrinsieke motivatie is extrinsieke motivatie. Hierbij doet een individu iets omdat hij daarvoor een bepaald resultaat bekommt (Ryan & Deci, 2000). Het individu handelt om een externe beloning te ontvangen of om een straf te ontlopen.

2.5 CSC

Samengevat is CSC een relatief nieuw concept in het marketingdomein. Stewardship wordt gedefinieerd als de totaliteit waarbinnen een individu vrijwillig persoonlijke belangen onderwerpt om acties te ondernemen die het lange termijn welzijn van anderen bevorderen (Hernandez, 2012). CSC is een specifieke vorm van stewardship. Stewardship theorie legt de nadruk op het welzijn van anderen. CSC is marketing gericht waarbij 'anderen' de klanten zijn. De frontlijnmedewerker heeft een gevoel van persoonlijke en morele verantwoordelijkheid voor het algemeen welzijn van de klant (Schepers et al., 2012). De frontlijnmedewerker wil, vanuit een intrinsieke motivatie, zo goed mogelijk aan de behoeften van de klant tegemoet komen (Schepers et al. 2012) en daardoor tegelijkertijd de eigen belangen realiseren.

2.6 Vergelijking CSC en agency theorie

Agency theorie wordt in verschillende studies naar voor geschoven als een alternatief controlesysteem voor stewardship theorie en omgekeerd. Beide theorieën hebben eigen kenmerken en antecedenten. De ene theorie is niet noodzakelijk beter dan de andere. Het is eerder een context afhankelijke keuze. In eerste instantie wordt agency theorie toegelicht. Daarna worden CSC en agency theorie vergeleken.

2.6.1 Agency theorie

De agency theorie is gebaseerd op 'the model of man'. Volgens dit psychologisch model is een individu een rationele speler die zijn individueel nut of eigenbelang wil maximaliseren (Jensen & Meckling, 1976). Agency theorie veronderstelt daarbij dat individuen rationeel en opportunistisch zijn (Eisenhardt, 1989). Deze rationeel opportunistische individuen worden 'agenten' genoemd. Agenten willen hun winst optimaliseren tegen de minst mogelijke kost. Indien nodig zullen agenten hiervoor de voordelen van anderen opofferen om het eigenbelang te maximaliseren (Hernandez, 2012). Door de grote focus op het eigenbelang, stellen agenten gedrag dat voor zichzelf voordelig is, ongeacht de consequenties voor anderen (Jensen & Meckling, 1976). In lijn met deze theorie streven individuele stakeholders van een organisatie, in het kader van deze masterproef zijn dit de frontlijnmedewerkers, naar persoonlijk nutsmaximalisatie. Deze zogenaamde agenten jagen eigenbelang na, ongeacht de

gevolgen voor anderen en worden dusdanig gemotiveerd door persoonlijke winsten (Davis et al., 1997). Door zulk opportunistisch gedrag en focus op eigenbelang ontstaan er agentkosten voor de organisatie en zijn stakeholders (Jensen & Meckling, 1976). Agentkosten worden gedefinieerd als de opoffering van welzijn en de (potentiële) kosten geassocieerd met het controleren van agenten (Jensen & Meckling, 1976). Agentkosten ontstaan dusdanig door een onevenwicht tussen de organisatiebelangen en het eigenbelang van frontlijnmedewerkers (Davis et al., 1997). Om deze kosten te beperken en te beheren, dienen frontlijnmedewerkers gecontroleerd te worden (Jensen & Mercken, 1976). Indien duidelijke doelen gesteld worden, kunnen deze doelen gecontroleerd worden op basis van toezicht en beloningen (Eisenhardt, 1989). De meest effectieve controlesystemen zijn compensatiesystemen en bestuursstructuren (Jensen & Meckling, 1976). Een concreet voorbeeld van compensatiesystemen is verloning op basis van commissies. Regelmatige verantwoording door evaluatie tijdens functionerings- en beoordelingsgesprekken tussen frontlijnmedewerkers en hun direct leidinggevenden is een concreet voorbeeld van een bestuursstructuur (Hernandez, 2012). De ingestelde beloningen en controles zijn met andere woorden noodzakelijk om te verhinderen dat individuen opportunistisch handelen (Schepers et al., 2012). Beloningen en controles zijn motivatoren die frontlijnmedewerkers extrinsiek motiveren. Hieruit volgt dat agenten veeleer extrinsiek gemotiveerd zijn.

2.6.2 CSC versus agency theorie

Het eerste duidelijke verschil tussen CSC en agency theorie is bijgevolg de vorm van motivatie. Zoals eerder beschreven worden stewards gemotiveerd door intrinsieke motivatoren, terwijl agenten gemotiveerd worden door extrinsieke motivatoren (Davis et al., 1997). Controlesystemen motiveren agenten op een extrinsieke manier door externe beloningen, terwijl stewards eerder intrinsiek gemotiveerd worden.

Een steward frontlijnmedewerker identificeert zich in grotere mate met de klanten en de organisatie. Dit in tegenstelling tot een agent frontlijnmedewerker. Een steward frontlijnmedewerker voelt een sterke mate van verbondenheid en gelijkgestemdheid met de klanten en schrijft het succes en het falen van de organisatie aan zichzelf toe. Een frontlijnmedewerker die zich identificeert met de klanten doet zijn best om de doelen van de klanten te bereiken, problemen op te lossen en obstakels die succes in de weg staan te overwinnen (Bass, 1960). Een agent frontlijnmedewerker zal veeleer problemen van zich af schuiven om te vermijden dat hijzelf verantwoordelijk gesteld wordt voor gemaakte fouten (Davis et al., 1997). Agent frontlijnmedewerkers nemen bijgevolg geen beslissingen met betrekking tot het probleem of ondernemen geen pogingen om het probleem op te lossen. Agent frontlijnmedewerkers beschouwen de klanten en de organisatie niet als een deel van zichzelf, deze liggen veeleer buiten zichzelf.

Veel economische theorieën onderstrepen dat frontlijnmedewerkers gemotiveerd worden door eigenbelang. Stewardship theorie maakt deze assumptie niet en benadrukt dat frontlijnmedewerkers

handelen in het belang van de stakeholders van de organisatie, niet enkel in eigenbelang (Davis et al., 1997). Het belang van stakeholders, zoals klanten, en het eigenbelang worden op eenzelfde lijn geplaatst.

2.7 Antecedenten CSC

Om het concept CSC in de praktijk toe te kunnen passen, is het belangrijk niet alleen het concept zelf onder de loep te nemen, maar ook de factoren te onderzoeken die CSC kunnen beïnvloeden. Op die manier kunnen (gezondheidszorg)managers strategieën ontwikkelen om CSC te implementeren of te faciliteren. Het is bijgevolg uiterst belangrijk om de voorliggende antecedenten van het theoretisch concept te kennen en te begrijpen vooraleer het concept daadwerkelijk te kunnen inleiden op de werkvloer. In de twee volgende secties worden de onderliggende antecedenten van CSC omvangrijk omschreven, met het oog op een effectieve implementatie in (gezondheidszorg)organisaties.

Schepers et al., (2012) identificeren zes antecedenten van CSC. Drie hiervan liggen op individueel niveau, de overige drie worden gesitueerd op teamniveau. De antecedenten bouwen verder op de nood aan intrinsieke motivatie die frontlijnmedewerkers tot stewards maken. De geïdentificeerde antecedenten zijn bovendien gebaseerd op de psychologische behoeften die in de ZDT naar voor worden geschoven: autonomie, competentie en verbondenheid (Deci, Koestner & Ryan, 1999; Ryan & Deci, 2000). Frontlijnmedewerkers willen zo goed mogelijk aan deze drie psychologische behoeften voldoen (Ryan & Deci, 2000). Deze drie psychologische behoeften worden zowel op individueel als op teamniveau bekeken.

2.7.1 Individueel niveau

Het eerste antecedent op individueel niveau is Frontlijnmedewerker autonomie. Autonomie slaat op de mogelijkheid van een individu om eigen keuzes te maken en te kunnen doen wat hij zelf wil (Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009; Vandercammen, Hofmans & Theuns, 2014; Ng, Ntoumanis, Thogersen-Ntoumani, Deci, Ryan, Duda, & Williams, 2012). In een werkcontext is autonomie de mate waarin een frontlijnmedewerker de macht, de vrijheid en de bevoegdheid heeft om werk te plannen, zelf beslissingen te nemen en om te gaan met veranderingen (Kirkman & Rosen, 1999; Morgeson & Humphrey, 2006). Een grotere autonomie geeft frontlijnmedewerkers het gevoel dat de bekomen werkuitkomsten afhankelijk en een gevolg zijn van de geleverde inspanningen. Daarnaast zorgt autonomie voor groeimogelijkheden van de individuele frontlijnmedewerker. Het motiveert frontlijnmedewerkers om volledige verantwoordelijkheid te nemen voor de problemen waarmee klanten worstelen (Galletta, Portoghese & Battistelli, 2011). Een frontlijnmedewerker die volledig gestuurd wordt en zich eerder gedraagt als agent, zal daarentegen klantontevredenheid veeleer van zichzelf afschuiven en de oorzaak leggen bij de organisatie zelf (Schepers et al., 2012).

Frontlijnmedewerker competentie is het tweede antecedent op individueel niveau. Competentie is een soort van zelfvertrouwen, het gevoel bekwaam en doeltreffend te zijn in het bereiken van de beoogde

uitkomsten en het uitoefenen van de eigen capaciteiten (Ryan et al., 2009; Vandercammen et al., 2014; Ng et al., 2012). Frontlijnmedewerkers met meer kennis en capaciteiten ontwikkelen een 'locus of control'. Ze geloven een wezenlijke invloed te kunnen uitoefenen op uitkomsten. Een locus of control zorgt ervoor dat frontlijnmedewerkers zich meer verantwoordelijk voelen om te beantwoorden aan de behoeften van klanten, doordat ze geloven in hun eigen kennis en capaciteiten om vragen te beantwoorden en problemen op te lossen (Bandura, 1986; Schepers et al., 2012). Een frontlijnmedewerker met uitgebreide kennis en vaardigheden zal eveneens sneller resultaten aan zichzelf toeschrijven in plaats van deze uitkomsten toe te schrijven aan externe factoren (Hui & Toffoli, 2002). Samengevat wordt een frontlijnmedewerker een steward wanneer hij het gevoel heeft alle relevante informatie en vereiste vaardigheden te bezitten om klantproblemen op te lossen (Schepers et al., 2012).

Frontlijnmedewerker verbondenheid is het laatste antecedent op individueel niveau. Verbondenheid is het gevoel verbonden te zijn met anderen (Ryan et al., 2009). Het gevoel geaccepteerd, gerespecteerd, begrepen en geliefd te zijn door anderen (Ng et al., 2012; Vandercammen et al., 2014). Door een gevoel van verbondenheid met andere stakeholders van de organisatie, bijvoorbeeld klanten, zal een frontlijnmedewerker zich verantwoordelijk voelen voor enerzijds de uitgevoerde taken (Sekiguchi, Burton & Sablynski, 2008) en anderzijds het aanpakken van problemen. Daarnaast gelooft de frontlijnmedewerker dat mislukkingen niet persoonlijk aangerekend worden (Schepers et al., 2012).

2.7.2 Teamniveau

Frontlijnmedewerkers werken tegenwoordig veeleer in team dan alleen. Organisaties organiseren zich meer en meer op basis van een teamstructuur. Individuele prestaties zijn hierbij niet noodzakelijk gelijklopend met teamprestaties. In teamverband komen individuele frontlijnmedewerker opvattingen samen tot teamopvattingen. Daarnaast ontstaan eveneens gedeelde teamnormen (Schepers et al., 2012). In een CSC context wordt het uitbouwen van een teamstructuur aangemoedigd (Hernandez, 2012). Teamstructuren kunnen namelijk helpen om de implementatie van CSC te vergemakkelijken. Een opsplitsing van de antecedenten op individueel en teamniveau is hierdoor gerechtvaardigd. De drie psychologische basisbehoeften kunnen daardoor ook op teamniveau bekeken worden als drie mogelijke antecedenten van CSC.

Het eerste antecedent op teamniveau is Teamautonomie. Zoals eerder gesteld is autonomie de mate waarin het werk aanzienlijke vrijheid en onafhankelijkheid geeft met betrekking tot het plannen en uitvoeren van taken (Hackman & Oldham, 1980). Teamautonomie refereert naar de vrijheid, onafhankelijkheid en mogelijkheid van het team om de teamtaken te plannen en uit te voeren (Cordery, Mueller, & Smith, 1991; Hackman, 1987; Kirkman & Rosen, 1999; Langfred, 2000). Teams met meer autonomie creëren structuren die groei en persoonlijke ontwikkeling bevorderen, doordat het gehele team verantwoordelijk is voor de geleverde prestaties in plaats van één individu (Stewart, 2006). Daarbij zorgt een hoge Teamautonomie voor hogere productiviteit, kwaliteit, innovatie, job

voldoening, minder vrijwillig ontslag en minder ongevallen (Goodman, Devadas, & Hughson, 1988; Guzzo & Dickson, 1996; Hackman, 1987; Sundstrom, de Meuse, & Futrell, 1990).

Teamcompetentie is het tweede antecedent op teamniveau en slaat op kennis en vaardigheden van het team om beoogde teamuitkomsten te bereiken (Kauffeld, 2006). De Teamcompetentie hangt af van de individuele competenties van de teamleden. Het geheel van kennis en capaciteiten in het team is de som van de individuele competenties van de groepsleden (Kauffeld, 2006). Groepsleden beïnvloeden elkaar door interactie. Gedrag, kennis, attitudes, opvattingen en meningen van individuele teamleden beïnvloeden elkaar waardoor de groep verandert (Bergius, 1976). Zo zal het gebrek aan een bepaalde vaardigheid van het ene lid gecompenseerd worden door een ander lid die de vereiste vaardigheid wel bezit (Kauffeld, 2006). Teams handelen met andere woorden als een geheel (Cranach, 1996). In teams met hoge competentie vertrouwen frontlijnmedewerkers op de andere teamgenoten. De frontlijnmedewerkers geloven dat de andere teamleden voldoende vaardigheden en kennis bezitten. Het is daardoor zeer aannemelijk dat klanten tevreden zullen zijn, waardoor het risico op falen verkleint. Met bovenstaande overtuiging zijn teamleden meer geneigd zich verantwoordelijk te voelen voor het algemeen welzijn van klanten, het team en de organisatie (Hui & Toffoli, 2002).

Het laatste antecedent op teamniveau is Teamverbondenheid. Een team voelt zich een wezenlijk en gewaardeerd deel van de organisatie en zijn stakeholders (Nutt, 2015). Teams die een grote verbondenheid voelen met stakeholders en de organisatie herkennen het belang van hun werk en de daaraan gerelateerde verantwoordelijkheid, waardoor teamleden meer volhardend en gemotiveerd zijn (Kirkman & Rosen, 1999).

2.8 Uitkomsten CSC

Na bespreking van het CSC construct en de antecedenten worden de mogelijke uitkomsten van CSC bekeken. De volgende sectie spitst zich toe op de effecten die beoogd kunnen worden door CSC bij frontlijnmedewerkers in een organisatie te implementeren. Hiervoor worden de effecten op 'in-role behavior' en 'extra-role behavior' bekeken.

In-role behavior (IRB) is het noodzakelijk of verwacht gedrag dat een frontlijnmedewerker stelt om aan de job gerelateerde plichten te kunnen voldoen (Zhu, 2013). IRB is, met andere woorden, het gedrag dat een frontlijnmedewerker stelt om de formeel vereiste taken en werk uit te voeren en zo klanten te kunnen bedienen (Bettencourt & Brown, 1997).

Extra-role behavior (ERB) is het spontaan gedrag dat een frontlijnmedewerker stelt (Zhu, 2013). Het zijn alle extra inspanningen die een frontlijnmedewerker doet, die niet expliciet vastgelegd of opgelegd zijn in de functiebeschrijving (MacKenzie, Podsakoff, & Ahearne, 1998; Netemeyer, Maxham, & Pulling, 2005). Het zijn de extra eigen initiatieven om de interactie met klanten te verbeteren en om te reageren op problemen en bekommernissen van klanten (Bettencourt & Brown, 1997).

Hoofdstuk 3: Patient Stewardship Control (PSC)

CSC is een relatief nieuw concept in het marketingdomein dat ook toepasbaar is in de gezondheidszorg. Het doel van deze masterproef is om te achterhalen wat de rol van CSC in de gezondheidszorg kan zijn.

In dit tweede deel van de literatuurstudie wordt CSC in het licht van de gezondheidszorg besproken. Het empirisch deel van dit onderzoek wordt eveneens uitgevoerd in een zorgomgeving, meer bepaald in een algemeen ziekenhuis. In deze context worden 'klanten' gespecificeerd als 'patiënten'. Om verwarring te vermijden wordt geopteerd om gedurende het vervolg van deze studie, de term CSC te vervangen door Patient Stewardship Control (PSC). PSC sluit beter aan bij het specifieke terrein van de gezondheidszorg en bijgevolg ook bij het verdere verloop van de masterproef.

De gezondheidszorg is het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin (van der Meer et al., 1997). Hieronder ressorteren onder andere woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, centra geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen. De gezondheidszorg maakt deel uit van de dienstensector, een sector waarin frontlijnmedewerkers een belangrijke, zelfs cruciale rol spelen. Het sociale karakter van het werk in deze overwegend non-profit sector doet eveneens vermoeden dat motivatie en psychologische instelling van frontlijnmedewerkers ten opzichte van het werk anders is dan in de zuivere profit sector. Een (for-) profit organisatie wordt beschouwd als een onderneming die risico's neemt en waarin het streven naar winst noodzakelijk is voor het voortbestaan van de organisatie. Om winst te kunnen realiseren rekenen deze organisaties premies aan voor de geleverde producten of diensten (Zhu, Wang, & Bart, 2016). In de non-profit sector is de factor winst niet het hoofddoel van de onderneming. Het belangrijkste en prioritaire doel is het leveren van welzijn. Met andere woorden een niet-commerciële maatschappelijke doelstelling.

Een non-profit organisatie heeft enkele belangrijke karakteristieken. Een non-profit organisatie is formeel of in termen van organisatievorm of -werking institutioneel. In een non-profit organisatie is er geen winstverdeling, de genereerde winsten worden niet verdeeld onder eigenaars of managers, maar worden terug in de organisatie geïnvesteerd. Daarnaast steunt de organisatie op donaties en sponsoring (Zhu et al., 2016). Een non-profit onderneming is zelfregulerend en heeft een eigen intern bestuursapparaat. Non-profit organisaties spreken, door hun specifiek maatschappelijk engagement, mensen aan die op vrijwillige basis hun steentje willen bijdragen. Een deel van de frontlijnmedewerkers werkt dan ook vaak op louter vrijwillige basis (Rudney, 1987; Morris, 2000). In Vlaanderen hebben de meeste non-profit organisaties het statuut van een vereniging zonder winstoogmerk (vzw) (Standaardredactie, 2003).

Hoewel ziekenhuizen geacht worden non-profit ondernemingen te zijn, is dit vandaag de dag niet langer correct. Er bestaan verschillende soorten ziekenhuizen, ook wat de juridische structuur betreft: van zuivere profit ziekenhuizen tot echte non-profit ziekenhuizen. Zuivere profit ziekenhuizen zijn ziekenhuizen waarbij het hoofddoel winst maken is, zoals wellness klinieken die zich specialiseren in allerlei soorten plastische chirurgie. Ziekenhuizen daarentegen die onder het beheer van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) vallen, zijn openbaar en hebben zodanig per definitie een non-profit karakter. Het hoofddoel van deze ziekenhuizen is het waarborgen van het welzijn van patiënten door middel van geneeskunde en patiëntenzorg. Indien deze ziekenhuizen financiële tekorten boeken, worden deze tekorten bijgepast door de lokale overheid (stad of gemeente). Vandaag de dag liggen de meeste Belgische ziekenhuizen tussen voorgaande extremen in. Meestal hebben deze ziekenhuizen de structuur van een vzw. Het hoofddoel is nog steeds het waarborgen van het welzijn van patiënten door middel van geneeskunde en patiëntenzorg, maar deze ziekenhuizen zijn vaak financieel beperkt, waardoor ze winst moeten maken of minstens break-even moeten draaien om te kunnen overleven. Ze worden bijgevolg vanuit commercieel oogpunt gemanaged. Het ziekenhuis moet zijn hoofddoel gezondheidszorg nastreven binnen bepaalde financiële budgetbeperkingen (Fijlstra, 2014; Tegenbos, 2009; Standaardredactie, 2003). In het kader van deze masterproef wordt deze laatste groep in beschouwing genomen.

3.1 Frontlijnmedewerker – patiënt relatie

In een ziekenhuis spelen frontlijnmedewerkers een uiterst belangrijke rol met betrekking tot het patiëntwelzijn (Hofmann & Mark, 2006; Spence Laschinger, 2010). Als frontlijnmedewerkers stewards worden, wordt het welzijn van patiënten een belangrijk persoonlijk objectief. Stewards voelen zich immers persoonlijk en moreel verantwoordelijk voor dat welzijn (cf. hoofdstuk 2). Door de rechtstreekse invloed die frontlijnmedewerkers in een ziekenhuis uitoefenen op het welzijn van patiënten, is het belang van de frontlijnmedewerker – patiënt relatie in het PSC construct nog sterker dan in andere contexten.

3.2 Welzijn

In een ziekenhuisomgeving moet het streven naar patiëntwelzijn vrij letterlijk genomen worden. Het patiënt gerelateerde werk zorgt voor een unieke klantenrelatie met een atypische product, namelijk gezondheid. De rechtstreeks invloed die uitgeoefend wordt op de gezondheid en bijgevolg op het welzijn van patiënten, zorgt ervoor dat PSC een zeer nuttig en bruikbaar concept kan zijn in een ziekenhuiscontext (Galletta, Porthoghese, Pili, Piazza & Campagna, 2016; Bishop & Fleming, 2014).

3.3 Intrinsieke motivatie

Intrinsieke motivatie is een belangrijke voorwaarde om van frontlijnmedewerkers stewards te maken. Volgens Deckop en Cirka (2000) hebben intrinsieke beloningen in non-profit organisaties een grotere impact dan in andere organisaties. In een ziekenhuisomgeving is het bijgevolg belangrijker om frontlijnmedewerkers te motiveren op basis van intrinsieke beloningen dan op grond van extrinsieke

beloningen (Scheepers et al., 2005). Wittmer (1991) concludeert in dit kader dat niet-commerciële frontlijnmedewerkers meer belang hechten aan het dienen van gemeenschapsbelangen (intrinsieke motivatie) dan aan het verwerven van extrinsieke beloningen zoals extra (financiële) premies.

3.4 PSC

Voorlopig kan geconcludeerd worden dat de specifieke omgeving van de gezondheidszorg en meer bepaald een ziekenhuisomgeving, een uiterst geschikte omgeving vormt voor het vernieuwende PSC concept. Op basis van PSC krijgen frontlijnmedewerkers een gevoel van persoonlijke en morele verantwoordelijkheid voor het algemeen welzijn van de patiënt en willen logischerwijze zo goed mogelijk aan de patiëntbehoeften tegemoet komen. Kortom: de aangeboden service, namelijk gezondheidszorg, sluit naadloos aan bij welzijn waarop het gehele PSC concept focust.

3.5 PSC versus agency theorie

Zoals eerder beschreven worden agenten eerder gemotiveerd door extrinsieke motivatoren in tegenstelling tot stewards die intrinsiek gemotiveerd worden. Intrinsieke motivatie maakt werk bevredigend en wordt gekarakteriseerd door opwinding, interesse, geluk, autonomie, competentie, verbondenheid, nieuwsgierigheid en hoge mate van taakbetrokkenheid (Amabile, Hill, Hennessey, & Tighe, 1994; Deci & Ryan, 1985). De Gieter, De Cooman, Pepermans, Caers, Du Bois, en Jegers (2006) concluderen dat in een ziekenhuis verpleegkundigen veeleer waarde hechten aan intrinsieke psychologische beloningen zoals appreciatie voor het gedane werk, complimenten van en contact met de patiënt. Dave, Dotson, Cazier, Chawla, & Badgett (2011) bevestigen bovenstaande. Hun onderzoek toont aan dat bijna drie kwart van de verpleegkundigen sterk gemotiveerd worden door intrinsieke beloningen. Extrinsieke motivatie daarentegen komt voort uit het verkrijgen van een externe beloning of het vermijden van een straf als gevolg van het gedane werk zoals bijvoorbeeld het krijgen van een promotie of positieve feedback van leidinggevenden (Thomas, 2000). In een ziekenhuiscontext spelen extrinsieke motivatoren een rol, maar in mindere mate dan agency theorie suggereert (Kluvers & Tippett, 2011).

Naast een verschil in motivatie zijn er ook indicaties dat frontlijnmedewerkers in de gezondheidszorg en andere dienst gerelateerde sectoren andere persoonlijkheidskenmerken, waarden en gedragsdimensies vertonen in vergelijking met profit frontlijnmedewerkers. Non-profit frontlijnmedewerkers zijn over het algemeen meer mens georiënteerd (Rawls & Nelson, 1975). Deze frontlijnmedewerkers worden gemotiveerd door het verlangen om belangrijk te zijn voor anderen (Brekke & Nyborg, 2008).

3.6 Antecedenten PSC

Opdat managers strategieën kunnen ontwikkelen om PSC te beïnvloeden worden in de twee volgende sectie de antecedenten voorafgaand aan PSC beschreven. Op die manier kan het concept PSC in een werkelijke gezondheidscontext zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis geïmplementeerd worden. Zo kan PSC in de werkomgeving ingebouwd worden met het oog op het positief beïnvloeden van het welzijn van patiënten.

De voorafgaande antecedenten van PSC zijn dezelfde als deze geïdentificeerd door de onderzoekers Schepers et al., (2012) op basis van ZDT. Frontlijnmedewerkers in de gezondheidszorg worden, zoals reeds meermaals aangetoond, intrinsiek gemotiveerd door te voldoen aan de psychologische behoeften autonomie, competentie en verbondenheid (Deci, Koestner, & Ryan, 1999; Ryan & Deci, 2000). Deze frontlijnmedewerkers willen, met andere woorden, zo goed mogelijk aan deze drie psychologische behoeften voldoen (Ryan & Deci, 2000). Deze worden zowel op individueel als op teamniveau bekeken om te controleren voor variantie op teamniveau. Vanaf dit punt worden 'frontlijnmedewerkers' gespecificeerd als 'verpleegkundigen', aangezien het empirisch deel van deze masterproef zich beperkt tot (hoofd)verpleegkundigen.

3.6.1 Individueel niveau

Verschillende onderzoekers beschrijven autonomie en beslissingsbevoegdheid als job karakteristieken die het meest bijdragen tot motivatie van verpleegkundigen (Cai, Zhou, Yeh, & Hu, 2011; Galletta et al., 2011; Gaki, Kontodimopoulos, & Niakas, 2013). Zo worden verpleegkundigen bijvoorbeeld sneller intrinsiek gemotiveerd wanneer ze meer controle over en meer individuele invloed op het eigen werk hebben (Tummers, Landeweerd, Janssen, & van Merode, 2006; Van den Berg, Vrijhoef, Tummers, Landeweerd, & van Merode, 2008; Gemain & Cummings, 2010; Cai et al., 2011; Galletta et al., 2011). Door een gevoel van autonomie worden verpleegkundigen meer gemotiveerd (Moody, Pesut, & Harrington, 2006; Edgar, 1999) wat PSC positief kan beïnvloeden. Om dit te testen werd onderstaande hypothese opgesteld.

H₁: Frontlijnmedewerker autonomie heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

Motivatie en waardering van het werk zijn anders naargelang de specifieke doelen en taken die het werk omhelzen (Ryan & Deci, 2000; Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin & Malorni, 2010; Koch, Proynova, Paech, & Wetter, 2014). Elke verpleegkundige taak kan motiverend zijn als het toelaat om vaardigheden te gebruiken en het denkvermogen uit te dagen (Tummers et al., 2006; Van den Berg, Landeweerd, Tummers, & Van Merode, 2006; Van den Berg et al., 2008; Cai et al., 2011). De mogelijkheid om vaardigheden te testen en te bekrachtigen geeft verpleegkundigen een gevoel van deskundigheid en het ondersteunt eigenwaarde en zelfvertrouwen (De Cooman, De Gieter, Pepermans, Du Bois, Caers, & Jegers, 2008; Peters, Chakraborty, Mahapatra, & Steinhardt, 2010; Rydenfält,

Johansson, Larsson, Akerman, & Odenrick, 2012; Hoonakker, Carayon, McGuire, Khunlertkit, Wiegmann, Alyousef, Xie, & Wood, 2013). Dit zijn allemaal factoren die samenhangen met Frontlijnmedewerker competentie. Om na te gaan of Frontlijnmedewerker competentie PSC positief beïnvloedt, werd een tweede hypothese opgesteld.

H₂: Frontlijnmedewerker competentie heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

Verpleegkundigen willen zich door anderen gerespecteerd, geaccepteerd, begrepen en geliefd voelen (Ng et al., 2012; Vandercammen et al., 2014; Ryan & Deci, 2000; Öztürk, Bahcecik, & Baumann, 2006; De Cooman et al., 2008). Ze worden gemotiveerd door het verlangen om belangrijk te zijn voor anderen (Brekke & Nyborg, 2008). Dit suggereert eveneens dat Frontlijnmedewerker verbondenheid een positieve invloed heeft op PSC. De volgende hypothese gaat dit testen.

H₃: Frontlijnmedewerker verbondenheid heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

3.6.2 Teamniveau

In de gezondheidszorg en zeker in ziekenhuizen worden de dagelijkse taken van frontlijnmedewerkers veeleer in team georganiseerd dan individueel. In een ziekenhuis worden teams gevormd op basis van verschillende afdelingen of specialisaties zoals cardiologie, oncologie, neurologie, geriatrie enz.

Teamautonomie refereert naar de vrijheid, onafhankelijkheid en mogelijkheid om de teamtaken te plannen en uit te voeren (Cordery et al., 1991; Hackman, 1987; Kirkman & Rosen, 1999; Langfred, 2000). Vermits autonomie één van de belangrijkste job karakteristieken is volgens verpleegkundigen (Buchan 1999; Finn 2001) en verpleegkundigen veelal per afdeling als team handelen, is het eveneens interessant om te bekijken of Teamautonomie een positieve invloed uitoefent op PSC. Hypothese vier test bovenstaande.

H₄: Teamautonomie heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

In een ziekenhuis is het zeer belangrijk dat teamleden op elkaar kunnen vertrouwen met betrekking tot kennis en vaardigheden van collega's. Deze capaciteiten hebben immers een rechtstreeks effect op de gezondheid en het welzijn van patiënten. Een hoge Teamcompetentie verkleint het risico op fouten (Hui & Toffoli, 2002). Verpleegkundigen kunnen op de capaciteiten van de andere teamleden vertrouwen en dit kan eveneens een positieve invloed uitoefenen op PSC. Deze veronderstelling wordt vertaald in hypothese vijf.

H₅: Teamcompetentie heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

Verpleegkundigen zoeken naar sociale ondersteuning in hun team, maar ook als team bij leidinggevend (Galletta et al., 2016; De Cooman et al., 2008; Germain & Cummings, 2010; Lambrou, Kontodimopoulos, & Niakas, 2010; Peters et al., 2010; Van Beek, Hu, Shaufeli, Taris, & Schreurs, 2012, Gaki et al., 2013). Beter gezegd zoeken teams steun binnen hun afdeling en het gehele ziekenhuis. De behoefte aan sociale ondersteuning is een verlengde van verbondenheid. Het is daardoor eveneens interessant om te bekijken of Teamverbondenheid een positieve invloed heeft op PSC.

H₆: Teamverbondenheid heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

3.7 Uitkomsten PSC

Uit onderzoek blijkt dat gemotiveerde verpleegkundigen meer enthousiast zijn tijdens de verzorging van patiënten in vergelijking met niet-gemotiveerde verpleegkundigen. Daarbij scoren ze beter op patiëntveiligheid. Tevens staat het vast dat gemotiveerde verpleegkundigen zorg van hoge kwaliteit leveren wat een rechtstreeks effect heeft op de gezondheid en het patiëntwelzijn (Kramer & Schmalenberg, 2004; Galletta et al., 2016; Toode, Routasalo, & Suominen, 2011). Deze intrinsiek gemotiveerde verpleegkundigen worden stewards, ook wel 'steward verpleegkundigen'. Om de mogelijke uitkomsten van PSC in de gezondheidszorg te bekijken worden zowel in-role als extra-role behavior geëvalueerd.

Steward verpleegkundigen beschouwen het patiëntwelzijn als een belangrijk persoonlijk doel. In-role procedures zijn opgesteld om de kwaliteit van de toegediende zorg te standaardiseren en te borgen. Een steward verpleegkundige verstaat en onderkent het belang van deze in-role taken en procedures in zake patiëntwelzijn. Vermits een steward verpleegkundige zich verantwoordelijk voelt voor het algemeen welzijn van de patiënten, zal een steward verpleegkundige dusdanig meer in-role taken uitvoeren om op die manier het patiëntwelzijn na te streven (Schepers et al., 2012). Om dit verband te testen werd een zevende hypothese opgesteld.

H₇: De waargenomen PSC van verpleegkundigen heeft een positieve invloed op IRB.

De belangen van patiënten komen op één lijn te liggen met deze van de steward verpleegkundigen. Hoewel de in-role taken en procedures opgesteld zijn om in kwalitatieve zorg te voorzien, dienen steward verpleegkundigen soms toch net dat ietsje meer te doen om het patiëntwelzijn na te streven (Schepers et al., 2012). De extra inspanningen die steward verpleegkundigen leveren om de belangen van patiënten zo goed mogelijk te behartigen, zijn veelal niet gespecificeerd of vergoed. Toch voelen de steward verpleegkundigen zich dermate geëngageerd en gemotiveerd om deze extra taken op zich te nemen met het oog op patiëntwelzijn (Argyris, 1973). Steward verpleegkundigen geloven dat het persoonlijk geleverde werk het patiëntwelzijn beïnvloedt (Hernandez, 2012). Daarbij zijn ze meer bereid om risico's te nemen om problemen op te lossen (Pierce, et al., 2001). Wanneer een steward

verpleegkundige bijvoorbeeld merkt dat een bepaalde voorgeschreven taak of procedure geen (positieve) impact heeft op patiëntwelzijn zal de steward verpleegkundige zich dermate gemotiveerd voelen om het welzijn na te streven, zodat hij de taak of procedure dusdanig aanpast, zelfs buiten het script om, om patiëntwelzijn na te streven. De verleende dienst wordt proactief door de steward verpleegkundige aangepast om een waarde te creëren die zo goed mogelijk aan de behoeften van de patiënt voldoet (Schepers et al., 2012). Deze aanname wordt in de onderstaande hypothese vertaald.

H₈: De waargenomen PSC van verpleegkundigen heeft een positieve invloed op ERB.

Het onderzoek van Schepers et al. (2012) nam ook Agency control als variabele op in het conceptueel model. Agency control bestaat uit het opstellen van (prestatie)doelen en het uitreiken van beloningen voor het behalen van deze doelen. Daarnaast dient eveneens controle en toezicht gehouden te worden op het werk door leidinggevenden (Eisenhardt, 1989; Schepers et al., 2012). Agency control lijkt niet onbelangrijk binnen de structuur van een ziekenhuis. De fijngevoelige aard van het werk, gezondheidszorg, vraagt om bepaalde regels en procedures. Binnen de zorgsector zijn verschillende procedures (met betrekking tot steriliteit, patiëntveiligheid, regulering, therapieën,...) uitgestippeld die strikt nageleefd dienen te worden. Daarnaast heeft elke afdeling een hoofdverpleegkundige die de afdeling stuurt en eveneens tot op een bepaalde hoogte controle op het gedane werk uitvoert. Zo organiseren zij functioneringsgesprekken om de werking van de afdeling en van de individuele verpleegkundigen te evalueren en bij te sturen. Er is dusdanig een zekere mate van Agency control aanwezig binnen een ziekenhuisstructuur, vooral om functionering en patiëntveiligheid te waarborgen. Het lijkt dat in een ziekenhuis rekening gehouden moet worden met een goede mix van zowel PSC als Agency control. Door Agency control op te nemen in het conceptueel model kan een volledige vergelijking gemaakt worden tussen het gebruik van PSC en/of Agency control in de gezondheidszorg en hun invloed op de gedragsvariabelen IRB en ERB.

Voorgeschreven taken en procedures geven richting aan het presteren van verpleegkundigen, omdat deze een basisniveau voor kwalitatieve zorg verzekeren. Indien de navolging van deze zaken niet strikt gecontroleerd wordt, moet de verpleegkundige de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot patiëntwelzijn afleiden (Schepers et al., 2012). Vooropgestelde doelen geven zodanig een leidraad aan verpleegkundigen. Zo kunnen ze zich richten op taken die relevant zijn om doelen te behalen, in plaats van op irrelevante taken (Latham & Locke, 2002). Op deze wijze versterken agency mechanismen de motivatie van de verpleegkundige om de vooropgestelde doelen te behalen en zo het welzijn van de patiënt te behartigen (Schepers et al., 2012). De negende hypothese vertaalt deze aanname.

H₉: De waargenomen Agency control van verpleegkundigen heeft een positieve invloed op IRB.

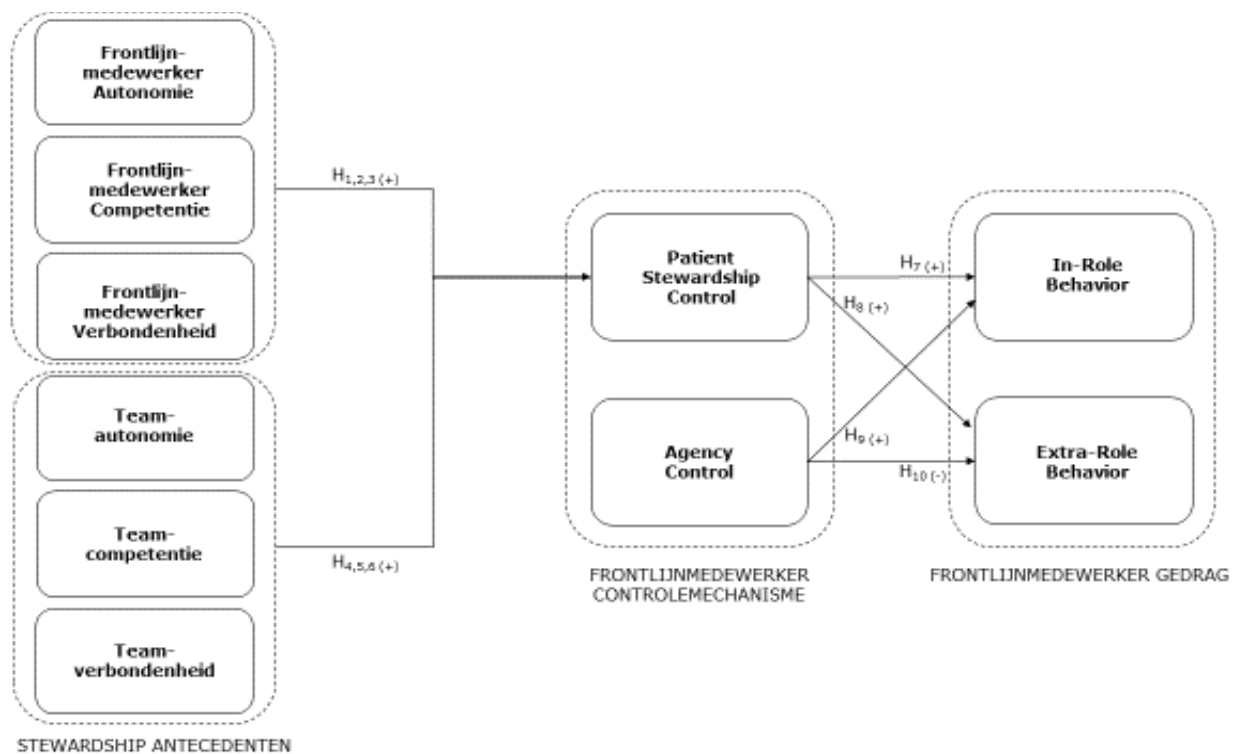
De instelling van Agency control zorgt ervoor dat energie en tijd, gebruikt om aan de formele job vereisten te voldoen en te rapporteren aan de leidinggevende, niet aangewend kan worden om extra

inspanningen te leveren (Netemeyer et al., 2005). Verpleegkundigen die zich verantwoordelijk voelen voor het patiëntwelzijn, maar expliciet de opgelegde taken en procedures moeten volgen, hebben minder gelegenheid tot ERB. De focus op de gestelde doelen vermindert de mogelijkheden van verpleegkundigen om andere manieren van werken uit te proberen of ander oplossingen te bedenken (Vecchio, Justin, & Pearce, 2008). Deze verwachte inperking van ERB door Agency control wordt voorgesteld door een tiende hypothese.

H₁₀: De waargenomen Agency control van verpleegkundigen heeft een negatieve invloed op ERB.

3.8 Conceptueel model

De voorgaande hypothesen worden voorgesteld in onderstaand conceptueel model (Figuur 1). Het model geeft weer op welke manier de zes geïdentificeerde antecedenten PSC voorafgaan en hoe ze dit concept beïnvloeden. De verwachte positieve invloed van PSC op IRB en ERB wordt eveneens schematisch voorgesteld. Daarnaast wordt de verwachte positieve invloed van Agency control op IRB en de verwachte negatieve invloed van Agency control op ERB in het conceptueel model opgenomen.



Figuur 1: Conceptueel model op basis van literatuurstudie

Hoofdstuk 4: PSC in het Jessa Ziekenhuis

Om de theorie aan de praktijk te kunnen aftoetsen werd samengewerkt met het Jessa Ziekenhuis. Deze samenwerking verliep in drie fases. In de eerste fase werden diepte-interviews afgenomen bij medewerkers van het ziekenhuis. Tijdens de tweede fase werd een elektronische vragenlijst verdeeld onder de (hoofd)verpleegkundigen. In de derde en laatste fase werd, op basis van de gegevens verzameld in fase twee, een rapport opgesteld waarin de resultaten bediscussieerd werden, samen met concrete aanbevelingen voor het Jessa Ziekenhuis. Gedurende het verder verloop van deze masterproef wordt elke fase uitgebreid toegelicht.

4.1 Fase 1: Diepte-interviews

Het vooropgestelde conceptueel model diende geëvalueerd te worden in de context van het Jessa Ziekenhuis. Om de accuraatheid van het model na te gaan werden enkele ziekenhuismedewerkers geïnterviewd. Drie artsen, drie hoofdverpleegkundigen, twee senior verpleegkundigen en twee junior verpleegkundigen, werkzaam op verschillende afdelingen van het ziekenhuis, werden geïnterviewd (Bijlage 1-5).

Op basis van informatie verkregen uit de diepte-interviews, werd het conceptueel model (Figuur 1), gebaseerd op de voorafgaande literatuurstudie, geëvalueerd en aangepast. De geïdentificeerde antecedenten door Schepers et al. (2012) bleken relevant binnen de context van het Jessa Ziekenhuis. Verder werd het model aangevuld met twee antecedenten van PSC, namelijk Tijdsgebrek en Perceived service climate. Daarnaast werden enkele controlevariabelen opgenomen.

4.1.1 Tijdsgebrek en Perceived service climate

Tijdens de diepte-interviews werd duidelijk dat medewerkers van het Jessa Ziekenhuis vaak de intentie hebben om patiënten extra bij te staan in allerlei zaken. Voornamelijk gaat het hier om psychologische ondersteuning. Dit is evenwel niet altijd mogelijk door de hoge werkdruk. Er lijkt, met andere woorden, soms gewoon geen tijd om meer te doen dan de formele vereisten, hoewel de ziekenhuismedewerkers maar al te graag iets extra zouden willen bieden. Hierbij wordt de perceptie van een gebrek aan tijd bekeken als een tekort aan tijd, omdat anders de kwaliteit van de dagdagelijkse zorgen in het gedrang komt. Dit element kan niet genegeerd worden en dient te worden opgenomen. Hiervoor werd het construct Tijdsgebrek speciaal gecreëerd in dit onderzoek. Tijdsgebrek is de mate waarin een verpleegkundige een gebrek aan tijd ervaart om zijn werk uit te oefenen met een gerelateerd positief satisfactiegevoel (tevredenheidsgevoel). Een extra hypothese werd bijgevolg opgenomen in het conceptueel model.

H₁₁: Tijdsgebrek heeft een negatieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

Daarnaast werd het antecedent Perceived service climate toegevoegd. Dit om de functionele werkstructuur te controleren. Een ziekenhuis bestaat uit verschillende afdelingen met elk een eigen vakgebied en specifieke pathologie. De activiteiten per afdelingen kunnen dusdanig sterk verschillen, waardoor de kijk op PSC wijzigt van afdeling tot afdeling. Zo bleek bijvoorbeeld, uit de diepte-interviews, dat verpleegkundigen op de pediatrie afdeling meer waarde hechten aan de betrokkenheid van familie in vergelijking met verpleegkundigen op de afdeling traumatologie. Om deze factor in rekening te brengen werd het antecedent Perceived service climate, dat PSC voorafgaat, opgenomen in het conceptueel model en dusdanig ook in de vragenlijst. Perceived service climate is de perceptie van de verpleegkundige betreffende activiteiten, procedures en gesteld gedrag welke ondersteund en beloond worden met betrekking tot de kwaliteit van de verleende diensten, meer specifiek de kwaliteit van de zorgverlening. Het is het collectief geloof van verpleegkundigen in hun inspanningen, kennis, vaardigheden en prestaties om een goede zorgverlening aan te bieden (Bowen & Schneider, 2014; de Jong, de Ruyter, & Lemming, 2004; Wilder, Collier, & Barnes, 2014). De verwachte relatie tussen Perceived service climate en PSC werd weergegeven door een extra hypothese.

H₁₂: Perceived service climate heeft een positieve invloed op de waargenomen PSC van verpleegkundigen.

4.1.2 Internal influence

Tijdens de gesprekken met de Jessa medewerkers werd eveneens duidelijk dat verpleegkundigen actief engagementen willen opnemen om de aangeboden zorgverlening te verbeteren. Om deze reden werd een extra gedragsvariabele opgenomen: Internal influence. Internal influence is de mate waarin verpleegkundigen individueel initiatief nemen om in gesprek te gaan met enerzijds collega's en anderzijds het Jessa Ziekenhuis met het oog op verbetering van de zorgverlening (Bettencourt, Brown, & MacKenzie, 2005). Dit construct maakt het mogelijk om patiëntgericht gedrag te meten. Vermits Internal influence een extra gedragsvariabele is naast IRB en ERB, diende voor de inclusie van dit extra construct twee nieuwe hypothesen te worden opgesteld.

De dertiende hypothese bouwt verder op de achterliggende redenering van hypothese acht. Steward verpleegkundigen leveren extra inspanningen om de belangen van patiënten zo goed mogelijk te behartigen. Ze zijn geëngageerd en gemotiveerd om actief patiëntwelzijn na te streven en geloven dat het persoonlijk geleverde werk het patiëntwelzijn beïnvloedt (Hernandez, 2012). Daarbij zijn ze meer bereid om acties te ondernemen om problemen op te lossen (Pierce, et al., 2001). In deze lijn is het waarschijnlijk dat verpleegkundigen actief discussies met collega's en het Jessa Ziekenhuis aangaan met het oog op verbetering van de zorgverlening. Deze aanname wordt in onderstaande hypothese vertaald.

H₁₃: De waargenomen PSC van verpleegkundigen heeft een positieve invloed op Internal influence.

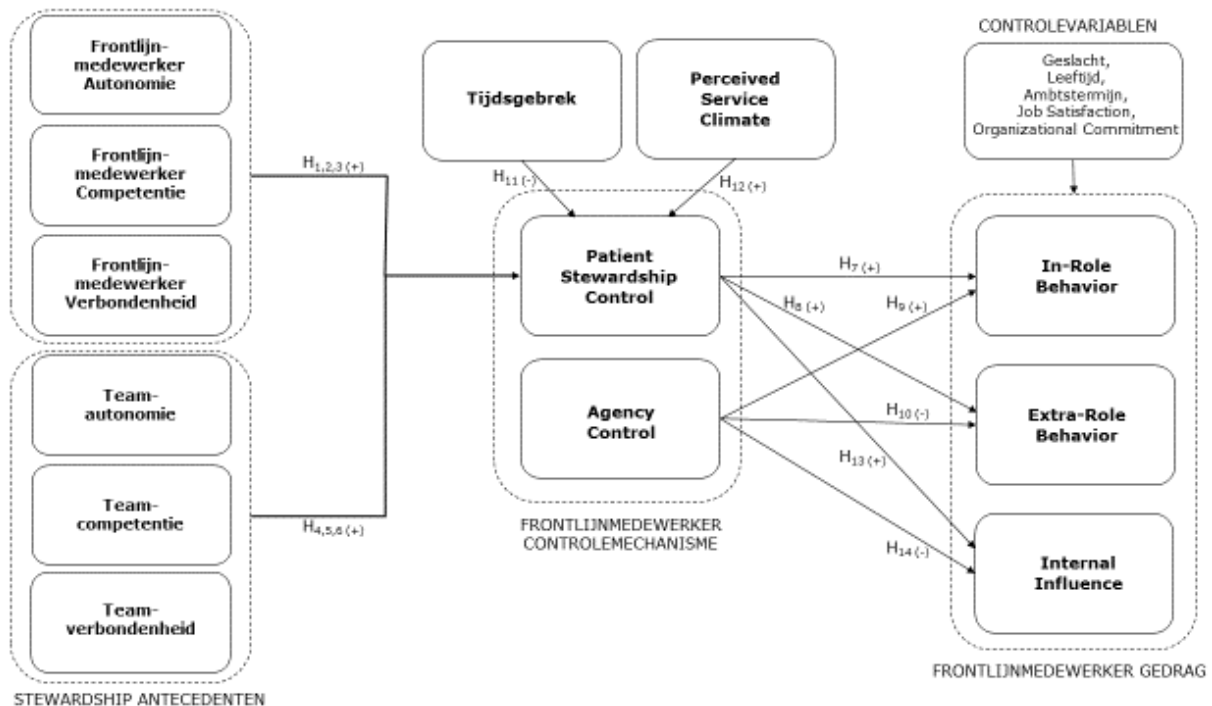
Hypothese veertien steunt op de achterliggende redenering van hypothese tien. De instelling van agency mechanismen zorgt ervoor dat energie en tijd, gebruikt om aan de formele job vereisten te voldoen en te rapporteren aan de leidinggevende, niet aangewend kan worden om extra inspanningen te leveren (Netemeyer et al., 2005). De focus op het behalen van de gestelde doelen vermindert het initiatief van verpleegkundigen om zorgoptimalisatie met het Jessa Ziekenhuis of collega's te bespreken. Deze verwachte inperking van Internal influence door Agency control wordt voorgesteld door een veertiende en laatste hypothese.

H₁₄: De waargenomen Agency control van verpleegkundigen heeft een negatieve invloed op Internal influence.

4.1.3 Aangepast conceptueel model

In laatste instantie ontstond de nood om bepaalde controlevariabelen op te nemen. Deze variabelen kunnen op één of andere manier de gedragsvariabelen IRB, ERB en Internal influence beïnvloeden en dienden dusdanig in kaart gebracht te worden. Schepers et al. (2012) controleerden in hun onderzoek Leeftijd, Geslacht, Ambtstermijn, Job satisfaction en Organizational commitment. De diepte-interviews indiceerde dat de relevantie van deze variabelen gewaarborgd bleef binnen de context van het Jessa Ziekenhuis.

Het aangepast conceptueel model wordt weergegeven in Figuur 2. Hierin zijn de twee bovenstaande antecedenten, de extra gedragsvariabele en de controlevariabelen toegevoegd.



Figuur 2: Aangepast conceptueel model

4.2 Fase 2: Elektronische vragenlijst

In de tweede fase werd een vragenlijst (Bijlage 6) opgesteld. Alle constructen uit het conceptueel model (Figuur 2) werden in deze vragenlijst ingebouwd. Elk construct werd vertaald naar een gevalideerde meetschaal bestaande uit een set van vragen. De elektronische vragenlijst werd via mail bezorgd aan alle hoofdverpleegkundigen, om op die manier de anonimiteit van de respondenten te bewaken. De verzamelde data werd onderworpen aan analyses. De datacollectie en -analyse verliep in 6 stappen.

4.2.1 Stap 1: Steekproef

De vragenlijst werd onder de hoofdverpleegkundigen van elke afdeling overgemaakt en zij verstuurden de link via mail naar hun verpleegkundigen. 224 responsen werden geregistreerd maar bleken niet allemaal volledig te zijn. Enkele respondenten besloten het invullen vroegtijdig te staken, zodat uiteindelijk 147 respondenten de volledige vragenlijst ingevuld hadden. Later, in stap 4 wordt bekeken of deze steekproef voldoende groot is om analyses uit te voeren en conclusies te trekken.

4.2.2 Stap 2: Variabelen hercoderen

Na het afsluiten van de vragenlijst dienden alle vragen in dezelfde richting te worden gezet. Dit betekent dat vragen in dezelfde richting moeten staan zoals de definitie van het construct aangeeft. Zo worden, bij een positief gedefinieerd construct, de negatief geformuleerde vragen omgekeerd naar positief geformuleerde vragen. Concreet gebeurde dit bij het laatste item betreffende Medewerker competentie en Teamcompetentie, het tweede item van het construct Tijdsgebrek en het laatste item van het Job satisfaction construct.

Om een item om te draaien wordt deze getransformeerd met behulp van SPSS. Concreet wordt volgende bewerking uitgevoerd: " `8 - ` variabele". Zo wordt de schaal van het item omgekeerd, waardoor het in de dezelfde richting van het construct komt te liggen. Deze hercodeerde variabelen krijgen de benaming " `REC _ ` naam originele variabele ".

4.2.3 Stap 3: Beschrijvende analyse van de dataset

De constructen worden elk apart beschreven om de interpretatie te vergemakkelijken. Aansluitend worden de meetschalen besproken waarmee de variabelen werden gemeten. De meeste schalen zijn opgesteld volgens een Likertschaal. Hierbij wordt een interval meetniveau toegekend aan variabelen die oorspronkelijk op ordinaal niveau werden gemeten (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014). Daarnaast werd de variabele Jaren gemeten op ratioschaal, een metrische schaal met een absoluut nulpunt. De resterende persoonlijke gegevens werden geregistreerd aan de hand van een nominale schaal. In Tabel 1 worden alle constructen weergegeven, met hun definitie en verwijzing naar de gebruikte meetschaal. Daarna wordt voor elke variabele de beschrijvende statistieken kort besproken.

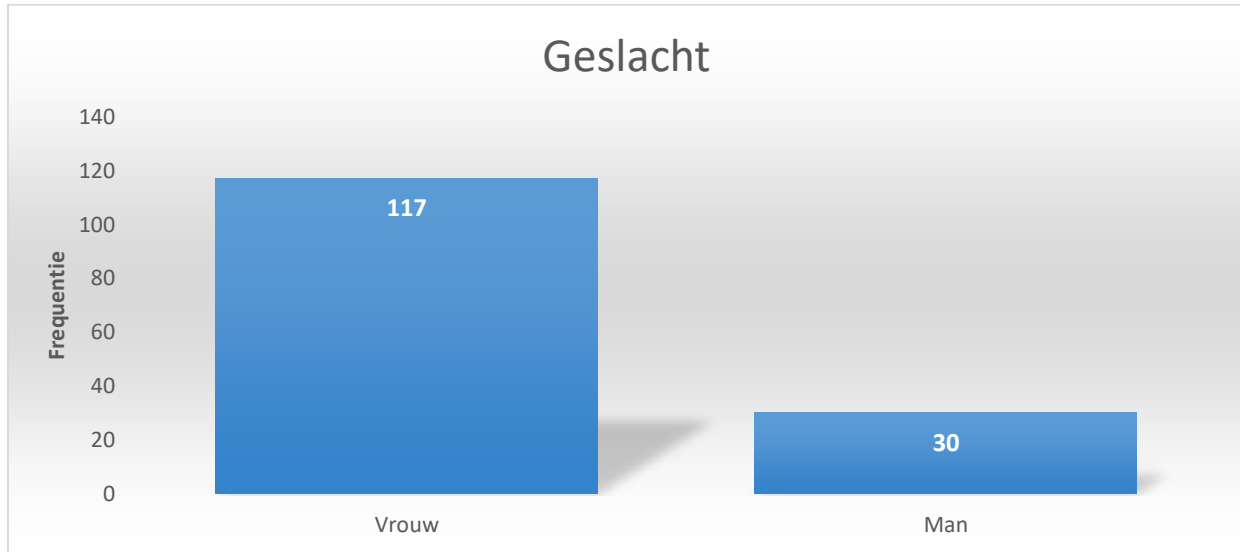
Construct	Definitie	Meetschaal	Referentie
Patient Stewardship Control (PSC)	De mate waarin de verpleegkundige zich (moreel) verantwoordelijk voelt voor het welzijn van de patiënt.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Medewerker autonomie	De mate waarin de verpleegkundige de macht, de vrijheid en de bevoegdheid heeft om werk te plannen, zelf beslissingen te nemen en om te gaan met veranderingen.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Medewerker competentie	De mate waarin de verpleegkundige het gevoel heeft alle relevante kennis en vereiste vaardigheden te bezitten om patiënt-problemen op te lossen.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Medewerker verbondenheid	De mate waarin de verpleegkundige zich door anderen gerespecteerd, geaccepteerd, begrepen en geliefd voelt.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Team-autonomie	De mate van vrijheid, onafhankelijkheid en mogelijkheid van het team om de teamtaken te plannen en uit te voeren.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Team-competentie	De mate waarin teamleden op elkaar kunnen vertrouwen met betrekking tot kennis en vaardigheden van de teamleden.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Team-verbondenheid	De mate waarin teamleden zich sociaal ondersteund voelen door het team en de leidinggevenden.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
In-role Behavior (IRB)	De mate waarin de verpleegkundige het noodzakelijk of verwacht gedrag stelt om aan de job gerelateerde plichten te voldoen.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Extra-role Behavior (ERB)	De mate waarin de verpleegkundige spontaan gedrag stelt. Dit zijn alle extra inspanningen, die niet expliciet vastgelegd of opgelegd zijn.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Internal Influence	De mate waarin de verpleegkundige individueel initiatief neemt om tot communicatie over te gaan met het Jessa Ziekenhuis en collega's om het door de organisatie en medewerkers geleverde werk te verbeteren.	7-punt Likertschaal	Bettencourt et al. (2005)
Agency Control: gestelde doelen	De mate waarin (prestatie)doelen worden opgesteld.	7-punt Likertschaal	Schepers et al; (2012)
Agency Control: toezicht	De mate waarin controle en toezicht gehouden wordt op het gedane werk van de verpleegkundige.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Agency Control: beloningen	De mate waarin de verpleegkundige beloond wordt voor het behalen van de gestelde doelen.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012)
Organizational commitment	De mate waarin de verpleegkundige zich identificeert met de organisatie, loyaal is aan de organisatie en betrokken is bij de organisatie.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012); Mowday, Steers, & Porter (1979)

Job Satisfaction	De mate waarin de verpleegkundige bevredigd wordt en tevreden is met zijn werk.	7-punt Likertschaal	Schepers et al. (2012); Mowday et al. (1979)
Perceived Service Climate	De perceptie van de verpleegkundige betreffende activiteiten, procedures en gesteld gedrag welke ondersteund en beloond worden door het Jessa Ziekenhuis en collega's met het oog op kwalitatieve zorgverlening. Het collectief geloof van de verpleegkundige in de inspanningen, kennis, vaardigheden en prestaties om een goede zorgverlening aan te bieden.	7-punt Likertschaal	Bowen & Schneider (2014); de Jong et al. (2004); Wilder et al. (2014)
Tijdgebrek	De mate waarin de verpleegkundige een te weinig aan tijd ervaart om zijn werk uit te oefenen.	7-punt Likertschaal	Gecreëerd voor dit onderzoek
Geslacht	Het geslacht van de verpleegkundige (man of vrouw).	Nominaal	Gecreëerd voor dit onderzoek
Jaren: Leeftijd & Ambtstermijn	De leeftijd van de verpleegkundige en het totaal aantal dienstjaren van de respondent in het Jessa Ziekenhuis (in jaren).	Ratio	Gecreëerd voor dit onderzoek
Functie	De functie die de verpleegkundige bekleedt binnen het Jessa Ziekenhuis (verpleegkundige of hoofdverpleegkundige).	Nominaal	Gecreëerd voor dit onderzoek
Afdeling	De afdeling waar de verpleegkundige tewerkgesteld is binnen het Jessa Ziekenhuis.	Nominaal	Gecreëerd voor dit onderzoek

Tabel 1: Beschrijving constructen

- **Geslacht**

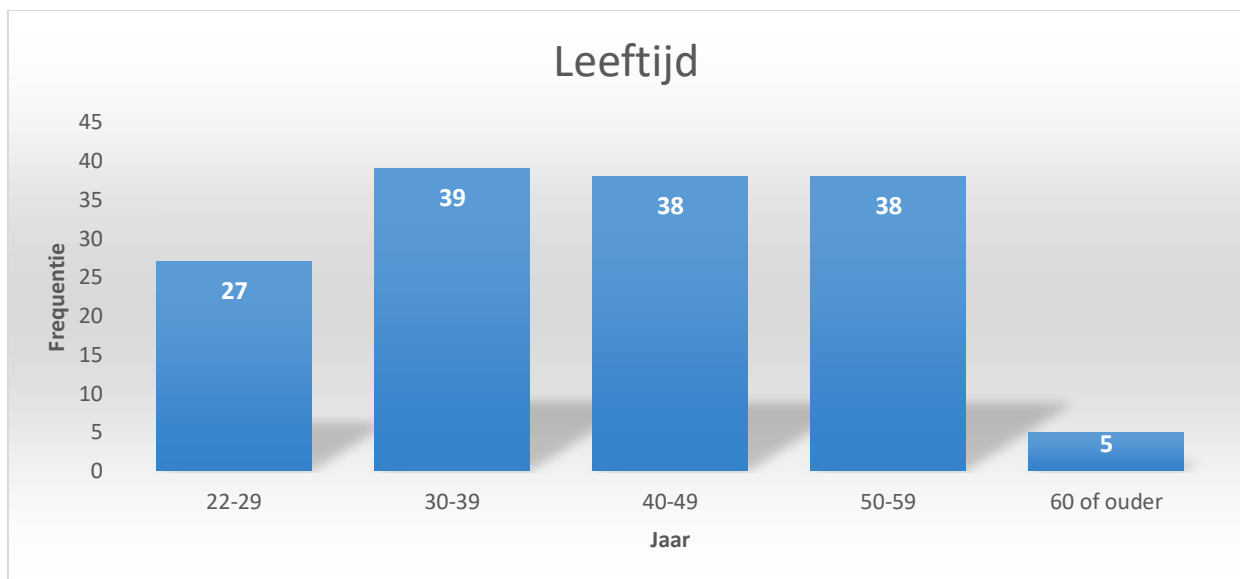
Het is opmerkelijk dat beduidend meer vrouwen dan mannen de vragenlijst invulde. Liefst 79,6% van de respondenten was een vrouw. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de sector waarin de respondenten tewerk gesteld zijn, de gezondheidszorg. Over het algemeen wordt verpleegkunde als een typisch vrouwelijk beroep ervaren.



Figuur 3: Frequentie Geslacht

- **Leeftijd**

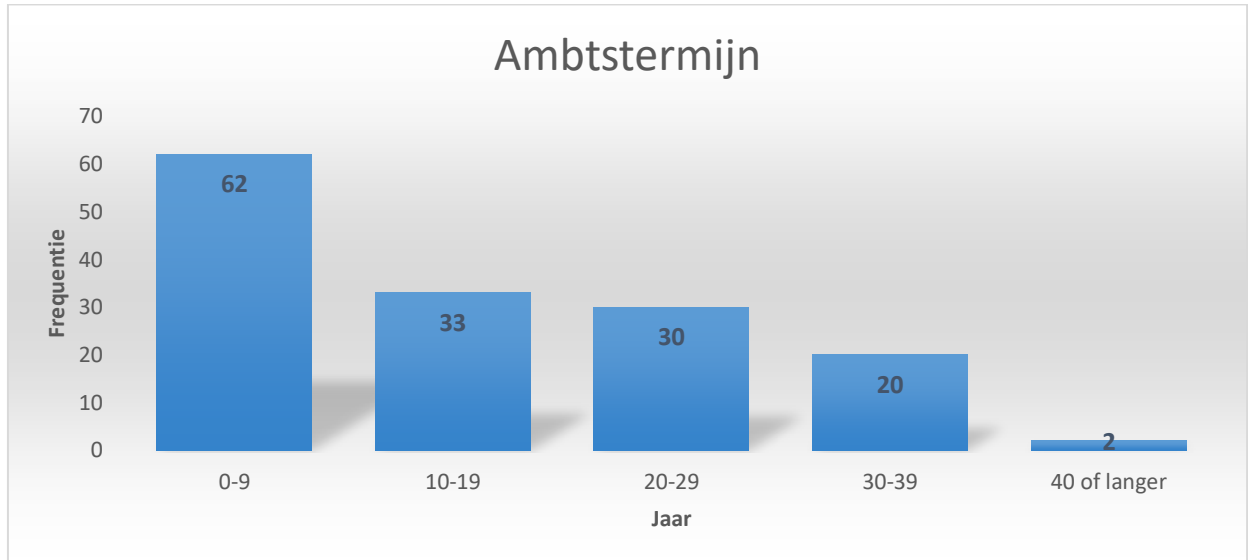
De gemiddelde leeftijd van de respondenten is ongeveer 41 jaar. De minimum leeftijd van de respondenten was 22 jaar en de maximum leeftijd 62 jaar. Daartussen zijn ongeveer alle leeftijden minstens één keer gedekt. Figuur 4 geeft weer dat de respondenten mooi verdeeld zijn over de leeftijdscategorieën.



Figuur 4: Frequentie Leeftijd

- **Ambtstermijn**

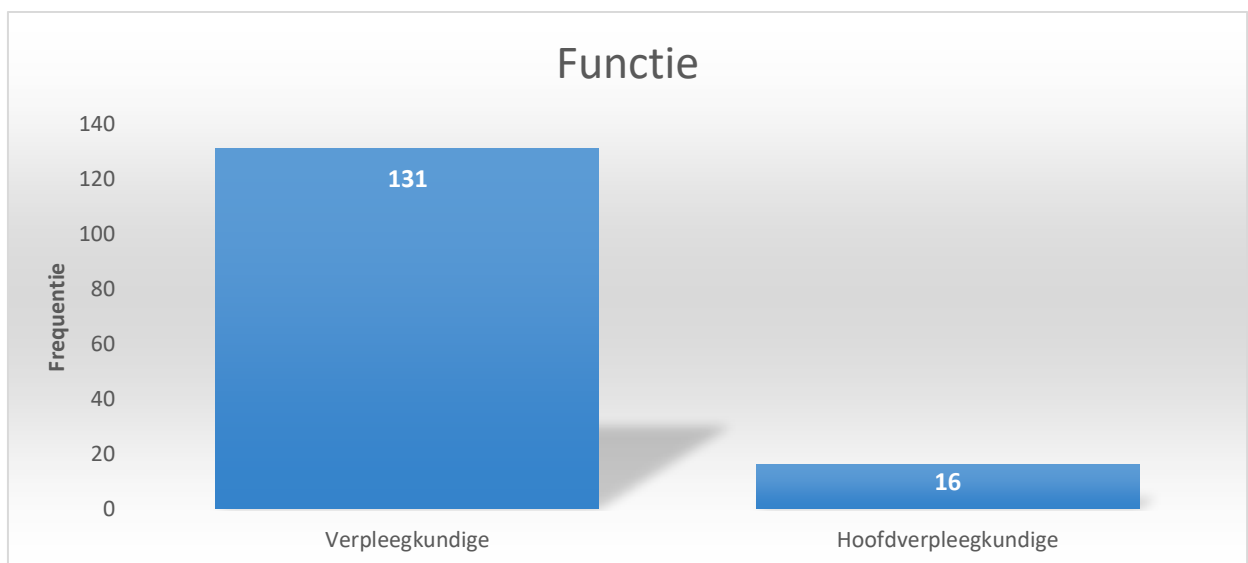
In de vragenlijst werd ook geïnformeerd naar de ambtstermijn van de respondent binnen het Jessa Ziekenhuis. Gemiddeld gezien was het totaal aantal dienstjaren ongeveer 16 jaar. Het minimum aantal dienstjaren was 0 jaar, wat duidt op een respondent die nog geen volledig jaar tewerkgesteld is in het ziekenhuis. Een andere respondent daarentegen werkt reeds 41 jaar binnen het Jessa Ziekenhuis, het maximum aantal dienstjaren in deze steekproef.



Figuur 5: Frequentie Ambtstermijn

- **Functie**

De vragenlijst werd enkel onder verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen verspreid. 89,1% van de respondenten was een verpleegkundige en 10,9% was hoofdverpleegkundige. Dit groot verschil lijkt logisch vermits per afdeling slechts één hoofdverpleegkundige tewerkgesteld is.

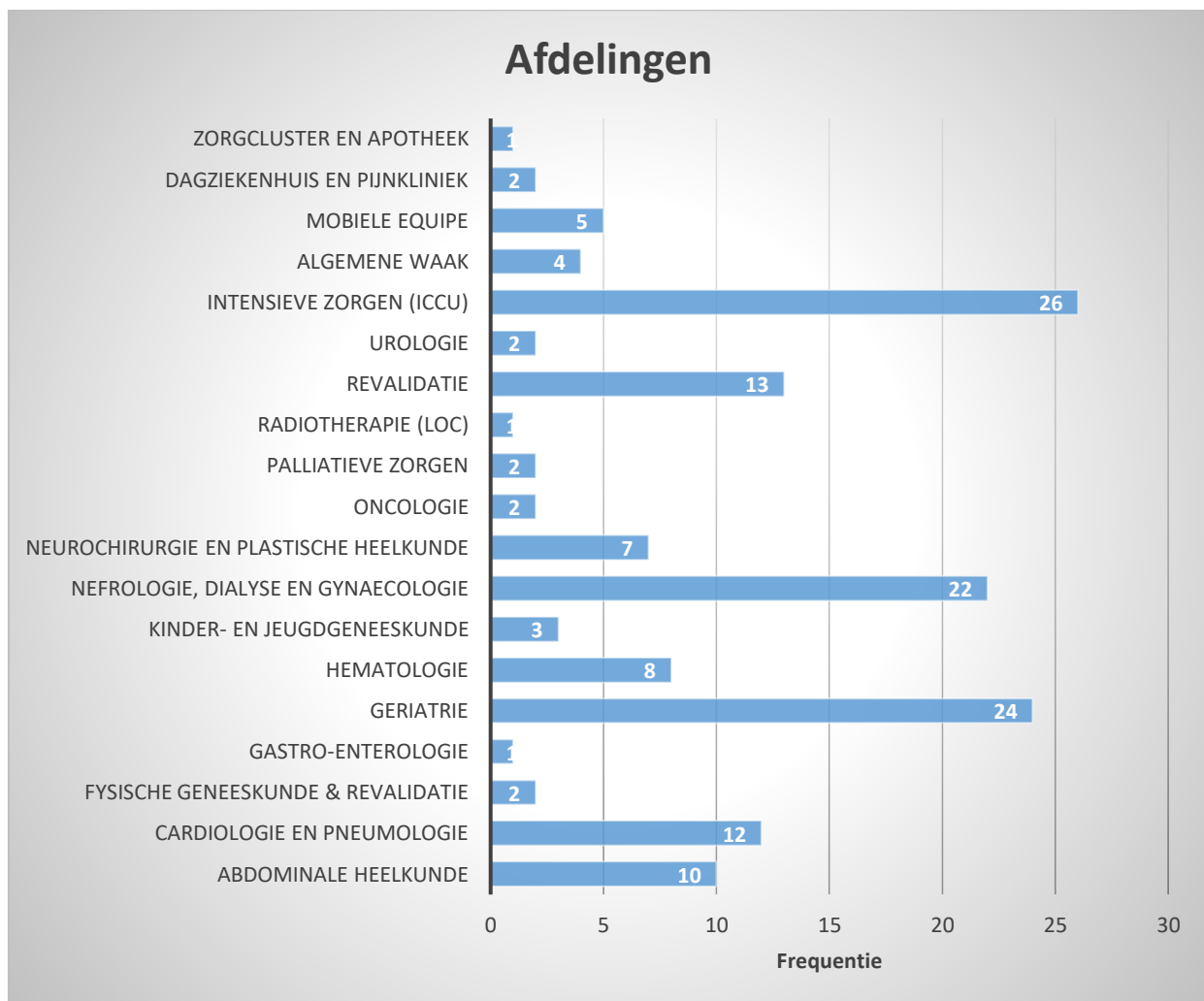


Figuur 6: Frequentie Functie

- **Afdeling**

De respondenten zijn tewerkgesteld op verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis. Het valt op dat sommige afdelingen sterk vertegenwoordigd zijn en andere niet, of bijna niet. Dit doet vermoeden dat enkele hoofdverpleegkundigen de vragenlijst niet verdeelden onder de verpleegkundigen van hun afdeling. Tevens waren, op sommige afdelingen, de verpleegkundigen minder bereidwillig om de vragenlijst in te vullen. Dit kan wijzen op een verschil in visie en cultuur binnen de verschillende afdelingen. De gebruikte analysemethode wordt verder besproken in stap 4.

Het al dan niet behoren tot een afdeling wordt gemeten aan de hand van een nominale schaal, waarvoor geen gemiddelde waarden berekend worden. De afdeling met het hoogst aantal respondenten, is de afdeling intensieve zorgen (ICCU). 26 verpleegkundigen op deze afdeling vulden de vragenlijst in. Daarnaast zijn 24 respondenten tewerkgesteld op de afdeling Geriatrie en 22 respondenten op de verzamelafdeling: Nefrologie, dialyse en gynaecologie. Enkele voorbeelden van afdelingen die volledig niet vertegenwoordigd zijn: Spoedgevallen, Tandheelkunde, Dermatologie, Endocrinologie,..

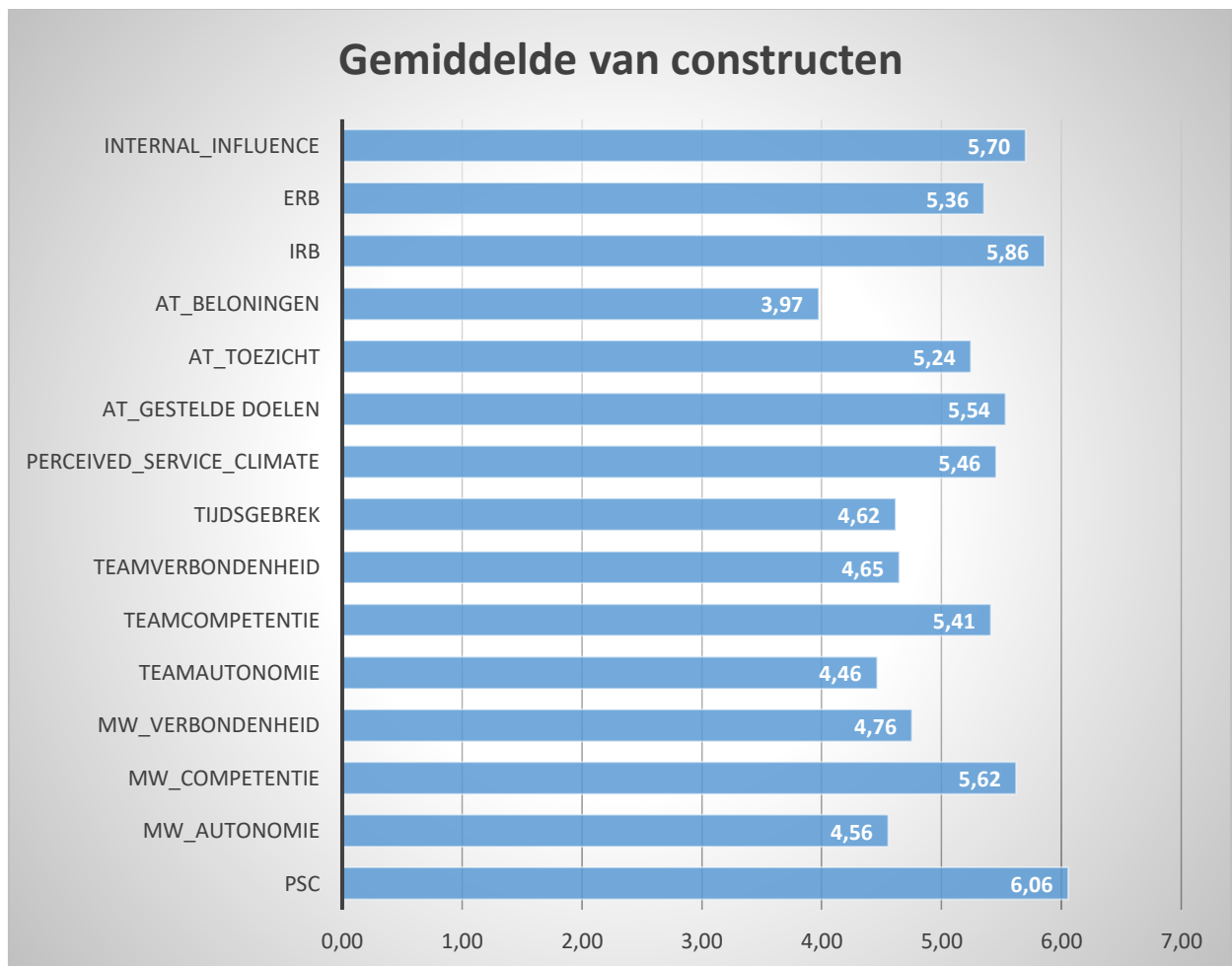


Figuur 7: Frequentie Afdeling

- **Constructen**

De constructen werden elk gemeten op een 7-punt Likertschaal gaande van 'Helemaal niet akkoord' tot 'Helemaal akkoord'. Een gemiddelde score van 4 wijst er op dat de verpleegkundigen over het algemeen 'Noch akkoord, noch niet akkoord' waren met de stelling. De gemiddelde scores boven 4 wijzen over het algemeen op een instemming met de geponeerde stellingen, terwijl de scores onder 4 eerder aangeven dat de respondenten het oneens zijn. Het gemiddelde is een centrummaat, een maat dat een idee geeft betreffende het centrum van de gegevens (Newbold & Carlson, 2012). Een gemiddelde score van 4 kan dusdanig ook wijzen op zeer uiteenlopende meningen betreffende het construct, waardoor het gemiddelde in de buurt van 4 komt te liggen. Het gemiddelde geeft in dit geval de niet eensgezindheid van de respondenten weer. Bijgevolg dient het gemiddelde van de constructen zeer zorgvuldig geïnterpreteerd te worden.

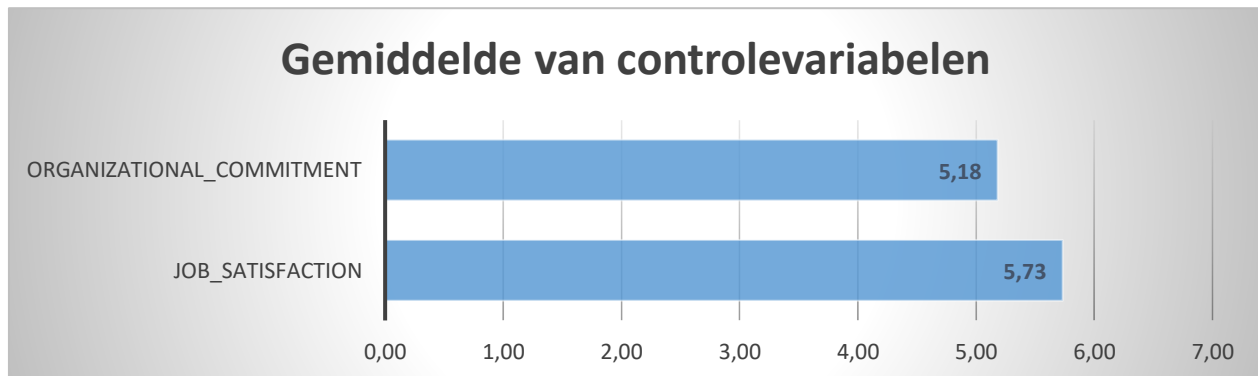
De gemiddelde scores voor elk van de opgenomen constructen zijn terug te vinden in Figuur 8. Het meest opvallende resultaat is het gemiddelde van PSC, dit bereikt ongeveer 6 op een 7-punt Likertschaal. Dit impliceert dat gemiddeld gezien de verpleegkundigen zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de patiënt en ze intrinsiek gemotiveerd zijn dit te behartigen.



Figuur 8: Gemiddelde van constructen

- **Controlevariabelen**

De gemiddelden van de controlevariabelen gemeten op een 7-punt Likertschaal (Figuur 9), namelijk Organizational commitment (5,18) en Job satisfaction (5,73) zijn beide groter dan 4. Praktisch gezien zijn deze resultaten vrij positief. Zo zijn de verpleegkundigen van het Jessa Ziekenhuis over het algemeen tevreden met hun werk en ervaren ze voldoende jobsatisfactie (worden ze erdoor bevredigd). Verder identificeren de verpleegkundigen zich met het Jessa Ziekenhuis, voelen ze zich betrokken en zijn ze loyaal aan de organisatie.



Figuur 9: Gemiddelde van controlevariabelen

4.2.4 Stap 4: Analysemethode

De 147 (hoofd)verpleegkundigen die de tijd namen om de vragenlijst volledig in te vullen, zijn allen frontlijnmedewerker in het Jessa en zijn, doorheen het ziekenhuis, op verschillende afdelingen tewerkgesteld. Hierdoor kunnen de antwoorden van de respondenten binnen éénzelfde afdelingen gecorreleerd zijn, zoals eerder aangehaald. Het is belangrijk dit te controleren tijdens de analyse. Een multi-levelanalyse is vereist. Een voorwaarde hiervoor is dat elke afdeling voldoende vertegenwoordigd is in de steekproef, wat echter niet het geval is. Bijgevolg wordt een andere analysemethode gebruikt.

PLS-SEM is een analysemethode om relaties tussen constructen en items te bepalen. Het is een Structural Equation Modeling (SEM) methode waarbij een Partial Least Squares (PLS) aanpak wordt toegepast. SEM is een multivariaat data-analyse techniek gebruik om structurele relaties te analyseren. Het is een combinatie van factoranalyse en multiple regressie analyse (Schumacker & Lomax, 2004). Daarbij probeert PLS op iteratieve wijze de verklaarde variantie van de afhankelijke variabele te maximaliseren (Wold, 1985; Fornell & Bookstein, 1982). PLS-SEM is dusdanig een analysemethode waarbij relaties in een structureel model onderzocht worden door de paramaters zodanig te schatten dat de totaal verklaarde variantie van de afhankelijke constructen gemaximaliseerd wordt (Tenenhaus, Esposito Vinzi, Chatelin, & Lauro, 2005; Hair, Ringle & Sarstedt, 2011). Deze methode wordt vooral gebruikt om te voorspellen (Hair, Hult, Ringle, Sarstedt, & Thiele, 2017) en is geschikt voor niet-normaal verdeelde gegevens (Monecke & Leisch, 2012). PLS-SEM schat niet alle relaties op hetzelfde moment, waardoor zelfs complexe modellen met een relatief klein onderliggende steekproef geschat kunnen worden (Rigdon, 2016).

Tijdens een PLS-SEM analyse wordt over het algemeen "De regel van 10" gebruikt, zijnde: het maximum aantal pijlen dat toekomt bij een variabele * 10 (Hair, Hult, Ringle, & Sarstedt, 2013). In dit model staan maximum 8 variabelen in relatie met een andere variabele, bijgevolg is de steekproef voldoende groot om gebruikt te maken van PLS.

4.2.5 Stap 5: Analyse van het meetmodel

Een meetmodel geeft de relatie weer tussen de constructen en hun onderliggende items. Daarbij kunnen twee soorten constructen onderscheiden worden: formatieve en reflectieve. PLS-SEM verleent de mogelijkheid om dit verschil in type constructen op te nemen. Formatieve constructen bevatten items die telkens over een ander thema gaan. Elk item staat voor een ander facet van het construct, waardoor de opgenomen items het volledig construct bepalen. De items zijn niet noodzakelijke onderling gecorreleerd, maar ze bepalen wel samen de betekenis van het construct (Haenlein & Kaplan, 2004). Een reflectief construct daarentegen bevat items die een gemeenschappelijk thema bevragen. Op die manier verklaart het construct de items. Een grote correlatie tussen de items wordt hierbij verwacht en de items kunnen elkaar dusdanig vervangen (Hogan & Martell, 1987; Jarvis, Mackenzie, & Podsakoff, 2003; Haenlein & Kaplan, 2004). Naar analogie met het werk van Schepers et al. (2012) werden geen formatieve constructen in het model opgenomen en zijn de constructen dusdanig allemaal reflectief van aard.

Het is belangrijk om de meetmodellen te controleren. Hierbij wordt nagegaan of de constructen effectief meten wat beoogd wordt te meten. Om de accuraatheid van het meetmodel te analyseren wordt de unidimensionaliteit, betrouwbaarheid en validiteit van het model nagegaan op basis van verschillende tests (Figuur 10).



Figuur 10: Tests meetmodelanalyse

- **Unidimensionaliteit**

Unidimensionaliteit omvat de aanwezigheid van één construct gevormd door een reeks onderliggende items (Leroi-Werelds, Streukens, Brady & Swinnen, 2014). Tijdens het testen van unidimensionaliteit wordt dusdanig nagegaan of de gemeten variabelen verklaard kunnen worden door één onderliggend thema, waarbij de items het thema van het construct weerspiegelen (Jarvis et al., 2003). De unidimensionaliteit wordt getest door middel van een factoranalyse per construct. Het is belangrijk dat, na de factoranalyse, alle items in éénzelfde factor geplaatst worden. De bijhorende voorwaarden zijn dat de eerste eigenwaarde groter is dan 1 en de tweede eigenwaarde kleiner dan 1 (Hair et al., 2014; Leroi-Werelds et al., 2014)). Indien dit het geval is, meet het construct éénzelfde thema en is bijgevolg de unidimensionaliteit van het construct gewaarborgd.

De unidimensionaliteit van het meetmodel (Tabel 2) dient enkel gecontroleerd te worden voor de constructen die gemeten worden door meerdere items. De controlevariabelen Geslacht, Leeftijd en Ambtsjaren worden dusdanig in deze analyse niet opgenomen.

Construct	Eerste eigenwaarde	Groter dan 1?	Tweede eigenwaarde	Kleiner dan 1?
PSC	2,70	Ja	0,92	Ja
MW_autonomie	3,35	Ja	0,73	Ja
MW_competentie	1,53	Ja	0,84	Ja
MW_verbondenheid	1,93	Ja	0,61	Ja
Teamautonomie	3,34	Ja	0,74	Ja
Teamcompetentie	1,95	Ja	0,70	Ja
Teamverbondenheid	2,11	Ja	0,50	Ja
Tijdsgebrek	1,85	Ja	0,75	Ja
Perceived service climate	4,18	Ja	0,92	Ja
IRB	2,50	Ja	0,71	Ja
ERB	2,53	Ja	0,75	Ja
Internal influence	3,31	Ja	0,34	Ja
AT_gestelde doelen	2,53	Ja	0,72	Ja
AT_toezicht	2,75	Ja	0,60	Ja
AT_beloningen	2,96	Ja	0,54	Ja
Job satisfaction	2,24	Ja	0,54	Ja
Organizational commitment	2,33	Ja	0,47	Ja

Tabel 2: Unidimensionaliteit constructen

De uitgevoerde factoranalyses tonen aan dat voor elk construct de unidimensionaliteit gewaarborgd is. De verschillende items per construct meten éénzelfde thema.

- **Betrouwbaarheid**

Een meetmodel is betrouwbaar als er consistentie heerst tussen de verschillende items van een construct. Dit wil zeggen dat de items hetzelfde construct meten. De items per construct worden dusdanig gecontroleerd op hun onderlinge correlatie (Hair et al., 2014; Leroi-Werelds et al., 2014). De betrouwbaarheid van het meetmodel wordt getest aan de hand van de 'composite reliability' (Tabel 3). Deze waarde dient groter dan 0,60 te zijn, opdat het construct betrouwbaar is.

Construct	Composite reliability	Betrouwbaar?
Agency Control	0,91	Ja
Ambtstermijn	1,00	Ja
ERB	0,87	Ja
Geslacht	1,00	Ja
IRB	0,87	Ja
Internal Influence	0,95	Ja
Job Satisfaction	0,90	Ja
Leeftijd	1,00	Ja
MW Autonomie	0,91	Ja
MW Competentie	0,70	Ja
MW Verbondenheid	0,84	Ja
Organizational Commitment	0,91	Ja
Patient Stewardship Control	0,85	Ja
Teamautonomie	0,90	Ja
Teamcompetentie	0,80	Ja
Teamverbondenheid	0,86	Ja
Tijdgebrek	0,80	Ja

Tabel 3: Betrouwbaarheid constructen

Bovenstaande tabel toont dat de betrouwbaarheid van de constructen in orde is.

- **Validiteit**

- *Item validiteit*

De constructen worden gemeten aan de hand van een set items. Het is belangrijk na te gaan of de items effectief het beoogde construct meten. Met andere woorden, item validiteit meet in hoeverre de onderliggende items een afspiegeling zijn van het overkoepelend construct (Leroi-Werelds et al., 2014).

Om na te gaan of de items meten wat ze moeten meten, is de grootte en significantie van de itemladingen (outer loadings) belangrijk. Het is aanvaardbaar als de itemladingen groter zijn dan 0,50. De voorkeur gaat echter uit naar itemladingen groter dan 0,70. Hierbij is de item validiteit volledig

verzekerd (Hair et al., 2011; MacKenzie, Podsakoff, & Podsakoff, 2011; Leroi-Werelds et al., 2014). De significantie van de itemladingen is ook van belang. Door middel van bootstrapping (4.000 samples) werden de 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI) van de items berekend (Tabel 4). Indien 0 geen element is van het betrouwbaarheidsinterval, is de itemlading significant, het waargenomen effect wordt niet door toeval veroorzaakt. De items worden bijgevolg als betekenisvol beschouwd.

Item	Outer loadings	Groter dan 0,50?	Groter dan 0,70?	95% BI	Significant?
AT__beloningen_1	0,74	Ja	Ja	[0,62 ; 0,82]	Ja
AT__beloningen_2	0,65	Ja	Nee	[0,51 ; 0,75]	Ja
AT__beloningen_3	0,75	Ja	Ja	[0,64 ; 0,82]	Ja
AT__beloningen_4	0,71	Ja	Ja	[0,59 ; 0,79]	Ja
AT__gestelde_doelen_1	0,45	Nee	Nee	[0,25 ; 0,61]	Ja
AT__gestelde_doelen_2	0,71	Ja	Ja	[0,61 ; 0,79]	Ja
AT__gestelde_doelen_3	0,66	Ja	Nee	[0,53 ; 0,75]	Ja
AT__gestelde_doelen_4	0,76	Ja	Ja	[0,67 ; 0,83]	Ja
AT__toezicht_1	0,65	Ja	Nee	[0,47 ; 0,76]	Ja
AT__toezicht_2	0,61	Ja	Nee	[0,44 ; 0,71]	Ja
AT__toezicht_3	0,67	Ja	Nee	[0,54 ; 0,77]	Ja
AT__toezicht_4	0,77	Ja	Ja	[0,68 ; 0,84]	Ja
ERB_1	0,85	Ja	Ja	[0,79 ; 0,89]	Ja
ERB_2	0,69	Ja	Nee	[0,52 ; 0,79]	Ja
ERB_3	0,78	Ja	Ja	[0,62 ; 0,86]	Ja
ERB_4	0,84	Ja	Ja	[0,74 ; 0,90]	Ja
Geslacht	1,00	Ja	Ja	[1,00 ; 1,00]	Ja
IRB_1	0,73	Ja	Ja	[0,49 ; 0,85]	Ja
IRB_2	0,84	Ja	Ja	[0,74 ; 0,90]	Ja
IRB_3	0,81	Ja	Ja	[0,65 ; 0,88]	Ja
IRB_4	0,77	Ja	Ja	[0,61 ; 0,85]	Ja
Internal_influence_1	0,92	Ja	Ja	[0,86 ; 0,95]	Ja
Internal_influence_2	0,93	Ja	Ja	[0,89 ; 0,96]	Ja
Internal_influence_3	0,91	Ja	Ja	[0,87 ; 0,94]	Ja
Internal_influence_4	0,88	Ja	Ja	[0,82 ; 0,93]	Ja
Jaren_1	1,00	Ja	Ja	[1,00 ; 1,00]	Ja
Jaren_3	1,00	Ja	Ja	[1,00 ; 1,00]	Ja
Job_satisfaction_1	0,92	Ja	Ja	[0,88 ; 0,95]	Ja
Job_satisfaction_2	0,86	Ja	Ja	[0,78 ; 0,91]	Ja
MW_autonomie_1	0,85	Ja	Ja	[0,75 ; 0,90]	Ja
MW_autonomie_2	0,79	Ja	Ja	[0,62 ; 0,87]	Ja
MW_autonomie_3	0,88	Ja	Ja	[0,77 ; 0,92]	Ja
MW_autonomie_4	0,83	Ja	Ja	[0,69 ; 0,90]	Ja

MW_autonomie_5	0,71	Ja	Ja	[0,52 ; 0,82]	Ja
MW_competentie_1	0,76	Ja	Ja	[0,19 ; 0,98]	Ja
MW_competentie_2	0,82	Ja	Ja	[0,46 ; 0,99]	Ja
MW_verbondenheid_1	0,78	Ja	Ja	[0,52 ; 0,91]	Ja
MW_verbondenheid_2	0,82	Ja	Ja	[0,59 ; 0,93]	Ja
MW_verbondenheid_3	0,80	Ja	Ja	[0,61 ; 0,91]	Ja
Organization._commitment_1	0,88	Ja	Ja	[0,82 ; 0,92]	Ja
Organization._commitment_2	0,92	Ja	Ja	[0,88 ; 0,95]	Ja
Organization._commitment_3	0,83	Ja	Ja	[0,76 ; 0,89]	Ja
PSC_1	0,74	Ja	Ja	[0,56 ; 0,83]	Ja
PSC_2	0,68	Ja	Nee	[0,42 ; 0,85]	Ja
PSC_3	0,79	Ja	Ja	[0,62 ; 0,86]	Ja
PSC_4	0,67	Ja	Nee	[0,45 ; 0,78]	Ja
PSC_5	0,78	Ja	Ja	[0,68 ; 0,86]	Ja
Perceived_service_climate_1	0,77	Ja	Ja	[0,65 ; 0,88]	Ja
Perceived_service_climate_2	0,77	Ja	Ja	[0,61 ; 0,86]	Ja
Perceived_service_climate_3	0,78	Ja	Ja	[0,61 ; 0,86]	Ja
Perceived_service_climate_4	0,76	Ja	Ja	[0,60 ; 0,85]	Ja
Perceived_service_climate_5	0,81	Ja	Ja	[0,66 ; 0,89]	Ja
Perceived_service_climate_6	0,87	Ja	Ja	[0,74 ; 0,93]	Ja
Perceived_service_climate_7	0,60	Ja	Nee	[0,29 ; 0,78]	Ja
REC_Job_satisfaction_3	0,80	Ja	Ja	[0,68 ; 0,87]	Ja
REC_MW_competentie_3	0,37	Nee	Nee	[-0,52 ; 0,84]	Nee
REC_Teamcompetentie_3	0,45	Nee	Nee	[-0,61 ; 0,89]	Nee
REC_Tijdsgebrek_2	0,35	Nee	Nee	[-1,00 ; 0,81]	Nee
Teamautonomie_1	0,81	Ja	Ja	[0,34 ; 0,90]	Ja
Teamautonomie_2	0,78	Ja	Ja	[0,18 ; 0,88]	Ja
Teamautonomie_3	0,82	Ja	Ja	[0,22 ; 0,91]	Ja
Teamautonomie_4	0,83	Ja	Ja	[0,58 ; 0,91]	Ja
Teamautonomie_5	0,77	Ja	Ja	[0,42 ; 0,93]	Ja
Teamcompetentie_1	0,86	Ja	Ja	[0,28 ; 0,98]	Ja
Teamcompetentie_2	0,93	Ja	Ja	[0,80 ; 1,00]	Ja
Teamverbondenheid_1	0,92	Ja	Ja	[0,80 ; 1,00]	Ja
Teamverbondenheid_2	0,80	Ja	Ja	[0,25 ; 0,93]	Ja
Teamverbondenheid_3	0,75	Ja	Ja	[0,20 ; 0,90]	Ja
Tijdsgebrek_1	1,00	Nee	Nee	[1,00 ; 1,00]	Ja
Tijdsgebrek_3	0,50	Ja	Nee	[-0,98 ; 0,85]	Nee

Tabel 4: Itemladingen

De itemladingen van AT_gestelde_doelen_1, REC_MW_competentie_3, REC_Teamcompetentie_3 en REC_Tijdsgebrek_2 halen de norm van 0,5 niet. Daarnaast is het item Tijdsgebrek_3 net voldoende groot, maar niet significant.

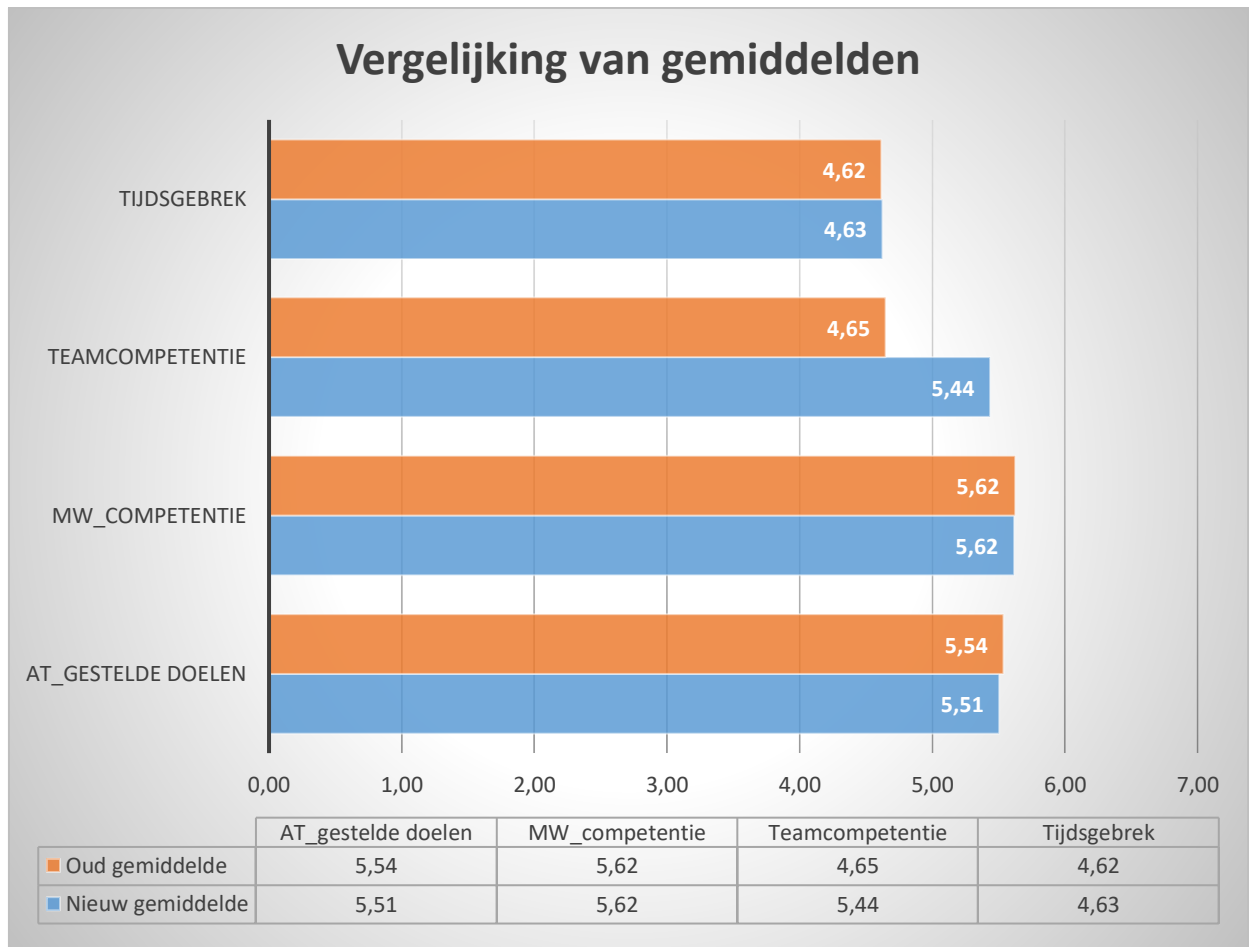
Het item AT_gestelde_doelen_1 posteert de volgende stelling: "Het ziekenhuis hanteert formele processen om kwaliteitsdoelen voor medewerkers voorop te stellen.". Dit eerste item meet iets ander dan de andere drie items van dit construct. Item 1 vraagt naar de formele processen die door de organisatie, het Jessa Ziekenhuis, gehanteerd worden. De andere items gaan over de leidinggevende die doelen opstelt. In dit opzicht meet het eerste item in hoeverre het Jessa Ziekenhuis doelen opstelt, in tegenstelling tot de volgende drie items, die nagaan of de rechtstreeks leidinggevende bepaalde doelen opstelt.

De itemladingen van REC_MW_competentie_3, REC_Teamcompetentie_3 en REC_Tijdsgebrek_2 zijn eveneens ontoereikend. Het valt op dat de drie items die gehercodeerd werden een gebrek aan item validiteit vertonen. Dit impliceert dat het geen goed idee is om een positief geformuleerd construct negatief te bevragen. Hoewel dit waarschijnlijk te wijten is aan de onoplettendheid van de respondenten tijdens het invullen van de vragenlijst, kunnen zulke omgekeerd geformuleerde items in de toekomst beter niet worden opgenomen.

Hoewel de itemlading van Tijdsgebrek_3 net voldoende groot is, is deze niet significant bevonden. De stelling: "Ik zou andere taken niet af krijgen indien ik patiënten de best mogelijke zorg zou bieden.", is waarschijnlijk te sterk voor interpretatie vatbaar, waardoor dit item niet significant is en bijgevolg niet betekenisvol.

Samengevat zijn de itemladingen van AT_gestelde_doelen_1, REC_MW_competentie_3, REC_Teamcompetentie_3 en REC_Tijdsgebrek_2 niet voldoende groot. Daarnaast is het item Tijdsgebrek_3 niet significant. Deze vijf items zijn dusdanig niet langer relevant en worden uit het meetmodel gehaald. Het structureel model wordt terug berekend met het PLS algoritme, maar zonder de inclusie van deze vijf items.

De uitsluiting van deze items heeft gevolgen voor de gemiddelde waarden van de bijhorende constructen. De aangepaste gemiddelden van de constructen Agency control (gestelde doelen), Frontlijnmedewerker competentie, Teamcompetentie en Tijdsgebrek worden in Figuur 11 vergeleken met de vorige gemiddelden.



Figuur 111: Vergelijking van gemiddelden

Een vergelijking tussen de gemiddelden van de constructen voor en na de exclusie van de items, toont dat het weglaten van de items niet zo veel impact heeft op de gemiddelden. Dit impliceert dat de gemiddelden effectief de centrumwaarde weergeven, in plaats van een vals gemiddelde afkomstig van extreme waarden. Het construct Teamcompetentie verkreeg echter wel een hoger gemiddelde.

- *Convergente validiteit*

De 'within-method convergent validity' controleert overeenstemming tussen de verschillende items die éénzelfde construct meten. De samenhang van de items wordt nagegaan, door te kijken in welke mate de items een groot deel variantie gemeenschappelijk hebben. De Average Variance Extracted (AVE) geeft weer in welke mate de variantie van de items verklaard kan worden door het reflectief construct in plaats van door een meetfout. De AVE (Tabel 5) dient groter te zijn dan 0,50 om te kunnen spreken van convergente validiteit (Leroi-Werelds et al., 2014).

Construct	Average Variance Extracted (AVE)	Convergente validiteit?
Agency Control	0,50	Ja
Ambtstermijn	1,00	Ja
ERB	0,63	Ja
Geslacht	1,00	Ja
IRB	0,62	Ja
Internal Influence	0,83	Ja
Job Satisfaction	0,75	Ja
Leeftijd	1,00	Ja
MW Autonomie	0,66	Ja
MW Competentie	0,62	Ja
MW Verbondenheid	0,64	Ja
Organizational Commitment	0,78	Ja
Patient Stewardship Control	0,54	Ja
Perceived Service Climate	0,59	Ja
Teamautonomie	0,64	Ja
Teamcompetentie	0,80	Ja
Teamverbondenheid	0,68	Ja
Tijdsgebrek	1,00	Ja

Tabel 5: AVE per construct

Alle constructen hebben een AVE groter dan 0,50, waardoor voor elk construct het merendeel van het item variantie wordt verklaard door het reflectief construct.

o *Discriminant validiteit*

Discriminant validiteit meet de mate waarin een construct werkelijk verschillend is van een ander construct, waarmee het verondersteld wordt verschillend te zijn (Hair, et al., 2014; Voorhees, Brady, Calantone & Ramirez, 2016; Henseler, Ringle, & Sarstedt, 2015). Verschillende tests kunnen worden uitgevoerd om de discriminant validiteit na te gaan. Voorhees et al. (2016) onderzochten de meest populaire technieken en besloten dat de Heterotrait-monotrait ratio of correlations (HTMT) test met een cutoff van 0,85 een zeer goede betrouwbare test is binnen marketingonderzoek. Dit betekent dat de HTMT-ratio niet groter mag zijn dan 0,85.

De norm van 0,85 wordt overschreden bij MW_autonomie & Teamautonomie en bij MW_verbondenheid & Teamverbondenheid (Bijlage 7). Dit is niet volledig onverwacht vermits een sterke relatie aanwezig is tussen deze concepten. De mate van autonomie en verbondenheid wordt bekeken op zowel individueel als teamniveau. In de literatuurstudie werd reeds uitvoerig beschreven dat het belangrijk is om deze concepten zowel op individueel als teamniveau te bekijken binnen een ziekenhuiscontext. De grote overeenstemming tussen deze constructen is eerder logisch en bijgevolg niet problematisch voor het verder onderzoek.

4.2.6 Stap 6: Analyse van het structureel model

Voor elke afhankelijke variabele wordt een determinatie coëfficiënt R^2 weergegeven (Tabel 6), een maatstaf voor de voorspelkracht. Hoe groter deze R^2 , hoe meer variantie van de afhankelijke variabele verklaard wordt door de onafhankelijke variabelen en dus hoe beter de afhankelijke variabele door het structureel model voorspeld wordt. Vermits meerdere onafhankelijke variabelen de afhankelijke variabele proberen te voorspellen, moet gekeken worden naar de R^2 aangepast. De inclusie van meerdere onafhankelijke variabelen zorgt ervoor dat R^2 sowieso groter wordt, waardoor dit een vertekend beeld van 'goodness of fit' geeft. Om hiervoor te controleren wordt de R^2 aangepast berekend. Deze corrigeert de R^2 in functie van het aantal opgenomen onafhankelijke variabelen (Stock & Watson, 2011). Voor een aanvaardbare voorspelkracht moet de R^2 aangepast groter zijn dan 0,19. Een R^2 aangepast tussen 0,19 en 0,33 is laag; een R^2 aangepast tussen 0,33 en 0,67 is middelmatig en een R^2 aangepast 0,67 is hoog.

Construct	R^2	R^2 aangepast
ERB	0,19	0,15
IRB	0,24	0,20
Internal influence	0,30	0,27
Patient Stewardship Control	0,16	0,11

Tabel 6: Determinatie coëfficiënt R^2

De R^2 aangepast is enkel aanvaardbaar voor IRB en Internal influence. Het model voorspelt dusdanig niet voldoende de constructen ERB en Patient Stewardship Control.

Verder wordt, voor elk van de veertien opgestelde hypothesen, nagegaan of het ene construct een significant effect heeft op het andere. Hiervoor wordt gebruikt gemaakt van de pad coëfficiënten (β) die het verband weergeven tussen de onderlinge constructen van het structureel model. Daarbij geven de pad coëfficiënten weer in welke mate en in welke richting de afhankelijke variabele wijzigt indien de onafhankelijke variabele toeneemt met 1. De belangrijkheid van de pad coëfficiënten dient nagegaan te worden om de voorspelkracht te verzekeren.

De significantie van de pad coëfficiënten wordt voor alle veertien opgestelde hypothesen via hetzelfde testprincipe onderzocht:

$$H_0: \beta = 0$$

$$H_a: \beta \neq 0 \quad (\text{waarbij } a: 1, \dots, 14)$$

Indien de pad coëfficiënt $\beta = 0$, dan veroorzaakt de onafhankelijke variabele geen significant effect op de afhankelijke variabele. Is de pad coëfficiënt echter significant verschillend van 0, dan heeft de onafhankelijke variabele wel een significant effect op de afhankelijke variabele. Een pad coëfficiënt is significant indien 0 geen element is van het betrouwbaarheidsinterval (Tabel 7). Onderstaande resultaten werd bekomen op basis van een bootstrapping met 4.000 samples.

Hypothese	Pad coëfficiënt (β)	95% BI	90% BI	Hypothese ondersteund?
H₁ : MW_autonomie -> PSC	0,40**	[0,10 ; 0,74]	[0,14 ; 0,68]	Ja
H ₂ : MW_competentie -> PSC	0,06	[-0,17 ; 0,25]	[-0,13 ; 0,22]	Nee
H ₃ : MW_verbondenheid -> PSC	0,15	[-0,08 ; 0,41]	[-0,05 ; 0,37]	Nee
H ₄ : Teamautonomie -> PSC	-0,21	[-0,55 ; 0,10]	[-0,50 ; 0,04]	Nee
H ₅ : Teamcompetentie -> PSC	-0,03	[-0,29 ; 0,18]	[-0,25 ; 0,15]	Nee
H ₆ : Teamverbondenheid -> PSC	-0,02	[-0,30 ; 0,21]	[-0,25 ; 0,17]	Nee
H ₇ : PSC -> IRB	0,07	[-0,12 ; 0,24]	[-0,09 ; 0,22]	Nee
H₈ : PSC -> ERB	0,20**	[0,01 ; 0,35]	[0,04 ; 0,33]	Ja
H₉ : Agency control -> IRB	0,23**	[0,06 ; 0,38]	[0,08 ; 0,36]	Ja
H ₁₀ : Agency control -> ERB	0,11	[-0,08 ; 0,31]	[-0,06 ; 0,27]	Nee
H ₁₁ : Tijdsgebrek -> PSC	-0,00	[-0,15 ; 0,16]	[-0,13 ; 0,13]	Nee
H ₁₂ : Perceived service climate -> PSC	0,15	[-0,07 ; 0,32]	[-0,04 ; 0,28]	Nee
H ₁₃ : PSC -> Internal influence	0,08	[-0,06 ; 0,22]	[-0,04 ; 0,20]	Nee
H₁₄ : Agency control -> Internal influence	0,15*	[-0,04 ; 0,29]	[0,01 ; 0,27]	Ja

Tabel 7: Hypothese tests

*significant op 10% significantieniveau

**significant op 5% significantieniveau

Drie van de veertien hypothesen worden ondersteund:

H₁: Wanneer de autonomie van verpleegkundigen stijgt met 1, stijgt de waargenomen PSC van verpleegkundigen met 0,40.

H₈: Wanneer de waargenomen PSC van verpleegkundigen stijgt met 1, stijgt ERB met 0,20.

H₉: Wanneer de waargenomen Agency control van verpleegkundigen stijgt met 1, stijgt IRB met 0,23.

Een vierde relatie wordt eveneens significant (10% significantieniveau) bevonden, maar de richting van deze relatie is anders dan verwacht. Volgens de verwachtingen zou Agency control een negatieve invloed uitoefenen op Internal influence, maar dit blijkt een positieve invloed te zijn. De pad coëfficiënt (β) is positief wat wijst op een positieve invloed van Agency control op Internal influence. Meer specifiek, wanneer de waargenomen Agency control van verpleegkundigen stijgt met 1, stijgt Internal influence met 0,15.

4.3 Fase 3: Discussie van de resultaten

In de literatuurstudie werd reeds aangehaald dat de job karakteristieken autonomie en beslissingsbevoegdheid het meest bijdragen tot motivatie van verpleegkundigen (Cai et al., 2011; Galletta et al., 2011; Gaki et al., 2013; Moody et al., 2006; Edgar, 1999). Controle over en meer invloed op het eigen werk zorgt ervoor dat verpleegkundigen intrinsiek gemotiveerd worden (Tummers et al., 2006; Van den Berg et al., 2008; Gemain & Cummings, 2010; Cai et al., 2011; Galletta et al., 2011). Hierbij werd verondersteld dat wanneer een verpleegkundige een hoge mate van autonomie ervaart, dit een positieve invloed op PSC heeft.

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat deze hypothese ondersteund wordt. Wanneer de autonomie van verpleegkundigen stijgt met 1, zal de waargenomen PSC van verpleegkundigen stijgen met 0,40. Het is dusdanig aan te bevelen om individuele verpleegkundigen van het Jessa Ziekenhuis een voldoende hoge mate van autonomie te garanderen.

Naast autonomie, werd competentie als een belangrijk factor geïdentificeerd om intrinsieke motivatie te bewerkstelligen. Daarbij zou de mogelijkheid om vaardigheden en kennis te testen en te bekrachtigen de verpleegkundigen een gevoel van deskundigheid geven waardoor de eigenwaarde en het zelfvertrouwen ondersteund wordt (De Cooman et al., 2008; Peters et al., 2010; Rydenfält et al., 2012; Hoonakker et al., 2013). De tweede hypothese test of Frontlijnmedewerker competentie PSC positief beïnvloed. Deze werd niet ondersteund.

De derde hypothese ging na of Frontlijnmedewerker verbondenheid PSC op een positieve manier beïnvloedt. Een verpleegkundige wordt hierbij intrinsiek gemotiveerd door een gevoel van verbondenheid. Hierbij voelt de individuele verpleegkundige zich door anderen gerespecteerd, geaccepteerd, begrepen en geliefd (Ng et al., 2012; Vandercammen et al., 2014; Ryan & Deci, 2000; Öztürk et al., 2006; De Cooman et al., 2008). Deze hypothese werd eveneens niet ondersteund door de verkregen data.

Vermits in het Jessa Ziekenhuis teams gevormd worden op basis van verschillende afdelingen of specialisaties, leek het relevant om de concepten autonomie, competentie en verbondenheid eveneens op teamniveau te bekijken.

Teamautonomie refereert naar de vrijheid, onafhankelijkheid en mogelijkheid om de teamtaken te plannen en uit te voeren (Cordery et al., 1991; Hackman, 1987; Kirkman & Rosen, 1999; Langfred, 2000). De vierde hypothese onderzocht of Teamautonomie een positieve invloed uitoefent op PSC. Daarnaast is het in een ziekenhuis zeer belangrijk dat teamleden op elkaar kunnen vertrouwen met betrekking tot kennis en vaardigheden. Deze capaciteiten hebben immers een rechtstreeks effect op de gezondheid en het welzijn van patiënten. Een vijfde hypothese testte bijgevolg de positieve invloed van Teamcompetentie op PSC. Tot slot, werd de veronderstelde positieve invloed van

Teamverbondenheid op PSC getest. Deze zesde hypothese werd opgesteld op basis van de veronderstelling dat verpleegkundigen naar sociale ondersteuning zoeken binnen hun team, bij leidinggevend en binnen het gehele ziekenhuis (Galletta et al., 2016; De Cooman et al., 2008; Germain & Cummings, 2010; Lambrou et al., 2010; Peters et al., 2010; Van Beek et al., 2012, Gaki et al., 2013). De drie opgestelde hypothesen op teamniveau werden desondanks niet ondersteund op basis van de verkregen data.

Uit onderzoek bleek dat gemotiveerde verpleegkundigen meer enthousiast zijn tijdens de verzorging van patiënten, beter scoren op patiëntveiligheid en zorg van hogere kwaliteit leveren (Kramer & Schmalenberg, 2004; Galletta et al., 2016; Toode et al., 2011). Daarbij beschouwen steward verpleegkundigen het patiëntwelzijn als een belangrijk persoonlijk doel en ondersteunen de verpleegkundigen de opgestelde in-role procedures om de kwaliteit van de toegediende zorg te standaardiseren en te borgen. Een steward verpleegkundige verstaat en onderkent het belang van deze in-role taken en procedures inzake patiëntwelzijn. Een zevende hypothese ging na of er dusdanig een positief verband geïdentificeerd kon worden van PSC op IRB. Deze hypothese werd echter niet ondersteund.

Indien een verpleegkundige zich intrinsiek gemotiveerd voelt om het welzijn van de patiënt te behartigen, komen de belangen van patiënten op één lijn te liggen met deze van de steward verpleegkundige. Daarbij voelen steward verpleegkundigen zich dermate geëngageerd en gemotiveerd om extra, niet-gespecificeerde taken op zich te nemen met het oog op patiëntwelzijn (Argyris, 1973). Bijgevolg testte de achtste hypothese de aanname dat PSC een positieve invloed heeft op ERB. Op basis van de verworven data werd deze hypothese ondersteund. Wanneer de waargenomen PSC van verpleegkundigen stijgt met 1, zal ERB stijgen met 0,20. Des te meer een verpleegkundige zich intrinsiek gemotiveerd voelt om het welzijn van patiënten te behartigen, des te meer extra taken de steward verpleegkundige zal uitvoeren om patiëntwelzijn na te streven.

De invloed van Agency control op de gedragsvariabelen IRB en ERB werd eveneens onderzocht. Agency control bestaat uit het opstellen van (prestatie)doelen en het uitreiken van beloningen voor het behalen van deze doelen. Daarnaast dient door leidinggevend eveneens controle en toezicht gehouden te worden op het geleverde werk (Eisenhardt, 1989; Schepers et al., 2012). De fijngevoelige aard van het werk binnen de gezondheidszorg vraagt om bepaalde regels en procedures, waardoor een dergelijk controlesysteem gerechtvaardigd lijkt. Hierbij werd nagegaan of de waargenomen Agency control van verpleegkundigen een positieve invloed op IRB en een negatieve invloed op ERB heeft. Deze laatste werd niet ondersteund, maar de eerste wel. Indien de waargenomen Agency control van verpleegkundigen stijgt met 1, zal IRB stijgen met 0,23. Des te meer doelen worden opgesteld, controle uitgevoerd wordt op het gedane werk en prestaties beloond worden, des te meer verpleegkundigen de voorgeschreven taken en procedures uitvoeren om aan de job gerelateerde plichten te voldoen.

Tijdens de diepte-interviews werd duidelijk dat verpleegkundigen van het Jessa Ziekenhuis vaak de intentie hebben om patiënten bij te staan in allerlei zaken, vooral psychologische ondersteuning, maar dat dit niet altijd mogelijk is door de hoge werkdruk. Een extra hypothese werd bijgevolg opgenomen om te testen of Tijdsgebrek een negatieve invloed uitoefent op de waargenomen PSC van verpleegkundigen. Deze elfde hypothese werd niet ondersteund. Daarnaast kwam uit de diepte-interviews naar voor dat de activiteiten per afdelingen sterk kunnen verschillen, waardoor de kijk op PSC eveneens verschilt. Om deze factor in rekening te brengen werd het antecedent Perceived service climate, dat PSC voorafgaat, opgenomen in een twaalfde hypothese. Deze testte of Perceived service climate een positieve invloed heeft op de waargenomen PSC van verpleegkundigen, maar werd niet ondersteund.

Tenslotte werd, tijdens de gesprekken met de Jessa medewerkers, eveneens duidelijk dat de verpleegkundigen actief actie willen ondernemen om de zorgverlening te verbeteren. Een extra gedragsvariabele, Internal influence, werd opgenomen om na te gaan in welke mate verpleegkundigen individueel initiatief nemen om in gesprek te gaan met de collega's en het Jessa Ziekenhuis om de zorgverlening te verbeteren. Een dertiende en veertiende hypothese testte respectievelijk of de waargenomen PSC van verpleegkundigen een positieve invloed op Internal influence uitoefent en of de waargenomen Agency control van verpleegkundigen een negatieve invloed op Internal influence uitoefent. Deze hypothesen werden niet ondersteund. Uit het onderzoek kwam echter wel een ander significant (10% significantieniveau) verband naar voor. Indien de waargenomen Agency control van verpleegkundigen stijgt met 1, zal Internal influence stijgen met 0,15. Des te meer doelen worden opgesteld, controle uitgevoerd wordt op het gedane werk en prestaties beloond worden, des te meer verpleegkundigen individueel initiatief nemen om tot communicatie over te gaan met het Jessa Ziekenhuis en collega's, met als oogpunt het door de organisatie en medewerkers geleverde werk te verbeteren.

Hoofdstuk 5: Algemene conclusies en verdere implicaties

PSC geeft verpleegkundigen een gevoel van persoonlijke en morele verantwoordelijkheid voor het algemeen welzijn van de patiënt. Intrinsieke motivatie zorgt ervoor dat verpleegkundigen geëngageerd blijven om dit welzijn te beschermen en te verbeteren door zo goed mogelijk aan de patiëntbehoeften tegemoet te komen. Gedurende deze masterproef werd onderzocht wat de rol van PSC is in de gezondheidszorg.

5.1 Onderzoeksopzet en bevindingen

Om het concept PSC in de praktijk toe te kunnen passen, is het belangrijk niet alleen het concept zelf onder de loep te nemen, maar ook de factoren te onderzoeken die met PSC in verband staan. Een conceptueel model werd bijgevolg opgesteld waarin verschillende verwachte relaties met betrekking tot PSC werden opgenomen. Het conceptueel model opgesteld door Schepers et al. (2012) vormde hiervoor de grondslag. Vervolgens maakte een samenwerking met het Jessa Ziekenhuis het mogelijk om het conceptueel model aan een empirische test te onderwerpen. Om de accuraatheid van het model in de specifieke ziekenhuiscontext na te gaan werden tien diepte-interviews afgenomen bij medewerkers van het ziekenhuis. De verkregen informatie wees op de noodzaak om enkele aanvullingen te doen. Verder vormde het aangepast conceptueel model de basis voor een elektronische vragenlijst die verdeeld werd onder de (hoofd)verpleegkundigen.

Op basis van de gegevens verzameld bij 147 (hoofd)verpleegkundigen van het Jessa Ziekenhuis werd het conceptueel model verder getest. In totaal werden vier hypothesen ondersteund. Eerst en vooral doet de waargenomen PSC door verpleegkundigen ERB stijgen. Verpleegkundigen zijn intrinsiek gemotiveerd om extra inspanningen te leveren om de zorgverlening te optimaliseren. De gepercipieerde PSC van verpleegkundigen wordt hierbij verhoogt door individuele autonomie. Frontlijnmedewerker autonomie is bijgevolg een antecedent van PSC. Daarnaast laat een hoge door verpleegkundigen waargenomen Agency control IRB stijgen. Een bepaalde mate van vooropgestelde doelen, toezicht en beloningen is nodig om de verpleegkundigen de noodzakelijke taken efficiënt en kwaliteitsvol te laten vervullen met een garantie op een (basis)welzijn van de patiënten. Tevens zorgt de door verpleegkundigen waargenomen Agency control ervoor dat Internal influence stijgt. Door het nastreven van doelstellingen, controle hierop en beloning voor het behalen van deze doelstellingen bespreken verpleegkundigen met elkaar en met de leidinggevenden mogelijkheden om de zorgverlening te verbeteren.

In de volgende sectie worden concrete aanbevelingen uitgeschreven waarop het Jessa Ziekenhuis zich kan baseren om de ondersteunde hypothesen praktisch te implementeren.

5.2 Aanbevelingen voor het Jessa Ziekenhuis

De bevindingen van dit onderzoek tonen aan dat de autonomie van verpleegkundigen een antecedent is van PSC. Indien verpleegkundigen een hoge mate van autonomie ervaren, zullen ze sneller intrinsiek gemotiveerd zijn om het welzijn van patiënten na te streven. De vraag die hierbij rest is: "Hoe kan het Jessa Ziekenhuis ervoor zorgen dat de verpleegkundigen meer autonomie verkrijgen?".

Frontlijnmedewerker autonomie slaat onder meer op de vrijheid en de bevoegdheid van verpleegkundigen om zelfstandig beslissingen te kunnen nemen (Kirkman & Rosen, 1999; Morgeson & Humphrey, 2006). Hieronder valt bijvoorbeeld het zelfstandig opstellen van eigen werkschema's. De mogelijkheid om van shift te wisselen draagt eveneens bij tot een verhoogde individuele autonomie. Verpleegkundigen worden meer gemotiveerd indien ze de vrije keuze hebben om in dag of nacht shift te werken of omwille van persoonlijke redenen van shift te kunnen wisselen. Praktisch gezien zijn deze opties echter niet zo evident. Overleg tussen hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen kan hiertoe een oplossing bieden. In samenspraak kan zodanig een werkschema opgesteld worden om zo goed mogelijk aan alle wensen van de verpleegkundigen te voldoen en, op deze basis, een goed evenwicht te vinden tussen werk- en thuissituatie. Ook het toewijzen van een directe leiderschapsrol met de daaraan gerelateerde verantwoordelijkheid helpt verpleegkundigen om de individuele autonomie te verhogen (Öztürk et al., 2006; Gaki et al., 2013; Tummers & Den Dulk, 2013). Het Jessa Ziekenhuis speelt op dit laatste goed in met de invoering van referent verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen hebben de specifieke bevoegdheid en verantwoordelijkheid om een bepaald deel van de afdeling te organiseren, te evalueren en voorstellen tot bijsturing uit te werken.

Om een hogere mate van autonomie te implementeren is het eveneens belangrijk om de communicatie tussen de leidinggevende en de verpleegkundigen te verbeteren (Toode, Routasalo, Helminen, & Suominen, 2014). Wanneer bijvoorbeeld het hoger management een opdracht geeft aan de hoofdverpleegkundige of de hoofdverpleegkundige een opdracht geeft aan de verpleegkundigen, is het belangrijk dat onderling beslist wordt hoe dit best wordt aangepakt. Overleg en open communicatie is van belang om (hoofd)verpleegkundigen te betrekken bij veranderingen (Öztürk et al., 2006; Gaki et al., 2013; Tummers & Den Dulk, 2013). De verpleegkundigen moeten daarbij de ruimte krijgen om mee te denken en te experimenteren. Hun visie op het werk kan enigszins anders zijn dan deze van leidinggevendenden of het management. De relevante (praktische) kennis en ervaring van beide partijen wordt bijgevolg gecombineerd om een uitkomst te bekomen die zowel voor beide partijen als voor de patiënten gunstig is. Daarnaast is het belangrijk dat leidinggevendenden aandacht schenken aan nieuwe ideeën van verpleegkundigen. Indien bepaalde taken of ideeën falen is het belangrijk om dit als leermoment te beschouwen. Door een mislukking samen te evalueren, kunnen beide partijen hieruit leren en kunnen voorstellen uitgewerkt worden die de kwaliteit van de dienstverlening ten goede komen (Toode et al., 2014).

De tweede ondersteunde hypothese is het positief effect van de gepercipieerde PSC op ERB. De belangen van patiënten komen op één lijn te liggen met deze van de verpleegkundigen, waardoor deze laatsten extra inspanningen leveren om het patiëntwelzijn na te streven (Schepers et al., 2012). Wanneer een steward verpleegkundige bijvoorbeeld merkt dat een bepaalde voorgeschreven taak of procedure geen (positieve) impact heeft op patiëntwelzijn, zal de steward verpleegkundige de taak of procedure aanpassen in het belang van de patiënt. Een verhoogde PSC, als gevolg van een verhoogde medewerker autonomie, zorgt ervoor dat steward verpleegkundigen extra inspanningen leveren om de belangen van de patiënten te behartigen en zodoende het patiëntwelzijn verhogen.

Het positief effect van Agency control op IRB werd eveneens ondersteund. Agency control bestaat uit het opstellen van (prestatie)doelen en het uitreiken van beloningen voor het behalen van deze doelen. Daarnaast dient eveneens controle en toezicht gehouden te worden op het werk door leidinggevenden (Eisenhardt, 1989; Schepers et al., 2012). Hierdoor gaan de verpleegkundigen in hogere mate voldoen aan de job gerelateerde plichten (Schepers et al., 2012). Het instellen van regels en procedures en de controle hierop is voor verpleegkundigen noodzakelijk om het dagdagelijks werk uit te voeren. Daarbij is het eveneens belangrijk om verpleegkundigen te belonen voor het behalen van de gestelde doelen. Concreet zijn binnen het Jessa Ziekenhuis heel wat procedures en regels opgesteld betreffende het waarborgen van patiëntveiligheid. Hierop wordt ook regelmatig toezicht gehouden op basis van willekeurige steekproeven. Mogelijke beloningen voor het halen van de gestelde doelen zijn een traktatie in de koffiekamer, een bedankje door de leidinggevende, een kleine premie of een leuke teambuildingsactiviteit. Open communicatie en de (positieve) manier waarop feedback geven wordt, is zeer belangrijk (Toode et al., 2014). Een kleine kanttekening hierbij is dat de gestelde doelen realistisch moeten zijn in de ogen van de verpleegkundigen (Van den Berg et al., 2006, 2008; Van Beek et al., 2012). Het is belangrijk dat deze prestatiedoelen in overleg worden opgesteld, zodat deze ook effectief haalbaar zijn en gedragen worden door de verpleegkundigen die deze doelen dagelijks moeten waarmaken op de werkvloer. Zulk overleg sluit aan bij het bevorderen van medewerker autonomie, wat op zijn beurt PSC verhoogt en op die manier ook de extra geleverde inspanningen om patiëntwelzijn te verhogen.

De analyses toonde aan dat Agency control een positief effect heeft op Internal influence, hoewel hier een negatief effect verwacht werd. Het instellen van regels en procedures gekoppeld aan controle en beloning van goede prestaties blijkt dusdanig een gunstig effect te hebben op de mate waarin verpleegkundigen individueel initiatief nemen om het werk te verbeteren. Verpleegkundigen gaan in overleg met collega's en leidinggevenden om de werkprestaties te optimaliseren (Bettencourt et al., 2005). De bovenstaande aanbevelingen, het instellen van procedures en regels, toezicht hierop en beloningen voor het behalen van de gestelde doelen, zorgen er dusdanig ook voor dat verpleegkundigen ideeën delen, problemen rapporteren en actief meewerken en -denken om de geleverde zorg te verbeteren. Het is voor leidinggevenden en het gehele Ziekenhuis belangrijk om hieraan gehoor te geven en in overleg te gaan met de verpleegkundigen. Wanneer verpleegkundigen

hier niet gehoord worden, kan dit zelfs het tegenovergestelde effect bewerkstelligen. Verpleegkundigen doen nog juist het hoogstnodige en worden niet langer gemotiveerd om verfrissende ideeën of innoverende voorstellen uit te werken. Voor patiëntwelzijn is het belangrijk dat verpleegkundigen gehoord en betrokken worden bij de dagelijkse werking van de dienst. Het motiveren van de genomen beslissing door direct leidinggevenden of het management is een logisch gevolg van bovenstaande.

5.3 Kritische bemerkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek

In de loop van deze masterproef moesten enkele obstakels overwonnen worden. Enkele kritische bemerkingen betreffende het onderzoek worden zodoende in deze sectie neergeschreven. Om deze masterproef af te sluiten worden daarnaast enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek in dit domein.

De verpleegkundigen in het Jessa Ziekenhuis zijn tewerkgesteld op verschillende afdelingen, hierop zou gecontroleerd moeten worden tijdens de analyses. Het is per slot van rekening aannemelijk dat elke afdeling zijn eigen visie en gewoonten hanteert, waardoor een zekere correlatie tussen de antwoorden kan bestaan. Een multi-levelanalyse anticipeert op dit probleem door te controleren voor variantie op afdelingsniveau. Een voorwaarde hierbij is dat elke afdeling voldoende vertegenwoordigd is in de steekproef. Helaas, was dit niet het geval. Sommige afdelingen waren rijkelijk vertegenwoordigd terwijl andere afdelingen door geen enkele respondent vertegenwoordigd waren. Dit doet vermoeden dat hoofdverpleegkundigen van desbetreffende afdelingen de vragenlijst niet hebben overgemaakt aan de verpleegkundigen en/of niet geïnteresseerd waren in het opzet van de vragenlijst en/of dit te belastend vonden voor hun verpleegkundigen. Verder vereist multi-levelanalyse gespecialiseerde software en kennis, die niet in het bezit is binnen het domein van deze masterproef. De onevenwichtige respondentverdeling over de verschillende afdelingen heen en de complexiteit van de analyses zorgde ervoor dat geen multi-levelanalyse kon uitgevoerd worden. Dit had grote gevolgen voor de resultaten. In eerste instantie kunnen de gevonden resultaten niet volledig veralgemeend worden naar het hele Jessa Ziekenhuis vermits verschillende afdelingen niet vertegenwoordigd werden in de steekproef. Daarnaast bleek, door de complexiteit van het structureel model, gecombineerd met het gebrek aan een multi-levelanalyse, de steekproef ontoereikend. Naar alle waarschijnlijkheid konden meer relaties significant bevonden worden indien meer (hoofd)verpleegkundigen de volledige vragenlijst hadden ingevuld en/of meer (hoofd)verpleegkundigen van verschillende afdelingen de volledige vragenlijst hadden ingevuld zodat multi-levelanalyse toegepast had kunnen worden. In verder onderzoek is het dusdanig belangrijk om meer data te verzamelen met een evenredige vertegenwoordiging van alle ziekenhuisafdelingen zodanig dat de data geanalyseerd kunnen worden met behulp van een multi-levelanalyse. Het is hierbij aangeraden om een bredere waaier aan afdelingsmogelijkheden te voorzien zodat besluitvorming relevant is voor de totale organisatie. Daarnaast moet, voor de respondenten, de mogelijkheid bestaan om meerdere afdelingen aan te duiden in plaats van één. Enkele verpleegkundigen werken namelijk op verschillende afdelingen. Een

alternatief kan zijn om enkel bepaalde en gerelateerde afdelingen te bevragen zodat enkel op niveau van deze afdelingen besluiten kunnen geformuleerd worden.

Een tweede beperking van het onderzoek is de exclusie van de artsen. Initieel werd beoogd om deze mee op te nemen, zodat een vergelijking kon gemaakt worden tussen (hoofd)verpleegkundigen en artsen. Artsen zijn immers een zeer belangrijke schakel in het zorgproces en beïnvloeden in hoge mate rechtstreeks het welzijn en de gezondheidstoestand van patiënten. Tijdens het onderzoek stak echter een praktisch probleem de kop op, waardoor de artsen niet bevroegd konden worden. Deze groep is een belangrijk factor binnen PSC en moet logischerwijze ook in verder onderzoek in de analyse worden opgenomen.

Tijdens de controle op item validiteit bleek dat enkele meetschalen, gebruikt door Schepers et al. (2012), niet goed scoorden. Enkele items moesten uit de analyse verwijderd worden door een gebrek aan validiteit. De items die uitgesloten werden zijn AT_gestelde_doelen_1, REC_MW_competentie_3 en REC_Teamcompetentie_3. De schalen die Frontlijnmedewerker competentie, Teamcompetentie en Agency theorie (gestelde doelen) meten, moeten dusdanig verder onder de loep genomen worden. Hieruit blijkt onder andere dat het beter is om alle items in dezelfde richting te formuleren. Omgekeerd geformuleerde vragen worden door de respondenten meestal verkeerd geïnterpreteerd, waardoor de item validiteit niet gewaarborgd is. Verder werden twee items van de meetschaal Tijdsgebrek eveneens uitgesloten (REC_Tijdsgebrek_2 en Tijdsgebrek_3). Deze meetschaal werd voor dit onderzoek ontworpen, omdat er geen kant-en-klare schaal voor handen was. Hiervoor is echter een validatie nodig.

In tegenstelling tot de verwachtingen bleek een significant (10% significantieniveau) positieve relatie te bestaan tussen Agency control en Internal influence. Hoewel in de veertiende hypothese verwacht werd dat Agency control een negatief effect op Internal influence zou hebben, oefent het echter een positief effect uit. Dit vormt een interessante piste voor verder onderzoek.

Bij nader inzien is het aangewezen om Tijdsgebrek als modererende variabele op te nemen tussen PSC en ERB in plaats van antecedent op PSC. Vanuit de diepte-interviews werd duidelijk dat medewerkers van het Jessa Ziekenhuis vaak de intentie hebben om patiënten extra bij te staan in allerlei zaken, maar dit niet altijd mogelijk is door de hoge gepercipieerde werkdruk. Hieruit blijkt dat de wil om meer te doen dan de formele job vereisten initieel aanwezig is, maar dat de gepercipieerde hoge werkdruk daar een hinderpaal vormt. De perceptie van een gebrek aan tijd wordt bekeken als een tekort aan tijd, omdat anders de kwaliteit van de dagdagelijkse zorgen in het gedrang komt. Door een tekort aan data kon Tijdsgebrek niet als modererende variabele opgenomen worden, maar als antecedent van PSC. In verder onderzoek dient Tijdsgebrek opgenomen te worden als modererende variabele tussen PSC en ERB.

Lijst van geraadpleegde werken

- Amabile, T. M., Hill, K. G., Hennessey, B. A., & Tighe, E. M. (1994). The Work Preference Inventory: Assessing intrinsic and extrinsic motivational orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 950-967.
- Anderson, L., Ostrom, A.L., Corus, C., Fisk, R.P., Gallan, A.S., Giraldo, M., Mende, M., Mulder, M., Rayburn, S.W., Rosenbaum, M.S., Shirahada, K., & Williams, J.D. (2013). Transformative service research: An agenda for the future. *Journal of Business Research*, 66, 1203-1210.
- Anderson, L., Ostrom, A. L., & Bitner, M. J. (2011). Surrounded by services: A new lens for examining the influence of services as social structures on well-being. *Working paper*. : W. P. Carey School of Business, Arizona State University.
- Argyris, C. (1973). Organization Man: Rational and Self-Actualizing. *Public Administration Review*, 33, 354-357.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc.
- Bass, B.M. (1960). *Leadership, psychology and organizational behaviour*. New York: Free Press.
- Bergius, R. (1976). *Social psychology*. Hamburg: Hofmann and Campe.
- Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1992). Marketing Services: Competing Through Quality. *Journal of Marketing*, 56, 132-134.
- Bettencourt, L. A., & Brown, S.W. (1997). Contact Employees: Relationships Among Workplace Fairness, Job Satisfaction and Prosocial Service Behaviors. *Journal of Retailing*, 73(1) , 39-61.
- Bettencourt, L.A., Brown S.W & MacKenzie, S.B., (2005). Customer-oriented boundaryspanning behaviors: test of a social exchange model of antecedents. *Journal of Retailing*, 81 (2), 141-57
- Bishop, A., & Fleming, M. (2014). Patient Safety and Engagement at the Frontlines of Healthcare. *Healthcare quarterly*, 14, 36-40.
- Block, P. (1996). *Stewardship: Choosing Service Over Selfinterest*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Bowen, D.E., & Schneider, B. (2014). A Service Climate Synthesis and Future Research Agenda. *Journal of Service Research*, 17 (1), 5-22.
- Brekke, K.A., & Nyborg, K. (2008). Attracting responsible employees: Green production as labor market screening. *Research and Energy Economics*, 30(4), 509-526.
- Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.
- Cai, C. F., Zhou, Z. K., Yeh, H., & Hu, J. (2011). Empowerment and its effects on clinical nurses in central China. *International Nursing Review*, 58(1), 138-144.
- Caldwell, C., & Karri, R. (2005). Organizational Governance and Ethical Systems: A Covenantal Approach to Building Trust. *Journal of Business Ethics*, 58, 249-259.
- Cordery, J. L., Mueller, W. S., & Smith, L. M. (1991). Attitudinal and behavioral effects of autonomous group working: A longitudinal field study. *Academy of Management Journal*, 34(2), 464-476.

- Cranach, M. (1996). Toward a theory of the acting group. In E. Witte & J. Davis (Eds.), *Understanding group behavior: Small group processes and interpersonal relations* (pp. 147–187). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Dave, D.S., Dotson, M., Cazier, J.A., Chawla, S., & Badgett, T.F. (2011). The impact of intrinsic motivation on satisfaction with extrinsic rewards in a nursing environment. *Marketing and Communication, 4*(2), 101-107.
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997). Toward a Stewardship Theory of Management. *Academy of Management Review, 22*, 20-47.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin, 125*, 627-668.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deckop, J., & Cirka, C. (2000). The risk and Reward of a Double-Edged Sword: Effects of a Merit Pay Program on Intrinsic Motivation. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 29*, 400-418.
- De Cooman, R., De Gieter, S., Pepermans, R., Du Bois, C., Caers, R. & Jegers, M. (2008) Freshmen in nursing: job motives and work values of a new generation. *Journal of Nursing Management, 16*, 56-64.
- De Gieter, S., De Cooman, R., Pepermans, R., Caers, R., Du Bois, C., & Jegers, M. (2006). Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium. *Human Resources for Health, 4*:15.
- De Jong, A., de Ruyter, K., & Lemming, J. (2004). Antecedents and Consequences of the Service Climate in Boundary-Spanning Self-Managing Service Teams. *Journal of Marketing, 68*, 18-35.
- Donaldson, T., & Preston, L.E. (1995). The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications. *The Academy of Management Review, 20*, 65-91.
- Edgar, L. (1999). Nurses' Motivation and Its Relationship to the Characteristics of Nursing Care Delivery Systems: A Test of the Job Characteristics Model. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 12* (1), 14–22.
- Eisenhardt, K.M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review, 14*, 57-74.
- Fijlstra, R. (2014). *Vandaag doen wat morgen nodig is*. Culemborg: Van Duuren Management.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies, 38*(30), 349-357.
- Fornell, CG., & Bookstein, F.L. (1982). Two structural equation models: LISREL and PLS applied to consumer exit-voice theory. *Journal of Marketing Research, 19*(4), 440-452.
- Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M., Aubé, C., Morin, E., & Malorni, A. (2010). The Motivation at Work Scale: validation evidence in two languages. *Educational and Psychological Measurement, 70*, 628-646.
- Gaki, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2013) Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management, 21*, 483– 490.

- Galletta, M., Portoghese, I., & Battistelli, A. (2011). Intrinsic motivation, Job Autonomy and Turnover Intention in the Italian Healthcare: The Mediating Role of Affective Commitment. *Journal of Management Research*, 3, E3.
- Galletta, M., Portoghese, I., Pili, S., Piazza, M.F., & Campagna, M. (2016). The effect of work motivation on a sample of nurses in an Italian healthcare setting. *Work*, 54(2), 451-460.
- Germain, P., & Cummings G. (2010) The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*. 18, 425-439.
- Goodman, P. S., Devadas, S., & Hughson, T. L. (1988). Groups and productivity: Analyzing the effectiveness of self-managing teams. In J. P. Campbell, R. J. Campbell, & Associates (Eds.), *Productivity in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gustafsson, A., Aksoy, L., Brady, M.K., McColl-Kennedy, J.R., Sirianni, N.J., Witell, L., & Wunderlich, N.V. (2015). Conducting service research that matters. *Journal of Services Marketing*, 29/6/7, 425-429.
- Guzzo, R. A., & Dickson, M. W. (1996). Teams in organization: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 47, 307-338.
- Hackman, J. R. (1987). "The design of work teams". *Handbook of Organizational Behavior*: 315-42.
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1980) *Work redesign*. Readings, MA: Addison-Wesley.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2014). *Multivariate Data Analysis*. Great Britain: Pearson Education Limited.
- Hair, J.F., Hult, T.M., Ringle, C.M., & Sarstedt, M. (2013). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles, California: Sage Publishing.
- Hair, J.F., Hult, T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M., & Thiele, K.O. (2017). Mirror, mirror on the wall: a comparative evaluation of composite-based structural equation modeling methods. *Journal of the Academy of Marketing Science*, in druk.
- Hair, J.F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: indeed a silver bullet. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 19(2), 139-151.
- Haenlein, M, & Kaplan, A.M. (2004). A beginner's guide to partial least squares analysis. *Understanding Statistics*, 3(4), 283-297.
- Hartline, M.D., Maxham III, J.G., & McKee, D.C. (2000). Corridors of Influence in the Dissemination of Customer-Oriented Strategy to Customer Contact Service Employees. *Journal of Marketing*, 64, 35-50.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A New Criterion for Assessing Discriminant Validity in Variance-based Structural Equation Modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), 115-135.
- Hernandez, M. (2008). Promoting Stewardship Behavior in Organizations: A Leadership Model. *Journal of Business Ethics*, 80, 121-128.
- Hernandez, M. (2012). Toward an Understanding of the Psychology of Stewardship. *Academy of Management Review*, 37, 172-193.

- Hofman, D.A., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology, 59*(4), 847-869.
- Hogan, E.A., & Martell, D.A. (1987). A confirmatory structural equations analysis of the job characteristics model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 39* (2), 242-263.
- Hoonakker, P.L., Carayon, P., McGuire, K., Khunlertkit, A., Wiegmann, D.A., Alyousef, B., Xie, A., & Wood, K.E. (2013). Motivation and job satisfaction of Tele-ICU nurses. *Journal of Critical Care, 28*, 13-21.
- Hui, M.K., & Toffoli, R. (2002). Perceived Control and Consumer Attribution for the Service Encounter. *Journal of Applied Social Psychology, 32*, 1825-1844.
- Jarvis, C. B., MacKenzie, S.B., & Podsakoff, P.M. (2003). A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research, 30* (2), 199-218.
- Jensen, M.C., & Meckling, W.H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics, 3*, 305-360.
- Kandampully, J. (1998). Service Quality to service loyalty: a relationship which goes beyond customer services. *Total Quality Management & Business Excellence, 9*(6), 431-443.
- Kauffeld, S. (2006). Self-directed work groups and team competence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 79*, 1-21.
- Kirkman, B.L., & Rosen, B. (1999). Beyond self-management: antecedents and consequences of team empowerment. *Academy of Management Journal, 42*, 58-74.
- Kluvers, R., & Tippett, J. (2011). An explorations of stewardship theory in a Not-for-Profit organisation. *Accounting Forum, 35*, 275-284.
- Koch, S., Proynova, R., & Paech, B., & Wetter, T. (2014). The perfectly motivated nurse and the others: workplace and personal characteristics impact preference of nursing tasks. *Journal of Nursing Management, 22*(8), 1054-1064.
- Korschun, D., Bhattacharya, C.B., & Swain, S.D. (2014). Corporate Social Responsibility Customer Orientation, and the Job Performance of Frontline Employees. *Journal of Marketing, 78*, 20-37.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration, 34*(7/8), 1-14.
- Lambrou, P., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health, 8*: 26.
- Langfred, C.W. (2000). The paradox of self-management: individual and group autonomy in work groups. *Journal of Organizational Behavior, 21*, 563-585.
- Latham, G., & Locke, E.A. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. *The American Psychologist, 57* (9), 705-717.
- Leroi-werelds, S., Streukens, S., Brady, M.K., & Swinnen, G. (2014). Assessing the value of commonly used methods for measuring customer value: a multi-setting empirical study. *Journal of the Academy Marketing Science, 42*, 430-451.

- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Ahearne, M. (1998). Some possible antecedents and consequences of in-role and extra-role salesperson performance. *Journal of Marketing*, 62, 87–98.
- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Podsakoff, N. B. (2011). Construct measurement and validation procedures in MIS and behavioural research: Integrating new and existing techniques. *MIS Quarterly*, 35(2), 293–334.
- Möbius, Agentschap Zorg & Gezondheid (2016). *De patiënt/burger centraal*. Opgevraagd op 15 april 2017, via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/20160330_Tussentijds%20rapport%20personen%20met%20een%20zorgbehoefte%20centraal%20-%20prov%20toetsing_0.pdf
- Monecke, A., & Leisch, F. (2012). semPLS: Structural Equation Modeling Using Partial Least Squares. *Journal of Statistical Software*, 48 (3), 1-23.
- Moody, R. Pesut, D., Harrington, C. (2006). Creating safety culture on nursing units: human performance and organizational system factors that make a difference. *Journal of Patient Safety*, 2, 198-206.
- Morgeson, F.P., & Humphrey, S.E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1321-1339.
- Morris, S. (2000). Defining the nonprofit sector: Some lessons from history. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 11(1), 25-43.
- Mowday, R.T., Steers, R.M., & Porter, L.W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14 (2), 224-247.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 325-340.
- Netemeyer, R.G., Maxham III, J.G., & Pulling, C. (2005). Conflicts in the Work-Family Interface: Links to Job Stress, Customer service Employee Performance, and Customer Purchase Intent. *Journal of Marketing*, 69 (2), 130-143.
- Newbold, P., & Carlson, W. (2012). *Statistics for Business Economics*. Great Britain: Pearson Education Limited.
- Nutt, K.M. (2015). Clinical Psychologists' Narratives of Relatedness within a Multi-Disciplinary Team Context.
- Öztürk, H., Bahcecik, N., & Baumann, S. (2006). Nursing satisfaction and job enrichment in Turkey. *Nursing Science Quarterly*, 19, 360-365.
- Peters, D.H., Chakraborty, S., Mahapatra, P., & Steinhardt, L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human Resources for Health*, 8, 27.
- Pierce, J.L., Kostova, T., & Dirks, K.T. (2001). Toward a Theory of Psychological Ownership in Organizations. *Academy of Management Review*, 26, 298-310.

- Rawls, J.R., & Nelson, O.T. (1975). Characteristics associated with preferences for certain managerial positions. *Psychological Reports, 36*, 911-918.
- Rigdon, E.E. (2016). Choosing PLS path modeling as analytical method in European management research: a realist perspective. *European Management Journal, 34*(6), 598-605.
- Rudney, G. (1987). The scope and dimensions of nonprofit activity. In W. W. Powell (Ed.), *The nonprofit sector: A research handbook* (pp. 55-64). New Haven, CT: Yale University Press
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67.
- Ryan, R.M., Williams, G.C., Patrick, H., & Deci, E.L. (2009). Self-determination theory and physical activity: the dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology, 6*, 107-124.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P.A., Akerman, K., & Odenrick, P. (2012). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 783-795.
- Schepers, J., Falk, T., de Ruyter, K., de Jong, A., & Hammerschmidt, M. (2012). Principles and Principals: Do Customer Stewardship and Agency Control Compete or Complement When Shaping Frontline Employee Behavior? *Journal of Marketing, 76*, 1-20.
- Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. Mahwah, New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sekiguchi, T., Burton, J.P., & Sablinski, C.J. (2008). The Role of Job Embeddedness on Employee Performance; the Interactive Effects with Leader-Member Exchange on Organization-Based Self-Esteem. *Personnel Psychology, 61*, 761-792.
- Smith, G. (2012). "Why I am Leaving Goldman Sachs." *The New York Times, Maart 14*, Opgevraagd op 18 mei, 2017, via <http://www.nytimes.com/2012/03/14/opinion/why-i-am-leaving-goldman-sachs.html>
- Spence Laschinger, H.K. (2010). Positive working relationships matter for better nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management, 18*(8), 875-877.
- Standaardredactie (2003). België Blootgelegd. Borgerhout: Van Halewyck.
- Stewart, J. (2006). Value Conflict and Policy Change. *Journal of Policy Research, 23*, 183-195.
- Stock, J.H., & Watson, M.W. (2011). *Introduction to Econometrics*. Great Britain: Pearson Education.
- Sundstrom, E., De Meuse, K. P., & Futrell, D. (1990). Work teams: Applications and effectiveness. *American Psychologist, 45*, 120-133.
- Sweeney, J.C., Danaher, T.S., & McColl-Kennedy, J.R. (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. *Journal of Service Research, 18*, 318-335.
- Tegenbos, G. (2009, 29 december). Nog maar één 'echt' OCMW-ziekenhuis in Vlaanderen. *De Standaard*. Opgevraagd op 15 april 2017, via <http://www.standaard.be/cnt/vo2k7r8l>

- Tenenhaus, M., Esposito Vinzi, V., Chatelin, Y., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48, 159–205.
- Thomas, K. W. (2000). Intrinsic motivation and how it works. *Training*, 37(10), 130-135.
- Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses ; a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246-257.
- Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2014). Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *Internal Nursing Review*, 61(3), 361-370.
- Tosi, H.L., Brownlee, A.L., Silva, P., & Katz, P.K. (2003). An Empirical Exploration of Decision-Making Under Agency Controls and Stewardship Structure. *Journal of Management Studies*, 40 (8), 2053-71.
- Tummers, L.G., & Den Dulk, L. (2013). The effects of works alienations on organisational commitment, work effort and work-to-family enrichment. *Journals of Nursing Management*, 21(6), 850-859.
- Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A., Janssen, P.P.M., & Van Merode, G.G. (2006). Organizational characteristics, work characteristics, and relationships with psychological work reactions in nursing: a longitudinal study. *International Journal of Stress Management*, 13, 201–227.
- Van Beek, I., Hu, Q., Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Schreurs, B.H.J. (2012). For fun, love, or money: what drives workaholic, engaged, and burned-out employees at work? *Applied Psychology: An International Review*, 61, 30-55.
- Van den Berg, T.I.J., Landeweerd, J.A., Tummers, G.E.R., & Van Merode, G.G. (2006). A comparative study of organisational characteristics, work characteristics and nurses' psychological work reactions in a hospital and nursing home settings. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 491–505
- Van den Berg, T.I.J., Vrijhoef, H.J.M., Tummers, G., Landeweerd, J.A., & Van Merode, G.G. (2008). The work settings of diabetes nursing specialists in the Netherlands: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1422–1432.
- Vandercammen, L., Hofmans, J., & Theuns, P. (2014). The mediating role of affect in the relationship between need satisfaction and autonomous motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87, 62-79.
- Van der Meer, J. et al. (1997). *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997. V: Effecten van zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Vecchio, R. P., Justin, E.J., & Pearce, C.L. (2008). The Utility of Transactional and Transformational Leadership for Predicting Performance and Satisfaction Within a Path-Goal Theory Framework. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 81 (1), 71-82.
- Voorhees, C.M, Brady, M.K, Calantone, R., & Ramirez, E. (2016). Discriminant validity testing in marketing: an analysis causes for concern, and proposed remedies. *Journal of the Academy Marketing Science*, 44, 119-134.

- Wilder, K.M., Collier, J.E., & Barnes, D.C. (2014). Tailoring to Customers' Needs: Understanding How to Promote an Adaptive Service Experience With Frontline Employees. *Journal of Service Research*, 17(4), 446-459.
- Wittmer, D. (1991). Serving the people or serving for pay: Reward preferences among government, hybrid sector, and business managers. *Public Productivity & Management Review*, 14, 369-383.
- Wold, H. (1985). Partial Least Squares. *Encyclopedia of Statistical Science*, 6, 581-591.
- Wu, Y.C., Tsai, C.S., Hsiung, H.W., & Chen, K.Y. (2015). Linkage between frontline employee service competence scale and customer perceptions of service quality. *Journal of Services Management*, 29(3), 224-2234.
- Zhu, Y. (2013). Individual Behavior: In-role and Extra-role. *International Journal of Business Administration*, 4, 23-27.
- Zhu, H., Wang, P., & Bart, C. (2016). Board Processes, Board Strategic Involvement, and Organizational Performance in For-profit and Non-profit Organizations. *Journal of Business Ethics*, 136, 311-328.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragen voor diepte-interviews

"Ik ben Lieze Peelmans, studente Handelsingenieur aan de Universiteit Hasselt en in het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de visie van ziekenhuismedewerkers op patiëntenzorg. Ik ben vooral geïnteresseerd in uw mening over deze kwestie, dus er zijn geen goede of foute antwoorden. In het belang van het onderzoek zou ik u willen vragen om eerlijk te antwoorden op elk van mijn vragen. Ik probeer u op geen enkele manier te beïnvloeden en vel geen oordeel over de antwoorden. Daarnaast wordt volstrekte anonimiteit natuurlijk verzekerd. Mijn allereerste vraag is of u het goed vindt als ik het interview opneem met de dictafoon. Dit is vooral om praktische redenen zodat ik niet alles handmatig dien te noteren, waardoor ik beter naar u kan luisteren. De opname zal enkel door mezelf en eventueel mijn promotor beluisterd worden om het interview uit te schrijven en te analyseren. Indien u zich hier echter niet prettig bij voelt, noteer ik natuurlijk handmatig uw antwoorden."

Algemene vragen

- Op welke afdeling werkt u?
- Wat is uw functie?
- Wat houdt uw functie precies in?
- Bent u **tevreden** met uw job?
- Wat vindt u het leukst aan uw job?
- Wat vindt u het minst leuk aan uw job?

In- en Extra-role behavior

- Wat verwacht het ziekenhuis van iemand in uw functie?
- Worden deze vereisten formeel vastgelegd?
- Is het mogelijk om aan deze verwachtingen te voldoen?
- Zijn er momenten geweest waarop u niet aan deze verwachtingen kon of wou voldoen?
- Doet u soms meer dan dat er van u verwacht wordt?
- Indien ja, heeft u hiervan een concreet voorbeeld.

PSC

- Hoe vindt u het om met patiënten te werken?
- Welke soort **relatie** heeft u over het algemeen met patiënten?
- Voelt u zich **verantwoordelijk voor het welzijn** van de patiënten?
- Waar bestaat die verantwoordelijkheid **concreet** uit?

Patient empowerment/ patiëntenparticipatie

- Wat is volgens u de **rol van de patiënt** in zijn of haar gezondheidszorg?

- Wat verwacht u van uw patiënten?
- Het Jessa streeft naar **patiëntenparticipatie**. Hoe staat u hier zelf tegenover?
- **Wat doet u zelf** om de patiënt te betrekken?
- **Wat doet u concreet om patiënten te ondersteunen en/of te helpen?**

Medewerker autonomie, competentie en verbondenheid

- Kan u zelf uw eigen werk **plannen**?
- Indien niet, waarom denkt u dat dat niet mogelijk is?
- Kan u zelf **beslissingen nemen** over patiënten?
- Zou u graag zelf meer beslissingen willen nemen?
- Indien ja, heeft u zelf voorstellen tot verbetering?

- Denkt u, dat u voldoende **kennis** heeft om patiënten te helpen?
- Denkt u, dat u de juiste **vaardigheden** heeft om patiënten te helpen?
- Welke vaardigheden zijn volgens u cruciaal om patiënten te helpen?
- Over welke kennis of vaardigheden zou u graag nog meer beschikken?

- Voelt u zich **gerespecteerd** door andere medewerkers? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
- Voelt u zich gerespecteerd door andere leidinggevenden? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
- Voelt u zich gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?

Teamautonomie, -competentie, -verbondenheid

- Ik veronderstel dat u in teamverband werkt?
- Wat vindt u hiervan?
- Heeft u als team de vrijheid om zelf de teamtaken te plannen en uit te voeren?
- Kan u hiervan concrete voorbeelden geven?
- Indien niet, waarom denkt u dat dat niet mogelijk is?
- Heeft u zelf voorstellen tot verbetering?
- Denkt u dat er voldoende **kennis** is in het team om patiënten te helpen?
- **Vertrouwt u op de vaardigheden** van het team om patiënten te helpen?
- Is er volgens nood aan verbetering binnen het team? Zo ja, wat stelt u voor?
- Voelt u zich als team **belangrijk** binnen het ziekenhuis? Waarom (niet)?
- Voelt u zich als team **gerespecteerd** binnen het ziekenhuis? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
- Voelt u zich als team gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?

Bijlage 2: Diepte-interviews hoofdverpleegkundigen

- Wat houdt uw functie precies in?
 - A. Aansturing team met betrekking tot patiëntenzorg, coaching medewerkers, contact met patiënten en familieleden
 - B. Operationeel leidinggevende van de dienst
 - C. Organisatie van de dienst en van de verpleegkundigen, werkverdeling, nieuwe medewerkers integreren in het team, waken over eenduidige werking onder dezelfde missie en visie
 - Bent u **tevreden** met uw job?
 - A. Met hart en ziel
 - B. Ja
 - C. Ja
 - Wat vindt u het leukst aan uw job?
 - A. Aansturing team in goede patiëntenzorg , invloed over zorgverstrekkenden. Begeleiding van familie en patiënten
 - B. Alles in goede banen leiden, team aansturen bij het toedienen van zorgen
 - C. Zowel het aansturen van mensen en toch dicht genoeg bij de werkvloer en patiënten staan. Bijspringen als het moet. Zorgen dat patiënten je kennen
 - Wat vindt u het minst leuk aan uw job?
 - A. Verwerking cijfergegevens, tabellen (hieronder valt niet de administratie mbt zorg)
 - B. De omstandigheden waarin we dienen te werken. Er is een onevenwicht tussen de middelen die geboden worden ten opzichten van de verwachtingen die gesteld worden. De beperkte middelen zorgen voor een conflict met de manier waarop je wil werken en het resultaat dat je bij patiënten wil bereiken.
 - C. Vergaderingen, schakel zijn tussen directie en verpleegkundigen, alleen op je eiland staan
- In- en Extra-role behavior
- Wat verwacht het ziekenhuis van iemand in uw functie?
 - A. Er is weinig controle, werken naar eigen invulling. Bepaalde eindresultaten dienen bereikt te worden (bedbezetting) en procedures moeten correct nageleefd worden
 - B. Aansturen van de afdeling met een integrale aanpak (materiaalbeheer, medewerkersmanagement, procesmanagement, resultaten evalueren, bijsturen, afstemmen op strategie). Medewerkersbeleving en patiënten ervaring is op onze afdeling heel belangrijk en alles wordt daarop afgestemd.
 - C. Nog meer manager zijn en minder op de werkvloer bezig zijn. Meer bezig zijn met het beleidsmatige. Zelf vind ik het wel belangrijk om aanwezig op de werkvloer te zijn en de patiënten te kennen
 - Worden deze vereisten formeel vastgelegd?
 - A. Formeel uitgeschreven procedures en beoogde eindresultaten
 - B. Functiekaart, in overeenstemming met verwachtingen in de praktijk

- C. Eerder een gevoel, soms wordt ook wel eens gezegd wat verwacht wordt
- Is het mogelijk om aan deze verwachtingen te voldoen?
 - A. Ja, veel beslissingsvrijheid
 - B. Het is moeilijk. Een bepaald resultaat wordt gehaald binnen een bepaalde context en je probeert een maximaal haalbare resultaat te behalen met behulp van de middelen die je ter beschikking krijgt
 - C. Ik probeer er aan te voldoen, maar wat ik zelf belangrijk vindt probeer ik ook na te streven (evenwicht zoeken)
- Zijn er momenten geweest waarop je niet aan deze verwachtingen kon of wou voldoen?
 - B. Het is geen kwestie van niet willen, maar wel beperkingen door de beschikbare middelen, vooral met betrekking tot bestaffing. Nu gaan medewerkers heel goed met elkaar in dialoog en overleggen ze om toch de resultaten te behalen met de middelen die tot hun beschikking staan (taakverdeling en prioriteiten stellen)
- Doet u soms meer dan dat er van u verwacht wordt?
 - A. Geen 9 to 5 job. Werk is een deel van mijn huishouden, ik ben altijd bereikbaar
 - B. De enige afdeling die drie maandelijks medewerkersbeleving meten met Ubos (engagementschaal) en Ubes (burnout schaal) individueel en in groep. Indien er problemen optreden worden oplossingen aangeboden. Continue meting van patiëntervaring door middel van vragenlijst van Vlaams patiëntenplatform met extra vragen in aanpassing met age caps. Deze evaluatie doet de afdeling vanuit zichzelf, is niet opgelegd (buiten 2 jaarlijkse verplichting van Vlaams patiëntenplatform).
 - C. Voor mijn eigen gevoel wel, meer naar de werkvloer toe. Ik moet meer dingen leren delegeren. Soms iets meer met de patiënten en medewerkers toe, zou ik misschien meer
- Indien ja, heeft u hiervan een concreet voorbeeld.
 - A. Mogelijkheid om op te bellen na de uren
 - B. Soms ligt er wel wat administratief werk op mij te wachten: projecten uitteken, beleidsmatig, visie rond bepaalde dingen uitwerken, maar dan is het zo druk dat de verpleegkundigen het niet gebolwerkt en dan ga ik helpen. En dan blijft dat ander werk liggen of dan heb ik iets gepland in mijn agenda en dan schiet dat erover.

PSC

- Hoe vindt u het om met patiënten te werken?
 - A. Dat is de belangrijkste drijfveer, maakt de job net interessant
 - B. Reden waarom ik het beroep gekozen heb, zorg bieden die hij in zelfde situatie zou willen ervaren. Als hoofdverpleegkundige is dit begeleidende functie naar verpleegkundigen toe ("Stel dat jij zelf in dat bed lag, zou je willen dat.." Impact inschatten op beleving van patiënt)
 - C. Heel fijn, dat is de core business waarom ik verpleegkunde ben gaan studeren. Werken met de kinderen en de ouders. Fijn om te babbelen met de mensen ("Waarom zijn ze hier? Waarom zijn ze boos?")

- Welke soort **relatie** heeft u over het algemeen met patiënten?
 - A. Vertrouwelijk: tijd voor patiënten maken om persoonlijk te spreken
 - B. Coördinerende: patiënten zien bij opname, onthaal, probleemoplossende, mediërende functie
 - C. Soms ook chronische opnames, zeer open relatie. Bij eerste opnames probeer ik me steeds voor te stellen. Afhankelijk van de pathologie. Als mensen het moeilijk hebben, spring ik nog wel eens binnen. Elke middag is er een multidisciplinair team en dan worden de patiënten besproken, maar soms ga ik enkel binnen bij de patiënten die het echt nodig hebben.
- Voelt u zich **verantwoordelijk voor het welzijn** van de patiënten?
 - A. Ja, zeer persoonlijk
 - B. Absoluut
 - C. Ja, maar het wordt uitgedragen door het team, omdat zij aan de basis staan
- Waar bestaat die verantwoordelijkheid **concreet** uit?
 - A. Op een hevige manier het belang van de patiënt nastreven. Vraagstelling vanuit de patiënt om deze verder te helpen
 - B. Alles aan doen om pijn te verhelpen of zo dragelijk mogelijk te houden. Informatie duidelijk, uniform en volledig krijgen voor patiënten
 - C. Geven van goede zorg en vooral dat ze met vragen en problemen daarbij bij de verpleegkundige kunnen komen en daar aan tegemoet komen. Bij de medewerkers benadrukken dat niet elke aandoening hetzelfde is. Er zijn individuele verschillen en hierop inspelen. Empathie tonen met de ouders.

Patient empowerment/ patiëntenparticipatie

- Wat is volgens u de **rol van de patiënt** in zijn of haar gezondheidszorg?
 - A. Patiënten moeten mee zijn in het verhaal, moeten intrinsiek gemotiveerd zijn om zichzelf te verzorgen en zich bijeen te pakken. Ze moeten zich bewust zijn van hun eigen rol in hun zorg.
 - B. Medewerkingsplicht: alle informatie geven die ze hebben over hun eigen gezondheidstoestand, therapietrouw zijn, preventie.
 - C. Ouderparticipatie, worden betrokken bij alle zorg, mogen altijd bij hun kind blijven. Ouders stimuleren om de zorgen die ze thuis doen ook te doen in het ziekenhuis (vb wassen). Op de hoogte zijn van de behandeling.
- Wat verwacht u van uw patiënten?
 - A. Informatie verstrekken, samen doelstellingen opstellen en bekijken wat het eigen aandeel in de zorg kan zijn van de patiënt.
 - C. Afhankelijk van de leeftijd, oudere kindjes worden aan de gang gezet. Moeten zichzelf wassen. Zo veel mogelijk zelf laten doen. Kinderen hun normale leven moet blijven verder gaan -> speelzaal waar alle kindjes spelen.

- Het Jessa streeft naar **patiëntenparticipatie**. Hoe sta je hier zelf tegenover?
 - A. Overleg met familieleden, meeloopdagen, zorg wordt gedeeld met de familieleden en deze hebben ook inspraak
 - B. Betrokken zorg bieden, proberen om bewust te zijn over welke zaken de patiënt zichzelf zorgen maakt (real time needs, vb: schoonheidsspecialiste met gebroken hand)
 - C. Bij kinderen is dit vrij vanzelfsprekend, want ouders zitten in de zorg voor hun kind en nemen dit dus vaak over. Aanmoedigen om te blijven zorgen voor hun kind. Verpleegkundigen springen enkel bij waar nodig.

Medewerker autonomie, competentie en verbondenheid

- Kan u zelf uw eigen werk **plannen**?
 - A. Ja
 - B. Niet voldoende ruimte om zelf te plannen, prioriteiten stellen. Wat is het belangrijkste op dit moment? Verandert voortdurende door verschillende input en ruis. Coördinationeel op de gang moet alles goed lopen. Niet voldoende tijd en middelen hiervoor.
 - C. Ja
- Kan u zelf **beslissingen nemen** over patiënten?
 - A. Ja, veel vrijheid op alle gebied
 - B. Tot op bepaalde hoogte wel, kamerverdeling
 - C. Ja, in samenspraak met de behandelende arts/psycholoog.
- Zou u graag zelf meer beslissingen willen nemen?
 - B. Meer gelijk gerichtheid? Alle genomen beslissingen moeten bijdragen aan patiënten ervaring en patiëntenzorg.
 - C. Neen, geen gevoel dat ik daarin belemmert wordt. Het dagelijks overleg is ideaal om de zorgen op tafel te gooien. Samen worden dan beslissingen genomen in overleg.
- Indien ja, heeft u zelf voorstellen tot verbetering?
 - A. Goed evenwicht.
 - B. Bewustmaking, vertrekken vanuit concrete situaties ("Als jij in de patiënt zijn plaats was...").
- Denkt u dat u voldoende **kennis** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Op basis van eigen karakter altijd meer willen kennen en kunnen. Soms vind ik het moeilijk dat ik niet officiële diploma's heb (ervaringsleer). Ik doe het op gevoel en krijgt hiervoor goede feedback. Technische verpleegkundige zorgen zijn er uitgegroeid, maar heb ik in mijn functie ook niet zozeer nodig
 - B. Ja
 - C. Ja, voldoende ervaring.
- Denkt u dat u de juiste **vaardigheden** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Ja, er zijn altijd dingen die beter kunnen.

- Welke vaardigheden zijn volgens u cruciaal om de patiënten te helpen?
 - A. Open mind hebben, niet te snel (vanuit kennis) eigen oordeel klaar hebben. Onbevangen bij mensen aan bed komen en naargelang de situatie en noden de juiste beslissing nemen.
 - B. Verpleegkunde is een vak, kennis over pathologie, technische vaardigheden. Daarbij de juiste houding hebben, empathisch zijn en betrokken attitude hebben.
 - C. Kunnen luisteren, parafraseren, iets uit de context trekken en herkaderen, klantgerichtheid. Alle uitleg aanpassen aan het niveau van het kind.
- Over welke kennis of vaardigheden zou u graag nog meer beschikken?
 - A. Meer uitgroeien naar therapeutische rol.
 - B. Meer procesmanagement, datamining, meer uit cijfergegevens halen betreffende patiëntervaring.
 - C. Iets meer geduld met mensen die niet op mijn golflengte zitten. Waarvan ik het moeilijk vind om ze te begrijpen. Soms minder kordaat en soms meer kordaat. Het is niet altijd makkelijk om het evenwicht te vinden tussen democratie en de knoop doorhakken.
- Voelt u zich **gerespecteerd** door andere medewerkers? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, ziekteverzuim is laag, flexibel en gemotiveerde medewerkers
 - B. Ja, geen voorbeelden van disrespect
 - C. Ja, gedragen door het team. Echt helpen als nodig is, handen uit de mouwen steken. Ze kunnen bij mij hun ei kwijt, tegemoet komen aan privévragen en problemen. Ik ben daar heel soepel in, dat wordt echt wel geapprecieerd.
- Voelt u zich gerespecteerd door andere leidinggevenden? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, ik heb geen problemen met artsen. Er is een open communicatie. Ik schets duidelijk wat ze kunnen verwachten en ik bied structuur
 - B. Ja, veel steun van leidinggevenden, wederzijds respectrelatie, open relatie, probleemoplossende relatie
 - C. Ja, goede relatie met artsen, goed gesteund. Er zijn geen drempels naar de artsen toe. Alles bespreekbaar maken, vlot communiceren. Nog nooit (non)-verbaal een veeg uit de pan gehad. Ze voelen dat ik kort op de bal speel, snel antwoorden op een vraag of probleem.
- Voelt u zich gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, over het algemeen wel, maar je kan natuurlijk niet voor iedereen goed doen. Eerder optrekken aan de positieve reacties en proberen om te gaan met de minder voorkomende negatieve reacties. 'Ontevreden' patiënten proberen te helpen en de problemen proberen op te lossen en te verzachten.
 - B. Meerderheid van de tijd wel, benadering op correcte manier. Soms stellen patiënten te hoge verwachtingen, waardoor we er niet aan kunnen voldoen (vb eenpersoonskamer).

- C. Ja, soms zijn mensen ontevreden en kom ik pas bij hen als ik er oor naar krijg. Maar tijdens de confrontatie respecteren ze dat wel. Maar het respect komt vooral van de patiënten die lang op de afdeling verblijven.

Teamautonomie, -competentie, -verbondenheid

- Ik veronderstel dat u in teamverband werkt?
- Wat vindt u hiervan?
 - A. Ik ben een echte *teampayer* en coach graag mensen
 - B. Positief, werken in team vind je steun en erkenning bij elkaar, samen door de storm
 - C. Positief, heel veel verschillende functies en soorten mensen en dat is zeer verrijkend.
- Heeft u als team de vrijheid om zelf de teamtaken te plannen en uit te voeren?
 - A. Aan elkaar hulp vragen, gedeelde verantwoordelijkheid
 - B. Tot op bepaalde hoogte wel. Vorig jaar samen heel de werkorganisatie onder de loep genomen en bekeken "Wat doen we, wat gaat goed en wat niet, wat moeten we veranderen en hoe gaan we dat doen?". We trechteren veel van andere afdelingen, hierdoor ontstaat vaak druk, omdat we hier geen vat op hebben. Dat kunnen ze niet doen wanneer ze willen en hoe ze het willen doen.
 - C. Ieder krijgt zijn patiënten en bijhorende zorgen en die moeten gedaan worden, dat plannen ze zelf. Het moet enkel gedaan worden en de prioritaire zaken moeten natuurlijk ook wel eerst gebeuren.
- Kan u hiervan concrete voorbeelden geven?
 - Werken met werkgroepen
 - C. Dienstvergaderingen met de verpleegkundigen en daar wordt afgesproken hoe we willen werken en worden dingen die moeilijk lopen overlopen. Maar soms moet de hoofdverpleegkundige wel de knoop doorhakken. Soms is het wel moeilijk om af te wegen om ieder zijn mening te laten geven of met de hand op tafel te slaan.
- Heeft u zelf voorstellen tot verbetering?
 - A. Zelf teams samenstellen, aanstelling van medewerkers
 - B. Meer personeel, er is geen buffer
 - C. Het kan nog altijd meer eenduidig. Moeilijk om het gehele team van iets te overtuigen. De dienst moet ook blijven draaien, diegenen die niet op de vergaderingen aanwezig zijn moeten het enkel hebben van een verslag. Ik zou meer de gemaakte afspraken moeten controleren.
- Denkt u dat er voldoende **kennis** is in het team om patiënten te helpen?
 - A. In het begin niet -> bijscholing om medewerkers te engageren, mee te nemen in het verhaal, kennis wakker te houden, nieuwe dynamiek aan te prijzen
 - B. Varieert, het is een normaalcurve
 - C. Er is altijd wel iemand die er iets van weet, verschillende specialismen. Beginners hebben altijd iets minder kennis, moeten hun draai vinden, maar dat komt met de ervaring. Over

de jaren heen merkte ik dat binnen de visie die we hebben van de afdeling of het welbevinden van het team, op één of andere manier blijven die niet.

- **Vertrouwt u op de vaardigheden** van het team om patiënten te helpen?
 - A. Ja, moet en vertrouw er echt op
 - B. Doorgaans wel, minimale niveau wordt gehaald door de gehele afdeling.
 - C. Ja als ik daar niet op vertrouw stuur ik die heel snel bij. Iets concreet technisch is makkelijker, maar als het gaat over attitude is dit veel moeilijker. Dit gaat via buikgevoel. Meestal gaan de ogen wel open en krijgen ze zelfinzicht en zelfreflectie. En in 90% van de gevallen betert dit. Als dit niet zo is, als ze dat niet inzien is dat heel moeilijk. Na bijsturing verandert er niets, andere medewerkers zien dit ook. Negatieve invloed op het team ("Waarom zij wel en wij niet?"). Medewerkers die elkaar controleren kan niet.
- Is er volgens jou nood aan verbetering binnen het team? Zo ja, wat stelt u voor?
 - A. Meer open communicatie tussen diensten, collega's, shiften, afdelingen,...
 - B. Verder professionalisering, er is geen verplichting voor bijscholing en dit is buiten de uren, dit zou anders moeten. Wordt de basiskennis om op deze dienst te werken nog wel gehaald? Bijvoorbeeld de mensen die 20 jaar al werken. Werkbeleving en patiëntervaring wordt op de afdeling al veel op gewerkt. Dus vooral bijscholing op technische kennis en zorg.
 - C. Continu. Als er veel nieuwe medewerkers zijn is dat belastend voor het team. Zowel op kennis van zorg, ervaring van het verpleegkundig zorgen. Als ik een bijscholing organiseer moet ik dit op 3 momenten doen (afdeling moet gerunt worden), dit is zeer complex.
- Voelt u zich als team **belangrijk** binnen het ziekenhuis? Waarom (niet)?
 - A. Neen, ik heb het gevoel dat ze neerkijken op onze kleine campus. Perceptie van minder beddendruk, meer tijd, minderwaardige verpleging (minder echt technische verpleegkunde).
 - C. We zijn speciaal, omdat we de enige pediatrie binnen het ziekenhuis zijn. We kunnen niet terugvallen op een andere pediatrie afdeling voor kennis of hulp. Soms heb ik het gevoel dat naar ons gekeken wordt als MAAR pediatrie, ik zit wat op een eiland. Ik ben een onderdeel van het ziekenhuis, maar bijvoorbeeld bij accreditering of opstellen van procedures wordt nooit rekening gehouden met pediatrie -> buitenbeentje.
- Voelt u zich als team **gerespecteerd** binnen het ziekenhuis? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Niet door Jessa, maar door andere ziekenhuizen en revalidatiecentra.
 - B. Ja tot op zekere hoogte wel, er is respect en herkenning, maar er worden niet voldoende middelen ingezet voor de zaken die we willen realiseren. We zijn op eigen initiatief en budgetten meer gaan investeren in patiënten ervaring.
 - C. Soms, ik krijg niet altijd feedback van het functioneren van de dienst, als er iets is waarmee we kunnen uitpakken wordt het wel aangehaald. Ik heb lang van onze directeur (patiëntenzorg) niet geweten wat hij vond van onze afdeling. En dat is jammer. Soms heb

ik het gevoel dat als er gekeken wordt naar cijfers, wordt er snel een interpretatie van gedaan zonder dat iemand uitleg vraagt, vanwaar deze komen.

- Voelt u zich als team gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, zeer hoge tevredenheidsenquêtes (94-95%), veel persoonlijkere band, we worden echt gezien als een team (patiënten zien een goede onderlinge communicatie).
 - B. Ja, belangrijke determinant van algemene tevredenheid ("Wordt er goed samengewerkt?")
De scores variëren zeer sterk, geen idee hoe dit komt. Als het te druk is, is soms de communicatie zoek, maar dit is misschien een te makkelijk antwoord.
 - C. Ja, regelmatig feedback op Jessa facebookpagina, kaartjes voor ze naar huis gaan. Ook altijd mensen die niet content zijn. Soms zijn de verwachtingen te hoog, waar je niet aan kunt doen. Maar dat kan je wel uitspreken.

Bijlage 3: Diepte-interviews senior verpleegkundigen

- Wat houdt uw functie precies in?
 - A. Patiëntenzorg
 - B. Gedeeltelijk patiënten verzorging en gedeeltelijk algemene verantwoordelijkheid van de afdeling en coördinatie van taken
 - C. Verpleegkundig werk, dag chemo's toedienen aan de patiënten (dag hospitalisatie)
- Bent u **tevreden** met uw job?
 - A. Ja, ik doe mijn werk heel graag
 - B. Ja
 - C. Ik ben tevreden met mijn job, maar ik vind wel dat ik te veel weinig tijd heb voor de patiënten. Dit wordt steeds minder en minder, de druk wordt alsmaar groter, het aantal patiënten neemt alsmaar toe. Vroeger kende ik de patiënten en kende ik ze bij naam, had ik een goede band met de patiënten. Nu is de afdeling zo groot en zijn er 3 locaties waar me moeten werken, je kan de patiënten niet meer kennen. Beter om personeel oncologie en hematologie op te splitsen en op dezelfde afdeling te zetten, maar we zijn nu met te weinig om de verlofperiodes op te vangen. De kennis van producten (medicatie) is zo veel, soms onder de middag en vaak in het weekend bijscholing hierover, maar het is veel. Te weinig tijd hiervoor. De betrokkenheid met de patiënt is als maar minder en minder.
- Wat vindt u het leukst aan uw job?
 - A. Ervoor zorgen dat patiënten een goede verzorging krijgen. We proberen een onaangename situatie voor de patiënten zo aangenaam mogelijk te maken.
 - B. Het directe patiëntencontact en bijdragen aan het welzijn van de patiënt.
 - C. De dankbaarheid van de patiënten, daardoor kan je het volhouden. Als ze je bedanken dat je geluisterd hebt. Je moet niet met oplossingen komen, je moet gewoon luisteren naar hun problemen.
- Wat vindt u het minst leuk aan uw job?
 - A. Toegenomen stress en werkdruk, er worden meer en meer taken naar ons toe geschoven die door anderen gedaan zouden kunnen worden. Patiëntveiligheid, regels worden opgelegd die overdreven zijn, waardoor we meer daarmee bezig zijn dan met effectieve patiëntenzorg. Grote turnover op de afdeling, veel meer patiënten dan vroeger en de combinatie van de drie specialiteiten brengt een drukte met zich mee. Er is soms een tekort aan verpleegkundigen als er zieken zijn (wel dan hulp van 'pool', maar die kennen de afdeling niet voldoende om efficiënt te werken). Vroeger hadden we logistieke medewerkers die maaltijden ronddeden en administratief werk deden (niet-verpleegkundige taken), waardoor de andere verpleegkundigen meer op de zorg konden toespitsen. Op dat vlak zou meer hulp mogen komen, of een extra verpleegkundige bijvoorbeeld in de nacht als je bent alleen (tegenwoordig ook opnames 's nachts via spoed).
 - B. Het vroege opstaan

In- en Extra-role behavior

- Wat verwacht het ziekenhuis van iemand in uw functie?
 - A. Heel veel controleren met betrekking tot patiëntveiligheid, sommige medicatie moeten we met twee verpleegkundige controleren, dat is niet slecht, maar zo komen er als maar meer kleine regeltjes bij. We zijn met patiëntenzorg bezig, maar soms lijkt dit niet meer de prioriteit en dit geeft ook stress, want je hebt ervoor gekozen om de patiënt optimaal te verzorgen en daar heb je niet altijd de tijd voor.
 - B. Inzet en meedenken om hoe de zorg te verbeteren, flexibiliteit hierrond.
 - C. Empathische houding, kwaliteitsvolle zorg, rekening houden met privacy, rechten en plichten van patiënt, als team goed samenwerken en onderling kennis overdragen, aan patiëntveiligheid denken en controleren.
- Worden deze vereisten formeel vastgelegd?
 - A. Niaz leggen deze regels op
 - B. Visie van het ziekenhuis en de functieomschrijving
 - C. Patiëntveiligheidsronden, waarbij aan de patiënt gevraagd hoe ze de zorg ervaren en hoe de verpleegkundigen werken of dat ze bepaalde zorg krijgen, of dat we juiste controles doen en of we rekening houden met de privacy, maar dit verhoogt de druk ook.
- Is het mogelijk om aan deze verwachtingen te voldoen?
 - A. Die druk is er vooral als het echt druk is
 - B. Moeilijk om buiten de dagdagelijkse activiteiten van de verzorging om daarbuiten nog om verder te denken en om structureel dingen te veranderen, die tijd is soms beperkt. Elke verpleegkundige heeft een referentieschap en dan kijken of alles verloopt volgens de richtlijnen en procedures die het ziekenhuis voorschrijft en medewerkers motiveren om daar aandacht voor te hebben (vb hygiëne). Tijd naast de verzorging om hier aan te werken is beperkt.
 - C. Enorme werkdruk door beperkte bestaffing. Het is echt moeilijk om er aan te voldoen, we hebben wel een kei goed team. We hebben veel aan elkaar, we werken goed samen, we kunnen bij elkaar terecht.
- Zijn er momenten geweest waarop je niet aan deze verwachtingen kon of wou voldoen?
 - Eerst echte patiëntenzorg en op drukke momenten kunnen niet alle zaken gedaan worden. Er worden wel regelmatig steekproeven gedaan.
 - C. Als patiënt nood heeft aan empathie, als deze bijvoorbeeld slecht nieuws gekregen heeft, leg je soms wel wat taken naast je en moet de rest wachten, want dat is dan prioriteit.
- Doet u soms meer dan dat er van u verwacht wordt?
 - Ik probeer er echt te zijn voor de patiënten, maar als het echt heel druk is, heb je niet kunnen doen wat je wou doen. Dan zijn ze gewoon goed verzorgd, maar vroeger zouden we als we tijd over hadden hun haar wassen en indraaien, luisteren en dit probeer je nu wat meer tijdens de zorg, maar het schiet er vaak over. Nu begeleiden we de studenten ook, de monitrices zijn weggevallen en we hebben extra opleidingen gevolgd om ze de

begeleiden en dit volledig vrijwillig. We hebben een onderwijzende functie naar de studenten toe, maar daar kruipt ook veel tijd en energie in (daar is geen extra personeel voor gekomen).

- o Mee de dagdagelijkse werkorganisatie veranderen (organisatorisch), meedenken.

PSC

- Welke soort **relatie** heeft u over het algemeen met patiënten?
 - A. Aangename relatie zeker met de chronische patiënten, hier bouw je een band mee op. Je probeert er voor hen te zijn in hun moeilijke situatie in het leven, dit vind ik belangrijk want dit draagt bij tot het genezingsproces.
 - B. Met elke patiënt een andere relatie (dement versus jong), zachte verzorgende versus humoristische relatie. Maar altijd wel een vertrouwensrelatie mee opgebouwd. Patiënt geeft veel informatie over zichzelf en laat veel kwetsbaarheid zien en jij geeft vertrouwen terug. Informatie-uitwisseling.
 - C. Dat verschilt van patiënt tot patiënt, je hebt open en gesloten patiënten, de ene komt vlugger met zijn verhaal dan de andere. Als ze lang komen, ken je ze heel goed, ken je de familie van en dan heb je een hele nauwe band. Vroeger was er een echte dokter-verpleegkundige-patiënt relatie, maar de patiënt en verpleegkundige zijn tegenwoordig eerder gelijken, staan op gelijke hoogte. Gemoedelijke samenwerking.
- Voelt u zich **verantwoordelijk voor het welzijn** van de patiënten?
 - A. Ja, als de patiënt niet goed verzorgd wordt, heeft dit negatieve gevolgen voor het genezingsproces. Bijdragen aan het welzijn van de patiënt en daar heb je ook voldoening van als je eraan hebt kunnen meewerken dat de patiënt beter naar huis gaat. Als het minder goed afloopt is het aan ons om er te zijn voor de patiënten en de familie.
 - B. Ja, dat zit in zo veel dingen. Dat zit in elke handeling en taak dat je doet, elke keuze is bepalend hoe een patiënt dat gaat ervaren en hoe hij zich gaat voelen qua schaamte, pijn, comfort, privacy (bedpan, toilet,..).
 - C. Ja zeker, je bent het zorgende kind als je voor verpleegkunde kiest. Je hebt een slecht gevoel als je geen betrokkenheid hebt gehad met de patiënt of als de patiënt niet tevreden was. Die empathie is nodig, die verantwoordelijkheid, anders moet je niet voor dit beroep kiezen.

Patient empowerment/ patiëntenparticipatie

- Wat is volgens u de **rol van de patiënt** in zijn of haar gezondheidszorg?
 - A. De patiënt moet mondig zijn, uitleg vragen als ze iets willen weten, maar er zijn patiënten die dat niet kunnen, dan moeten verpleegkundigen de advocaat van de patiënt zijn en de vragen voor hen stellen. Maar de patiënt moet inspraak hebben in de behandeling en moet voldoende geïnformeerd worden en moet zichzelf goed informeren en dat moeten wij dat doen.
 - B. Heeft veel te maken met wat hij aan kan (coping), mentaal en fysiek. Afhankelijk van hoe mondig en verstandig hij is.

- Wat verwacht u van uw patiënten?
 - B. Meewerken om samen met de verpleegkundige gezonder te worden, maar je mag dat niet altijd verwachten, want sommigen hebben de kracht daar niet voor. Misschien mag ik niets verwachten. Afhankelijk van wat de patiënt kan. Maar mag ik verwachten dat iemand open is? Bij een demente patiënt kan je dit ook niet verwachten, want dat kan niet.
 - C. De patiënt kiest een arts en moet de arts vertrouwen samen met zijn team. Als er geen goede vertrouwensrelatie is tussen de arts en patiënt. Je moet een dokter kiezen, waar je veel vertrouwen in hebt. Je kan enkel goed genezen en therapie goed ondergaan, als er een goede verstandhouding is en dat begint bij de keuze van de arts.
- Het Jessa streeft naar **patiëntenparticipatie**. Hoe sta je hier zelf tegenover?
 - A. Het is goed dat patiënten heel goed geïnformeerd worden, maar soms worden patiënten mondiger en veeleisender, gaan ze te veel verwachten. Daardoor komen soms klachten door ontevredenheid. Het is niet slecht, maar heeft een tegenkant.
 - B. Dat is heel goed, dat kan alleen maar helpen om sneller gegevens te verzamelen, minder fouten te maken.
 - C. Voor onze afdeling zijn we met personeel te weinig. Je moet zo gefocust zijn op je werk, dat je te weinig kan bezig zijn met de patiënt met betrekking tot het gevoelsmatige, het betrokkene, het emotionele van de patiënt. De patiënten zien ook dat je het heel druk hebt, dat er patiënten bijkomen waar er veel te weinig tijd en plaats voor is.
- **Wat doe je zelf** om de patiënt te betrekken?
 - A. Veel uitleg geven over hoe alles verloopt. Als de patiënten zelf iets kunnen doen in hun zorg, laten ik ze dat ook doen. Stimuleren in zelfzorg en na ingreep terug mobiliseren.
 - B. De patiënten die het aan kunnen, informeer ik heel veel. Als je veel info geeft, kan hij mee nadenken, dan volgt hij het hele proces en kan hij sneller inpikken als hij zichzelf ergens vragen bij stelt (vb draaischijf).
 - C. Tijdens de zorgen proberen om op zijn problemen in te gaan. Tijdens de handelingen zo veel mogelijk moeite om die betrokkenheid te hebben, maar ideaal is het niet. De artsen doen op hetzelfde moment consultaties, die patiënten komen dus ook tegelijk, het zou veel beter zijn om dit te spreiden.

Medewerker autonomie, competentie en verbondenheid

- Kan u zelf uw eigen werk **plannen**?
 - A. Bepaalde dagindeling waar je je aan houdt, maar we kunnen door overleg met andere collega's wel wat plannen.
 - B. Ja, je krijgt een patiëntengroep, je hebt een vaste dagverloop, maar tijdens de zorgen moet je van alles tegelijk plannen of er komt iemand info of hulp vragen of moet je ineens een patiënt klaarmaken voor een operatie.
 - C. Neen, het secretariaat doet onze planning. We kunnen dat zelf niet doen, dat is te moeilijk. We doen allemaal hetzelfde werk. In de mate van het mogelijke proberen we elkaar te

helpen als dat nodig is. De artsen hebben tegelijk raadpleging en dat geeft enorm veel drukte.

- Indien niet, waarom denk je dat dat niet mogelijk is?
 - C. Die planning is niet te onderschatten, dat is heel moeilijk, dat kunnen we niet. De dokters werken ook nog op andere plaatsen, dat moet ook nog allemaal uitkomen.
- Kan u zelf **beslissingen nemen** over patiënten?
 - A. Hangt er van af waarover het gaat, 1 keer per week patiëntoverleg met nefroloog, diëtist,... We staan kort bij de patiënt en kunnen veel dingen inbrengen, we zijn de advocaat van patiënt. Als er bepaalde noden zijn kunnen we dit openlijk bespreken.
 - B. We hebben veel vrijheid, de chirurgen werken op de afdeling en binnen hun medisch gebied beslissen ze, maar daarbuiten vertrouwen ze op verpleegkundigen om beslissingen te nemen.
- Zou u graag zelf meer beslissingen willen nemen?
 - A. Nee, ik heb genoeg inspraak. Ik zou wel wat meer inspraak willen in de nacht, dat we daar met meer zouden zijn. Wat minder werkdruk.
 - B. Nee, goed evenwicht
- Denkt u dat u voldoende **kennis** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Nooit te oud om dingen bij te leren en je leert elke dag bij. Maar ik werk hier nu 21 jaar, dus ik heb de ervaring om patiënten goed te verzorgen.
 - B. Ja en dingen die ik niet weet, zoek ik op, op het zorgnet waar alle procedures op staan.
 - C. Het is moeilijk omdat we allemaal hematologie EN oncologie moeten kunnen. Ik zou daar liever wat meer kennis over hebben (hematologie), we scholen wel bij, maar we kunnen niet van alles even veel weten, sommige dingen moet je regelmatig doen om erin te blijven. Ik schiet soms tekort aan kennis betreffende hematologie, maar je kan gewoon niet van alle ziektes alles kennen en de daarbij horende medicatie en producten. Er komen zo veel nieuwe producten steeds bij, dat is heel moeilijk.
- Denkt u dat u de juiste **vaardigheden** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Ja
 - B. Ja
 - C. Ja, dat zeker
- Welke vaardigheden zijn volgens u cruciaal om de patiënten te helpen?
 - A. Geduld, sociaal, vriendelijk, flexibel, begripvol, respectvol
 - B. Planning en organisatievermogen, flexibiliteit, communicatief vaardig naar team en patiënten, ne werker zijn (je moet kunnen werken en door werken), het hart hebben voor het beroep
 - C. Erg afhankelijk van de afdeling waarop je werkt. Aanprikken van poorten, katheters,.. je moet zeer empathisch zijn, zeker op oncologie.

- Over welke kennis of vaardigheden zou u graag nog meer beschikken?
 - A. Wij volgen regelmatig bijscholingen en dat is nodig, als er noden hieromtrent zijn kunnen we dit aan het diensthoofd doorgeven en krijgen we wel meer uitleg. Iets beter communiceren, iets assertiever zijn.
 - B. Als ik naar een andere afdeling ga met een andere pathologie ga ik me wel serieus moeten bijscholen.
- Voelt u zich **gerespecteerd** door andere medewerkers? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, we hebben een heel goed team en dat is heel belangrijk (activiteiten buiten het werk) op basis van flexibiliteit.
 - B. Ja, met vragen komen ze bij mij en ze komen mijn mening vragen.
 - C. Ja, zeker door mijn medewerkers.
- Voelt u zich gerespecteerd door andere leidinggevenden? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, er zijn functioneringsgesprekken en feedback op een goede manier
 - B. Ja, ze geven verantwoordelijkheden en taken
 - C. Wel door mijn diensthoofd, maar te weinig door de directie. Ik denk dat ze niet echt weten waarmee we echt bezig zijn. Er is te weinig oor naar de vraag voor extra personeel. Ze komen nooit als we overlopen van/ verzuipen in het werk (begin van de dag), ze komen alleen op momenten dat het rustiger is of tijdens de pauze. Dan komt het over dat je wel personeel bij vraagt, maar je genoeg tijd hebt om rustig ne koffie te drinken. Ik vind dat erg, een grote frustratie. Alsof we in ons gezicht uitgelachen worden.
- Voelt u zich gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja en ze uiten dat ook. Pralines, bedankjes, positieve reacties,.. en dat geeft ook voldoening. Je kan niet altijd goed doen (diensthoofd, persoonlijk of ombudsdienst), ik trek me op aan de positieve dingen, ik zet het van me af. Dat moet ook anders kan je het niet volhouden.
 - B. Ja, zit in heel kleine dingen, als ze lachen of dank u zeggen.
 - C. Ja, bedankjes en snoeperijtjes.

Teamautonomie, -competentie, -verbondenheid

- Ik veronderstel dat u in teamverband werkt?
- Wat vindt u hiervan?
 - A. Ja, ik zou niet graag alleen werken
 - B. Ja, dat is een meerwaarde, want je hebt een team nodig om aan het welzijn van de patiënt te werken, je kan dat niet alleen.
 - C. Ja, ik zou niet willen wisselen

- Heeft u als team de vrijheid om zelf de teamtaken te plannen en uit te voeren?
 - A. Ja, er zijn referentverpleegkundigen per item. En wij kunnen dan zelf kiezen wat we willen zijn en daar zijn ook taken rond of samenkomsten van en dat bepaal je dan zelf. We hebben de dagstructuur voor een stuk samen bepaald, hoe dat werkt. In een dienstvergadering kijken we soms ook of er aanpassingen nodig zijn.
 - B. Ja, we werken met werkgroepen en zij denken na over hun item (vb medicatiekarren en algemene manier van werken). Voor mij is dit voldoende.
- Denkt u dat er voldoende **kennis** is in het team om patiënten te helpen?
 - A. Ja
 - B. Ja, dit team voor deze populatie
 - C. Ja
- **Vertrouwt u op de vaardigheden** van het team om patiënten te helpen?
 - A. Ja, bij de ene al wat meer dan de andere.
 - B. Ja
 - C. Ja, de nieuwe verpleegkundigen worden goed opgeleid.
- Is er volgens jou nood aan verbetering binnen het team? Zo ja, wat stelt u voor?
 - A. Ja, jonge collega's moeten meer ervaring opdoen en vaardigheden bijleren afhankelijk van de pathologie op de afdeling. Maar daar draagt het hele team toe bij.
 - B. Ja, bijscholing voor het begeleiden van studenten. Er is altijd ruimte voor verbetering, zeker bij mensen die hier nog niet lang werken.
 - C. Verbeteren kan altijd, we krijgen de mogelijkheid om vrij veel bijscholing te gaan hoewel dat ook verminderd.
- Voelt u zich als team **belangrijk** binnen het ziekenhuis? Waarom (niet)?
 - A. Ja
 - B. Ja, we zijn een kleine afdeling, maar we spelen een rol binnen het ziekenhuis, want we krijgen enkel patiënten afkomstig van spoed en daardoor moeten we zeer flexibel zijn. Ze moeten op ons kunnen rekenen.
 - C. Ja
- Voelt u zich als team **gerespecteerd** binnen het ziekenhuis? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja en neen, wij worden zeker gerespecteerd door de artsen, daar werken we ook goed mee samen. Niet altijd door de directie. Die mogen meer respect tonen en wat meer positief zeggen over de afdeling. Die zien we niet, ik zou ook niet tegoei weten wie dat zijn. Zij delen de taken uit, maar ze komen niet zeggen of we het goed gedaan hebben. De diensthoofden zien dat we het druk hebben, maar de direct heeft daar geen benul van. Ze kijken enkel naar cijfers en niet naar de specifieke situaties (de ene patiënt is de andere niet). Ze moeten zich meer op de afdeling laten zien, misschien zelfs meedraaien, om te ervaren waar we effectief mee bezig zijn en kijken wat voor ons belangrijk is. De effectieve patiëntenzorg wordt uit het oog verloren, meer bezig met kwaliteit. Tijd maken voor de

mensen en een gesprek aanknopen met de patiënten en ze het gevoel geven dat je er bent voor hen.

- B. Ja, wat minder er wordt niet zo veel rekening gehouden met hoe wij het zien.
 - C. Ja, ik heb hier geen slecht gevoel. Naar directie toe heb ik ook geen slecht gevoel, die momenten als het rustiger wordt op het einde van de dag en ze komen dan kijken is enorm frustrerend en misbegrepen. 'Ge voelt u gecontroleerd en gepakt'. Ze zouden eens moeten meelopen en dan zullen ze wel zien hoe weinig we pauze kunnen nemen.
- Voelt u zich als team gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven? Met de opnameplanning verwacht het ziekenhuis veel, en dan houden ze minder rekening met ons.
 - A. Ja, door de meesten wel. Ze zien ons als team, want ze zeggen soms dat het lijkt dat het een fijn team is.
 - B. Ik denk wel dat ze een team voor zich zien.
 - C. De patiënten zien ons wel als team en ze merken ook dat we elkaar gaan helpen als het niet gaat. We veroordelen niemand en soms heb je al eens een betere dag dan een andere. We sporen elkaar aan om hulp te vragen aan elkaar.

Bijlage 4: Diepte-interviews junior verpleegkundigen

- Wat houdt uw functie precies in?
 - A. Bewaken van mensen met colonaire problemen, longproblemen en daardoor hartproblemen
 - B. Totaal pakket: hygiënische verzorging toedienen, medicatie, wondzorg,...
- Bent u **tevreden** met uw job?
 - A. Ja
 - B. Ja, maar wel zwaar. Fysiek: tillen van ouderen en door de hoge druk van hogerhand, te weinig personeel in verhouding met het aantal bedden
- Wat vindt u het leukst aan uw job?
 - A. Dat er actie is (kritieke patiënten)
 - B. Contact met de patiënten
- Wat vindt u het minst leuk aan uw job?
 - A. Werken met ouderen mensen (sterfgevallen) in vergelijking met opleiding als vroedvrouw
 - B. Door de drukte is er minder tijd voor het sociaal contact met de patiënten. Patiënt afwerken en naar de volgende, de mensen merkten dit ook er kwam reactie op, ze zagen dat we geen tijd meer hadden om een babbeltje te slaan.

In- en Extra-role behavior

- Wat verwacht het ziekenhuis van iemand in uw functie?
 - Goede verzorging van de patiënten, voldoende kennis bezitten.
 - We zijn heel fel bezig met kwaliteit. Er zijn bepaalde kwaliteitseisen en die worden gecontroleerd. Meer regels op papierwerk. Er moet meer op papier komen.
- Worden deze vereisten formeel vastgelegd?
 - Stappenplan wat je moet doen/kunnen -> maand, 3 maand, halfjaar en jaar -> functioneringsgesprek
 - Ja
- Is het mogelijk om aan deze verwachtingen te voldoen?
 - Ja, je kan altijd bijleren, maar ze stellen geen te hoge eisen.
 - Ja, moeilijk omdat we door het papierwerk minder tijd hebben voor de patiënten. Het papierwerk is in orde, maar minder tijd voor de patiënten (om te luisteren). Is dit nog kwaliteit? Gevoel dat je tekortschiet.
- Doet u soms meer dan dat er van u verwacht wordt?
 - Als er iets is dat je niet snapt, kent, begrijpt, sla je er thuis je boeken of het internet op na/ bijscholingen.
 - Als het werk op het eind van mijn shift het papierwerk ofzo nog niet af is, werk ik nog iets langer door. Ik ben niet snel tevreden, ik ben perfectionistisch. Ik wil alles in orde hebben. Er is een verschil hierop tussen collega's, sommige dingen zijn niet in orde of afgewerkt. Papierwerk en vervanging van infusen.

PSC

- Hoe vindt u het om met patiënten te werken?
 - A. Heel fijn, dat je aan je sociale trekken komt, heel fijn om mensen te helpen en dankbaarheid daarvoor te krijgen.
 - B. Patiënten vertellen hun levensverhaal, je krijgt er een band mee en dat is fijn. Veel contact met de familie en deze opvangen indien nodig.
- Welke soort **relatie** heeft u over het algemeen met patiënten?
 - A. Hangt af van de tijdsduur van opname. Kort: informatief, Lang: iets meer vertrouwensrelatie. Ze blijven over het algemeen niet heel lang. Vooral met de familie een vertrouwensrelatie als de patiënten langer blijven
 - B. Ik sta dicht bij de patiënten, een open relatie. Patiënten moeten zich letterlijk en figuurlijk bloot geven, dus dan vertel ik ook wel eens persoonlijke zaken. De grens tussen verpleegkundige en patiënt blijft natuurlijk wel behouden.
- Voelt u zich **verantwoordelijk voor het welzijn** van de patiënten?
 - A. Ja, heel fel. Volledig verantwoordelijk voor wat je zelf doet.
 - B. Ja, sterker geworden toen ik zelf een familielid in dezelfde situatie had. Door eens aan dezelfde kant van de familie te staan, kan ik mij veel beter inleven in hun situatie en ben ik kritischer geworden naar collega's en studenten. Je bent met mensenlevens bezig, een kleine fout kan dramatisch zijn. Als ik zie dat patiënten het moeilijk hebben schakel ik heel snel de pastorale of psycholoog in.
- Waar bestaat die verantwoordelijkheid **concreet** uit?
 - A. Nog maar net iets te veel van medicatie kan fataal zijn,
 - B. Heel kritisch en perfectionistisch

Patient empowerment/ patiëntenparticipatie

- Wat is volgens u de **rol van de patiënt** in zijn of haar gezondheidszorg?
 - B. Ze moeten inspraak hebben. Bedside briefing, de overdracht van shift wordt op de kamer gedaan met patiënten en familie. Dat is goed, het is je eigen lichaam en leven.
- Wat verwacht u van uw patiënten?
 - A. Dankbaarheid en wederzijds respect, moeilijk als je geen respect krijgt als je wel respect geeft.
 - B. Wederzijds respect en vriendelijkheid, niet te hoge eisen stellen.
- Het Jessa streeft naar **patiëntenparticipatie**. Hoe sta je hier zelf tegenover?
 - A. Nog iets meer naar de patiënten luisteren, vooral de dokters. Wil de patiënt dit wel? Gesprekken met familie, patiënten worden betrokken bij hun zorg, juiste uitleg wordt gegeven.
- **Wat doe je zelf** om de patiënt te betrekken?
 - A. Uitleggen wat er gebeurd is, wat er te wachten staat, wat ze zelf moeten verwachten, vragen of ze begrijpen wat er gezegd is en wat er gebeurd is.

- B. Positieve onderzoek uitslagen meldt ik aan de patiënt en het meedelen van de parameters, ze hebben recht om alles te weten. Ik maak tijd om uitleg te geven.

Medewerker autonomie, competentie en verbondenheid

- Kan u zelf uw eigen werk **plannen**?
 - A. Ja, ieder heeft zijn eigen patiënten, taken verschillen per shift. Als er plots een nieuwe opname is, valt de planning natuurlijk in het water. Voldoende vrijheid.
 - B. Er is een vast patroon op de dienst en daar houden we ons vrij strikt aan. En dat de patiënten op tijd op hun afspraken zijn. In het weekend gaat dit makkelijker, omdat er geen afspraken zijn met dokters, ergotherapeuten, kinesisten. Moeilijk als je met iedereen rekening moet houden.
- Indien niet, waarom denk je dat dat niet mogelijk is?
 - B. Het is moeilijk om geen rekening te houden met de gemaakte afspraken en de afspraken bij de dokters en kinesisten.
- Kan u zelf **beslissingen nemen** over patiënten?
 - A. Beslissingen liggen vooral bij de arts.
 - B. Inspraak bij de dokter: overgang van zorg naar palliatieven, de dokter vindt het moeilijk om zelf deze stap te zetten, verpleegkundigen helpen hierbij.
- Zou u graag zelf meer beslissingen willen nemen?
 - A. Ik voel me nog niet klaar om beslissingen te nemen, misschien als je meer ervaring hebt, dat je dat wel meer wil. Op dit moment geen behoefte aan.
 - B. Niet qua takenplanning, er moet een structuur zijn. Wel bij het nemen van beslissingen. Sommige patiënten zijn niet klaar voor hun ontslag uit het ziekenhuis en de stap naar palliatieve zorgen.
- Denkt u dat u voldoende **kennis** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Op deze afdeling wel en als ik iets niet weet zoek ik het op. Ik leer elke dag nog bij. Maar voor deze patiëntenpopulatie is het voldoende.
 - B. Ja, maar je blijft bijleren in het werkveld. Je leert veel bij van elkaar. Ik vraag ook snel anderen hun mening of hulp.
- Denkt u dat u de juiste **vaardigheden** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Ja
 - B. Ja
- Welke vaardigheden zijn volgens u cruciaal om de patiënten te helpen?
 - A. Reanimeren, kennis, infusen prikken, sociale vaardigheden (empathie, respect, communicatie). Je moet de vaardigheden echt beheersen, zeer belangrijk op kritieke afdeling.
 - B. Empathie, inlevingsvermogen, kennis van medicatie en technieken, omdat er zo veel zaken zijn die je kan mis doen en dat kan dramatische gevolgen hebben

- Over welke kennis of vaardigheden zou u graag nog meer beschikken?
 - B. Wondzorg, dat verandert continu en is zo breed. Ik zou graag een referente verpleegkundige worden, die op regelmatige basis op bijscholing gaan.
- Voelt u zich **gerespecteerd** door andere medewerkers? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, ik kan bij ze terecht. Vanaf het begin hebben ze me goed opgeleid. Als er problemen zijn wordt er naar geluisterd en proberen ze erover te babbelen.
 - B. Ja de meesten wel, maar er zijn er enkelen. Sommige doen soms denigrerend naar nieuwe collega's toe.
- Voelt u zich gerespecteerd door andere leidinggevenden? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, door het hoofd.
 - B. Ja, maar hij zou soms iets meer moeten opkomen voor het team. Hij staat altijd open om te luisteren, je kan met problemen bij hem terecht, maar hij onderneemt geen actie, hij doet er niets concreet mee.
- Voelt u zich gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, ze zeggen dank u.
 - B. Ja, maar ik merk een verandering doorheen de twee jaar dat ik hier werk. Soms denken patiënten en families dat ze hier alleen liggen, dat je dadelijk moet springen. Er is minder begrip, ze zijn steeds veeleisender geworden.

Teamautonomie, -competentie, -verbondenheid

- Ik veronderstel dat u in teamverband werkt?
- Wat vindt u hiervan?
 - A. Ik zit echt in een goed team. Ik heb graag wat bevestiging en kan me snel met iemand vinden. Ik pas me goed aan anderen aan.
 - B. Ik vind het wel fijn, fijner dan op je eentje werken (thuiszorg). Je hebt natuurlijk collega's waar je beter mee op kan schieten dan met anderen. Fijn dat je kan terugvallen op elkaar om je hart te luchten of hulp te vragen.
- Heeft u als team de vrijheid om zelf de teamtaken te plannen en uit te voeren?
 - A. Ja
 - B. Idem vorige, ieder heeft zijn vaste structuur, in het weekend is iets meer vrijheid. De persoon met dagdienst heeft meer administratieve taken en dat kan je wel iets vrijer plannen.
- Denkt u dat er voldoende **kennis** is in het team om patiënten te helpen?
 - A. Zeker
 - B. Ja, brede kennis. Er zijn collega's die snel tevreden zijn en die meer perfectionistisch zijn.
- **Vertrouwt u op de vaardigheden** van het team om patiënten te helpen?
 - A. Ja, je weet als je een patiënt krijgt dat die volledig in orde is, je moet niets nakijken.

- B. Ja de meeste wel, maar bij enkelen ga ik wel achteraf nog eens controleren.
- Is er volgens jou nood aan verbetering binnen het team? Zo ja, wat stelt u voor?
 - A. Vernieuwing op de afdeling, veroudering.
 - B. Er is een goede mix.
- Voelt u zich als team **belangrijk** binnen het ziekenhuis? Waarom (niet)?
 - A. Ja, maar niet veel contact met andere afdelingen.
 - B. Ja, we krijgen alles binnen. Vanaf een bepaalde leeftijd komen de patiënten met diverse klachten naar geriatrie. Er zijn ook meerder geriatries en deze liggen zo goed als altijd vol.
- Voelt u zich als team **gerespecteerd** binnen het ziekenhuis? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, als er op andere afdelingen hulp nodig is, zijn wij de eersten om hulp te bieden.
 - B. Ja, maar er zijn altijd een paar die denigrerend kijken naar geriatrie. Toen ik student was, had ik dat ook wel een beetje. Bepaalde afdelingen hebben niet zo'n oog voor ouderen, die zorg is niet voldoende. Daaraan merk je dat ze bij ouderen niet zo'n goede zorg bieden als bij anderen.
- Voelt u zich als team gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, we krijgen vaak dank u kaartjes of pralines of taart, ze komen meestal terug om dank u te zeggen. Dan zeggen ze dat de afdeling ook echt goed werkt. Ze zien ons als team. "Jullie zijn zo goed op elkaar ingespeeld". Iedereen helpt elkaar continu.
 - B. Ja, we krijgen veel bedankjes. Sommige patiënten en families zijn mondiger geworden, die minder kunnen verdragen. Hangt af van de collega waarmee je samen werkt. Sommige werken echt samen en anderen werken liever allen. Soms klagen we wel eens over elkaar op een kamer. Dus patiënten voelen dat verschil ook.

Bijlage 5: Diepte-interviews artsen

- Wat houdt uw functie precies in?
 - A. Hartoperaties, postoperatieve zorg, pré operatieve zorg, verloop tijdens het verblijf van de patiënt.
 - B. We begeleiden mensen met nierziekten, we stellen diagnoses, behandelingen en we bereiden voor op niervervangende therapie, dialyse, buikspoeling, transplantatie, en we volgen deze patiënten op, navolging.
- Bent u **tevreden** met uw job?
 - A. Zeker, ik zou zo identiek hetzelfde doen als ik 40 jaar jonger was.
 - B. Ja zeker, ik heb een mooie job.
- Wat vindt u het leukst aan uw job?
 - A. Hele uitdaging en ik heb het gevoel dat in onze tak van de chirurgie het gevoel krijgt dat je echt iets kan doen voor de patiënten. De patiënten gaan beter naar huis dan ze binnen komen, je kan ze echt helpen. Het gevoel iets betekend te hebben voor de mensen.
 - B. Je zit dichtbij de basiswetenschappen, fysiologie en de pathologie daagt uit om veel na te denken. Je hebt de mogelijkheid om de patiënten over een gans traject te volgen, je bouwt met hen een band op.
- Wat vindt u het minst leuk aan uw job?
 - A. Af en toe verlies je een patiënt en soms neem je de problemen van de dienst mee naar huis en dat weegt.
 - B. We zijn ziekenhuisartsen en de grootste frustratie is de informatica. Dat het niet goed doet wat wij willen,...

In- en Extra-role behavior

- Wat verwacht het ziekenhuis van iemand in uw functie?
 - Kwaliteit en veiligheid, patiënten op de manier behandelen zoals je dat zelf zou willen. Patiënt heeft vragen, is ongerust en dit is idem bij de familie. Kwaliteit moet er zijn en goede patiëntervaring is een surplus.
 - We zijn zelfstandigen die in het ziekenhuis werken, we moeten de geest van de zorg die het ziekenhuis in een sturend kompas, dat we onze deezorg conform de vereisten van het ziekenhuis uitoefenen. Bezorgdheid, dat we zorg dragen voor de patiënten, kwaliteit, samenwerken met andere diensten, elkaar helpen in de patiëntenzorg, loyaliteit.
- Worden deze vereisten formeel vastgelegd?
 - Nog niet, dat moet nog verder uitgebouwd worden. Medewerkers weten te weinig wat de missie, visie en doelen van het ziekenhuis zijn. Burning platform, elke dag opnieuw dit in de aandacht stellen, tot vervelens toe.
 - Formeel uitgeschreven, ethische code, nia's accreditatie, missie statement
- Is het mogelijk om aan deze verwachtingen te voldoen?
 - Ik wil mij engageren voor patient experience, maar soms is het zo druk, dat je daar niet of in mindere mate aan kan voldoen dan je eigenlijk zou willen.

- We doen ons best, maar het is niet altijd mogelijk, we zijn maar mensen.
- Zijn er momenten geweest waarop je niet aan deze verwachtingen kon of wou voldoen?
 - B. Wachtdiensten, stress, overbevraagd zijn, oververmoeid zijn.
- Doet u soms meer dan dat er van u verwacht wordt?
 - Patiënten een week na ontslag opbellen. Ik leg mijn medewerkers op om all rerounding, per uur is er een contact bij de patiënt en check de 4P's (pain, potty, position en possessions), daar moeten we naartoe op de afdeling. Mosterd halen bij ziekenhuis in Cleveland. Uit eigen beweging patient experience gaan uitdragen en invoeren.
 - Pay 4 performance, hoe harder we werken hoe meer we verdienen, dus dan doen we wel meer. De nefrologen zijn enorm geëngageerd in het ziekenhuis, ze hebben allen buiten de patiëntenzorg een taak binnen het ziekenhuis. We engageren ons binnen het ziekenhuis.
- Indien ja, heeft u hiervan een concreet voorbeeld.
 - Care fort he caregiver, werken met burnoutschalen en dergelijken, kijken naar de persoonlijke rugzak van elke medewerker

PSC

- Hoe vindt u het om met patiënten te werken?
 - A. Geneeskunde gaan studeren om mensen te helpen.
 - B. Als je in de geneeskunde de patiënten een sleur vind, moet je stoppen.
- Welke soort **relatie** heeft u over het algemeen met patiënten?
 - A. Goed contact, ik doe mijn best om te luisteren naar de noden van de patiënt, omdat ik dat belangrijk vind.
 - B. Zorgrelatie, shared decision, gezamenlijk besluiten vormen rond de weg die bewandeld wordt en in die relatie zijn wij de expert. Wij hebben ervaring en opleiding, dus wij moeten mogelijkheden voorleggen en samen dan bepalen met de patiënt wat we gaan doen, niet meer patriarchaal. We staan op gelijke hoogte, leidende informatie verstreckende rol.
- Voelt u zich **verantwoordelijk voor het welzijn** van de patiënten?
 - A. Ja, de follow up van de patiënt in het ziekenhuis is heel belangrijk. Je maakt u zorgen als er iets niet zo gaat als verwacht.
 - B. Patiënten een soort beschermengel geven. Artsen zijn verantwoordelijk en eindverantwoordelijk voor alles. We moeten ons verantwoordelijkheid gevoel bewaken een patiënt moet weten vanaf de eerste moment wie de eind verantwoordelijke arts is, die moet ik aanspreken als ik iets moet weten. Artsen mogen hun verantwoordelijkheid niet ontvluchten.

Patient empowerment/ patiëntenparticipatie

- Wat is volgens u de **rol van de patiënt** in zijn of haar gezondheidszorg?
 - A. Patiënten worden mondiger en dat is goed. Ik ga graag in dialoog met de patiënt, we nodigen hem uit om hem beter te leren kennen. Het is belangrijk om een persoonlijke touch te geven. Informeren en communiceren.

- B. Patiënt moet empowerd zijn om voor zijn gezondheid te zorgen. Patiënt beheert zijn eigen dossier. De patiënt krijgt meer en meer verantwoordelijkheden.
- Het Jessa streeft naar **patiëntenparticipatie**. Hoe sta je hier zelf tegenover?
 - A. De manier waarop je patiënt verzorgt is zeer belangrijk, doen zoals je zelf verzorgt zou willen worden.
 - B. Ik sta daar positief tegenover, maar het mag geen vlucht zijn om niet verantwoordelijk te zijn voor de patiënt. Arts is een loods, patiënt is kapitein van zijn schip en hij vaart een moeilijk stuk schelde af, en de loods gidst hem hierdoor heen.
- **Wat doe je zelf** om de patiënt te betrekken?
 - A. Ik doe elke dag de zaalronde bij patiënten, ik betrek familie, ik sta open, familie betrekken. Mijn verantwoordelijkheid gaat verder dan de ziekenhuisdeur, een week na ontslag bel ik persoonlijk de patiënt op om nog eens te herhalen wat ik bij het ontslag gezegd heb.
 - B. Wij hebben een goed ontwikkelen pré-dialyse begeleiding. Patiënten worden door verpleegkundigen ingeschoold van wat zijn de mogelijkheden en krijgen veel informatie op een begrijpelijke manier, zo kunnen de patiënten ingelicht kiezen. De tijd van betuttelen is voorbij. We raden medicatie of behandeling aan, als de patiënt dit niet wil is dat ook zo. Samenwerking, niet patriarchaal (dit is wat we gaan doen en staat het je niet aan is daar de deur).
- **Wat doe je concreet om patiënten te ondersteunen en/of te helpen?**
 - A. Bedside briefing, persoonlijk contact met de patiënt. De informatieoverdracht tussen shiften gebeurt aan het bed. Geeft geruststelling en zekerheid voor de patiënt. Voorbeeld hondje.

Medewerker autonomie, competentie en verbondenheid

- Kan u zelf uw eigen werk **plannen**?
 - A. We maken onze operatieplanning en proberen dit zo goed mogelijk te doen, maar je moet rekening houden met spoedgevallen.
 - B. Ja, we werken in associatie en daarbinnen hebben we een werkverdeling. In theorie kunnen we ons werk afgrenzen. Ikzelf ben daar minder goed in, werk soms langer en dat staat privéleven onder druk.
- Kan u zelf **beslissingen nemen** over patiënten?
 - A. Ja
 - B. Patiënten zijn beschermd door wet van patiënten rechten en kunnen dus behandelingen weigeren. We hebben veel beslissingsrecht, en bij moeilijke beslissingen gaan we met een aantal nefrologen en verpleegkundigen de knoop doorhakken.
- Zou u graag zelf meer beslissingen willen nemen?
 - A. Neen, het loop nu goed. Ik ben er zeer tevreden mee
 - B. Ik zou graag wel wat meer plannen als ik tijd had om dit te doen, nu doet het secretariaat dit. Meer beslissingsbevoegdheid beheersen we toe, maar naar managementniveau toe zouden we graag wat meer beslissen, betreffende het managen van de dienst. We hebben

een zorgmanager die rapporteer naar directie. We willen vaak sneller op de bal spelen, maar doordat het al de comités moet passeren zit er vertraging op, konden we dit zelf zouden dingen sneller in voegen kunnen treden.

- Denkt u dat u voldoende **kennis** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Ja en die kennis moet je bijscholen. Continue bijscholing van medicaties en technieken.
 - B. We blijven ons levenslang bijscholen en wanneer we vinden dat we een bepaalde pathologie niet machtig zijn gaan we te raden of doorverwijzen naar anderen. We kennen goed onze limieten.
- Denkt u dat u de juiste **vaardigheden** heeft om patiënten te helpen?
 - A. Ja, denk ik wel
 - B. Als wij zouden merken dat onze vaardigheden ontbreken, dan scholen we ons bij of we beslissen om patiënten niet te behandelen.
- Welke vaardigheden zijn volgens u cruciaal om de patiënten te helpen?
 - A. Voldoende skills om operaties uit te voeren, zelfdiscipline, stressbestendig, empathie
- Over welke kennis of vaardigheden zou u graag nog meer beschikken?
 - A. Ja, meer rond patiëntbeleving. Hoe kunnen we die transformatie doen? Die mindset?
 - B. Uiteraard er zijn altijd wat gebieden waar ik mezelf nog wat meer op zou willen uitdiepen. We krijgen wel de tijd om dit te doen.
- Voelt u zich **gerespecteerd** door andere medewerkers? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, collegialiteit, contacten, adviezen die ze vragen. Andere diensten vragen me om te komen spreken betreffende patiëntbeleving en de implementatie daarvan
 - B. Ja, wij werken in groep samen we kennen elkaars stijl, gevoeligheden en respecteren dat.
- Voelt u zich gerespecteerd door andere leidinggevenden? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, ze vragen me om de kar te trekken betreffende patiëntbeleving
 - B. Ik denk het wel, er zijn leidinggevenden die enkel respect hebben voor graden en papieren. En soms voel ik dit wel dat ik dit niet heb.
- Voelt u zich gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, de mensen vragen wederzijds aan mij hoe het gaat. De dankbaarheid als je 's nachts uit je bed komt om hen te komen helpen.
 - B. We moeten het doen voor het respect van onze patiënten. Ik hoop dat. Vooral de manier na een kort contact hoe je uit elkaar gaat, zie je dat patiënten beter, gesterkt, gelukkig, getroost naar buiten gaan.

Teamautonomie, -competentie, -verbondenheid

- Ik veronderstel dat u in teamverband werkt?
- Wat vindt u hiervan?
 - A. Dat is heel plezant

- B. Dat is een deel waarom ik ziekenhuisarts geworden ben. Het mag geen solitair beroep zijn. We zitten regelmatig met verpleegkundigen en andere nefrologen rond de tafel.
- Heeft u als team de vrijheid om zelf de teamtaken te plannen en uit te voeren?
 - A. Ja ieder moet zich kunnen ontplooiën op de dienst in zijn specifieke zaken.
 - B. Belangrijke vrijheid om strategische beslissingen te nemen, huisdialyse bijvoorbeeld is een voorgesteld project van ons en wordt gesteund.
- Heeft u zelf voorstellen tot verbetering?
 - A. Alles kan beter
- Denkt u dat er voldoende **kennis** is in het team om patiënten te helpen?
 - A. Verpleegkundig team: nieuwe moeten opgeleid worden en dat vraagt tijd, maar ik ben blij met mijn groep. Je hebt altijd mensen met eventueel problemen. Ik ben tevreden met de mensen die ik heb, maar het kan altijd beter.
 - B. We hebben onze lancunes bekeken en er zijn geen grote lancunes, we kunnen het goed aan.
- **Vertrouwt u op de vaardigheden** van het team om patiënten te helpen?
 - A. Ja, nieuwelingen worden goed opgevangen en begeleid ook
 - B. Ja
- Is er volgens jou nood aan verbetering binnen het team? Zo ja, wat stelt u voor?
 - A. Beter op basis van patiëntbeleving en daar gaan we elke dag voor om dat te verbeteren en dat brandend te houden.
- Voelt u zich als team **belangrijk** binnen het ziekenhuis? Waarom (niet)?
 - A. Ja, niet elk ziekenhuis heeft een afdeling hartchirurgie; Ik ben dit opgestart, als eerste in de provincie Limburg en het is een uithangbord voor het ziekenhuis geworden.
 - B. (1) We hebben een dialyse afdeling, normering van het ziekenhuis en andere afdelingen zijn van al dan niet aanwezigheid afhankelijk. (2) Financieel gezien draagt dialysecentrum bij tot winst van het ziekenhuis. (3) Nefrologen zijn als commissielid of voorzitter actief binnen het ziekenhuis.
- Voelt u zich als team **gerespecteerd** binnen het ziekenhuis? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, er zijn andere diensten en de directeur die komen kijken hoe wij dingen doen en de directie gaat mij nu mogelijkheden geven om het uit te breiden over het heel ziekenhuis
 - B. Ja, we zijn klein en soms iets te soft in discussies. Andere diensten roepen soms luider en krijgen zo soms wel iets meer gedaan.
- Voelt u zich als team gerespecteerd door patiënten? Zowel bij ja als neen: Kan u hiervan voorbeelden geven?
 - A. Ja, wij doen de patiënten enquête en daar krijgen we goede respons op, de cijfergegevens geven een evolutie in positieve zin

- B. De patiënten beseffen dat wij een team zijn, wij vertrouwen de patiënten toe aan andere artsen als er wachtwissel is. Op de dialyseafdeling krijgen we de kans om een band op te bouwen. Het gebeurt zelfde dat een patiënt breekt met het team.

Bijlage 6: Elektronische vragenlijst

Beste deelnemer

Ik ben studente Handelingenieur aan de Universiteit Hasselt en in het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de visie van ziekenhuismedewerkers op patiëntenzorg.

De bevraging duurt ongeveer 10 minuten. In het belang van het onderzoek zou ik u willen vragen om volledig eerlijk te antwoorden op elke vraag. Ik ben geïnteresseerd in uw mening. Er zijn dus geen goede of foute antwoorden.

Uw anonimiteit wordt ten alle tijden verzekerd. Daarnaast wordt alle verkregen informatie met uiterste voorzichtigheid en confidentialiteit behandeld en uitsluitend voor statistische doeleinden gebruikt.

Bedankt voor uw tijd en deelname!

Met vriendelijke groeten

Lieze Peelmans

Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man

Gelieve de balkjes naar links/rechts te verschuiven om het gewenst aantal jaren te bekomen.

_____ Wat is uw leeftijd?

_____ Hoe lang werkt u reeds als zorgverlener in een ziekenhuisomgeving (inclusief dienstjaren in een ander ziekenhuis)?

_____ Hoe lang werkt u reeds in het Jessa ziekenhuis (inclusief het aantal dienstjaren voor de fusie)?

Welke functie heeft u binnen het Jessa Ziekenhuis?

- Verpleegkundige
- Hoofdverpleegkundige

Op welke afdeling binnen het Jessa Ziekenhuis werkt u?

- Abdominale heelkunde
- Borstkliniek
- Cardiologie
- Dermatologie
- Diëtiëk
- Endocrinologie
- Fysische geneeskunde & revalidatie
- Gastro-enterologie
- Geriatrie
- Gynaecologie
- Hematologie
- Infectieziekten en immuniteit
- Intern vervoer
- Kinder- en jeugdgeneeskunde
- Nefrologie & dialyse
- Neonatologie
- Neurochirurgie
- Oftalmologie
- Oncologie
- ORL
- Orthopedie
- Palliatieve zorgen
- Plastische- en reconstructieve heelkunde
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Raadplegingen
- Radiotherapie (LOC)
- Reumatologie
- Revalidatie
- Spoedgevallen
- Stomatologie-Maxillo faciale heelkunde
- Tandheelkunde
- Urologie
- Vasculaire heelkunde
- Verloskunde en kraamafdeling
- Andere: _____

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik voel me verantwoordelijk voor de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb een gevoel van verantwoordelijkheid voor de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het gevoel dat de patiënten die ik verzorg, MIJN patiënten zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het gevoel dat de problemen van de patiënt ook mijn problemen zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik kan kiezen op welke manier ik mijn werk doe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan mijn eigen keuzes maken in mijn werk zonder bemoeienis van het management.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb veel onafhankelijkheid en vrijheid om te beslissen hoe ik mijn werk doe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb de vrijheid om mijn taken zelf te plannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan zelf beslissingen nemen over patiënten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik voel me zeer bekwaam wanneer ik aan het werk ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meestal krijg ik een gevoel van voldoening van mijn werk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer ik aan het werken ben, voel ik me vaak niet erg competent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik vind dat mijn werk past in het groter geheel van het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel dat de verschillende afdelingen van het Jessa Ziekenhuis in elkaar passen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben van mening dat mijn werk sterk gerelateerd is aan dat van anderen in het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
In onze afdeling, kunnen we kiezen op welke manier we ons werk doen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, kunnen we onze eigen keuzes maken in ons werk, zonder bemoeienis van het management.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, hebben we veel onafhankelijkheid en vrijheid om te beslissen hoe we ons werk doen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, hebben we de vrijheid om onze taken zelf te plannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, kunnen we zelf beslissingen nemen over patiënten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Onze afdeling voelt zich zeer bekwaam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meestal krijgt onze afdeling een gevoel van voldoening van ons werk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onze afdeling voelt zich vaak niet erg competent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
In onze afdeling, vinden we dat ons werk past in het groter geheel van het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, voelen we dat de verschillende afdelingen van het Jessa Ziekenhuis in elkaar passen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In onze afdeling, zijn we van mening dat ons werk sterk gerelateerd is aan dat van anderen in het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat u de volgende dingen zal doen.

Hoe waarschijnlijk is het dat u...

	Zeer onwaarsch.	Onwaarsch.	Eerder onwaarsch.	Noch waarsch., noch onwaarsch.	Eerder waarsch.	Waarsch.	Zeer waarsch.
uw kwaliteitsdoelen behaalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alle taken vervult die van u verwacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alle aan u toebedeelde zorgtaken naar behoren uitvoert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patiënten helpt met de dingen die van u verwacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat u de volgende dingen zal doen.

Hoe waarschijnlijk is het dat u...

	Ze er on waarsch.	On waarsch.	Eer der on waarsch.	Noch waarsch., noch on waarsch.	Eer der waarsch.	Waarsch.	Ze er waarsch.
verder gaat dan uw verplichtingen om patiënten te helpen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
op uw eigen manier aan de wensen van de patiënten tegemoet komt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patiënten helpt met problemen die buiten uw takenpakket liggen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vrijwillig patiënten helpt door verder te gaan dan de formele jobvereisten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat u de volgende dingen zal doen.

Hoe waarschijnlijk is het dat u...

	Ze er on waarsch.	On waarsch.	Eer der on waarsch.	Noch waarsch., noch on waarsch.	Eer der waarsch.	Waarsch.	Ze er waarsch.
anderen vertelt dat het Jessa Ziekenhuis een goede plaats is om te werken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
goede dingen zegt over het Jessa Ziekenhuis tegen anderen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
het Jessa Ziekenhuis op een gunstige manier voorstelt aan anderen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

vrienden en familie voorstelt om het Jessa Ziekenhuis te kiezen wanneer dit nodig is?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Gelieve aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat u de volgende dingen zal doen.

Hoe waarschijnlijk is het dat u...

	Ze er on waarsch.	On waarsch.	Eer der on waarsch.	Noch waarsch., noch on waarsch.	Eer der waarsch.	Waarsch.	Ze er waarsch.
de zorgprocedures nauwkeurig volgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problemen en verzoeken van patiënten tijdig opvolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
taken zonder fout uitvoert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
een positieve attitude hebt op het werk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ongeacht de omstandigheden, vriendelijk en respectvol omgaat met patiënten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zorgvuldig gemaakte beloftes aan patiënten opvolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de tijd neemt om de noden van elke patiënt te begrijpen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat u de volgende dingen zal doen.

Hoe waarschijnlijk is het dat u...

	Zeer onwaarsch.	Onwaarsch.	Eerder onwaarsch.	Noch waarsch., noch onwaarsch.	Eerder waarsch.	Waarsch.	Zeer waarsch.
constructief suggesties doet om de zorgverlening te verbeteren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ideeën deelt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
creatieve oplossingen voorstelt om problemen van patiënten op te lossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
collega's aanmoedigt om ideeën en suggesties voor verbetering te delen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In de volgende secties wordt verwezen naar (zorg)procedures. Een (zorg)procedures is een reeks voorop vastgelegde instructies die in een bepaalde volgorde moeten worden uitgevoerd. Binnen het Jessa Ziekenhuis hebben deze voorgeschreven procedures veelal betrekking op zorgactiviteiten.

Er worden eveneens vragen gesteld over de formeel opgestelde prestatiedoelen, dit zijn de vooraf vastgelegde doelstellingen opgesteld door uw leidinggevende. Op basis hiervan worden uw prestaties geëvalueerd.

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Het ziekenhuis hanteert formele processen om kwaliteitsdoelen voor medewerkers voorop te stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende stelt specifieke kwaliteitsdoelen op met betrekking tot zorgverlening.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn uitdrukkelijk, intern gepubliceerde prestatiedoelen voor de (zorg)medewerkers.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende gebruikt vastgestelde regels en procedures om doelen betreffende de zorgverlening voorop te stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Er wordt zorgvuldig toezicht gehouden op de mate waarin ik de gevestigde zorgprocedures opvolg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De procedures om een bepaalde taak uit te voeren zijn expliciet gereguleerd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende houdt toezicht op hoe ik de zorgprocedures uitvoer als de gewenste resultaten niet behaald worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik krijg regelmatig feedback op hoe ik mijn prestatiedoelen moet verwezenlijken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen. Mijn leidinggevende...

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
geeft beloningen voor zorgkwaliteit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
laat ons excellente kwaliteit vieren door middel van beloningssystemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakt duidelijk wat iemand kan verwachten wanneer prestatiedoelen bereikt worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakt duidelijk dat hij/zij tevreden is wanneer ik de verwachtingen in los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen. In de afdeling waar ik werk...

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
hebben medewerkers de vaardigheden om patiëntgericht te zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
doen medewerkers suggesties over hoe patiëntgerichtheid verbeterd kan worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krijgen medewerkers erkenning voor het patiëntgericht zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krijg ik steun van collega's waardoor ik kan uitblinken in patiëntgericht zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wordt patiëntgericht zijn gesteund door het afdelingshoofd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
worden medewerkers aangemoedigd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

om patiëntgericht te zijn. worden de nodige middelen (zoals tools, technologie en brochures) ter beschikking gesteld om patiëntgerichtheid te ondersteunen.	○	○	○	○	○	○	○
--	---	---	---	---	---	---	---

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik heb onvoldoende tijd voor patiënten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb voldoende ruimte in mijn agenda om patiënten optimaal te helpen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou andere taken niet af krijgen indien ik patiënten de best mogelijke zorg zou bieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Mijn leidinggevende heeft een visie die hij wil bereiken met creatieve ideeën.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende komt steeds met nieuwe ideeën om het ziekenhuis klaar te maken voor de toekomst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende kan me motiveren door te benadrukken hoe belangrijk mijn job is.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende is een zeer goede publieke spreker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik heb vertrouwen in mijn bekwaamheid om deze job te doen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben zelfverzekerd over mijn vaardigheden om deze job te doen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb de vaardigheden onder de knie die nodig zijn voor deze job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
In het algemeen ben ik zeer tevreden met deze job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben in het algemeen tevreden met de dingen die ik moet doen in deze job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik denk er vaak aan om ontslag te nemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gelieve aan te geven in welke mate u al dan niet akkoord bent met onderstaande stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik vind dat mijn waarden en de waarden van het Jessa Ziekenhuis erg gelijkend zijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben trots om aan andere mensen te zeggen dat ik deel ben van het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geef om het lot van het Jessa Ziekenhuis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Heel erg bedankt dat u tijd vrijmaakte om deze vragenlijst in te vullen.

Nog een prettige dag gewenst!

Bijlage 7: Discriminant validiteit

Agency Control	Ambts-terminijn		Internal Job Influence		MW Leertijd		MW Autonomie		MW Competentie		MW Verbondenheid		Organizational Commitment		Perceived Service Climate		Team-competentie		Team-verbondenheid					
	Agency Control	Ambts-terminijn	Internal Job Influence	Internal Job Satisfaction	MW Leertijd	MW Autonomie	MW Competentie	MW Verbondenheid	Organizational Commitment	Perceived Service Climate	Team-competentie	Team-verbondenheid	Agency Control	Ambts-terminijn	Internal Job Influence	Internal Job Satisfaction	MW Leertijd	MW Autonomie	MW Competentie	MW Verbondenheid	Organizational Commitment	Perceived Service Climate	Team-competentie	Team-verbondenheid
Ambtsstermijn	0,13																							
ERR	0,29	0,09																						
Geslacht	0,08	0,06	0,08																					
IRB	0,42	0,10	0,45	0,23																				
Internal Influence	0,39	0,17	0,41	0,02	0,53																			
Job Satisfaction	0,40	0,12	0,43	0,18	0,46	0,43																		
Leertijd	0,12	0,77	0,11	0,02	0,09	0,16	0,20																	
MW Autonomie	0,28	0,16	0,26	0,13	0,16	0,24	0,35	0,06																
MW Competentie	0,26	0,18	0,47	0,15	0,63	0,54	0,85	0,30	0,40															
MW Verbondenheid	0,28	0,13	0,34	0,12	0,27	0,56	0,61	0,24	0,24	0,58														
Organizational Commitment	0,48	0,05	0,32	0,14	0,38	0,53	0,76	0,19	0,29	0,42	0,72													
Patient Stewardship Control	0,24	0,06	0,34	0,14	0,24	0,22	0,23	0,07	0,36	0,33	0,30	0,19												
Perceived Service Climate	0,64	0,17	0,52	0,13	0,50	0,55	0,64	0,23	0,33	0,50	0,52	0,66	0,26											
Teamautonomie	0,37	0,19	0,26	0,09	0,18	0,37	0,32	0,15	0,94	0,32	0,27	0,39	0,22	0,43										
Teamcompetentie	0,28	0,03	0,32	0,13	0,42	0,27	0,52	0,09	0,20	0,77	0,47	0,47	0,16	0,59	0,35									
Teamverbondenheid	0,22	0,08	0,14	0,12	0,22	0,40	0,48	0,08	0,20	0,50	1,03	0,55	0,19	0,37	0,26	0,51								
Tijdgebrek	0,09	0,06	0,06	0,01	0,15	0,18	0,14	0,03	0,12	0,12	0,17	0,07	0,06	0,09	0,11	0,02	0,16							

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:
Patient Stewardship Control: Focus op het welzijn van de patiënt

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen:
handelsingenieur-marketing**
Jaar: **2017**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Peelmans, Lieze

Datum: **31/05/2017**