

# Interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Kwantitatief onderzoek onder verpleegkundigen naar samenwerking en leren op de werkvloer

**Jildert Beeksma**



**UMCG, Studentenbureau UMCG /studenten geneeskunde  
RUG, Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Sociologie**



**Groningen, 10 maart 2009**



Een kwantitatief onderzoek onder verpleegkundigen naar samenwerking en leren op de Werkvloer

Groningen, 10 maart 2009

Auteur

Studentnummer

Jildert Beekma

1419056

Afstudeerscriptie in het kader van

Sociologie

Gedrag- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

mw. Y. Talsma, coördinator studenten  
geneeskunde, Studentenbureau UMCG

Begeleiders

dr. J. Pols, Studentenbureau UMCG / afstuderen  
R. Wielers, GMW, Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

drs. R. van Dijk, coördinator initiële opleidingen,  
Studentenbureau UMCG

ISBN 978-90-8827-037-6  
NUR 756 sociologie algemeen  
Trefw Sociologie, Medische sociologie, Organisatiesociologie

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

## VOORWOORD

Deze scriptie is ter afsluiting van mijn studie Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Mijn afstuderen heeft zich niet alleen afgespeeld bij de faculteit, maar ook voor een groot deel bij het Universitair Medisch Centrum Groningen. Ik heb bij het Wenckebach Ontwikkelplatform van het UMCG mijn stage- en scriptiewerkzaamheden verricht. Het was een bewuste keuze en prettige ervaring eens buiten de faculteit aan een onderzoek te werken. Ook heb ik hierdoor mogen ervaren hoe het is om alle fasen (data verzameling, analyse en rapportage) van een onderzoek zelf te doorlopen. Daarnaast heb ik een klein graantje kunnen meepikken van hoe het is om in een andere omgeving te werken dan de faculteit.

Bij mijn scriptie heb ik hulp gehad van verschillende mensen.

Mijn beide begeleiders Jan Pols en Rudi Wielers hebben mij geholpen in praktisch alle fasen van het onderzoek. Ook heb ik steun gehad aan mijn medestudenten bij het Wenckebach Ontwikkelplatform. Daarnaast heb ik voor het benaderen van en het contact met mijn respondenten veel hulp gehad van coördinator initiële opleidingen Richard van Dijk van het Wenckebach instituut. Door dit contact is het gelukt om de lijstjes naar de verpleegkundigen kort te houden, waardoor de enquête een hoge respons had. Als laatste wil ik uiteraard de verpleegkundigen bedanken voor zowel de interviews, als het invullen van de enquêtes. Speciale dank ben ik verschuldigd aan de regieverpleegkundigen, die hielpen om de enquêtes over de afdelingen te verspreiden.

Jildert Beeksmā





## INHOUDSOPGAVE

1.	SAMENVATTING.....	1
2.	1 INLEIDING.....	3
	1.1 Aanleiding	3
	1.2 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	3
	1.3 Probleemstelling	4
	1.4 Opbouw scriptie	5
3.	2 THEORIE.....	7
	2.1 Verpleegkundigen en artsen door de tijd heen	7
	2.2 De relatie tussen arts en verpleegkundige	9
	2.3 Samenwerking op vier vlakken (afhankelijke variabele)	11
	2.4 Invloedsfactoren (onafhankelijke variabelen)	13
4.	3 DATA EN METHODE.....	17
	3.1 Data	17
	3.2 Methode	17
5.	4 RESULTATEN ONDERZOEKSVRAAG 1.....	21
	<i>Hypothese 1</i>	21
	<i>Hypothese 2</i>	21
	<i>Hypothese 3</i>	21
	<i>Hypothese 4</i>	22
6.	5 RESULTATEN ONDERZOEKSVRAAG 2.....	23
7.	6 CONCLUSIE & DISCUSSIE.....	27
	6.1 Conclusie	27
	6.3 Beperkingen onderzoek	28
	6.4 Aanbevelingen	29
8.	LITERATUURLIJST.....	31
9.	BIJLAGE 1 FREQUENTIE VERDELINGEN VARIABELEN.....	33
10.	BIJLAGE 2 BETROUWBAARHEIDSANALYSE JEFFERSON SCHAAL.....	36



11. BIJLAGE 3 CORRELATIETABELLEN .....	39
12. BIJLAGE 4 HYPOTHESE 1 .....	40
13. BIJLAGE 5 HYPOTHESE 2 .....	43
14. BIJLAGE 6..... 44	
15. BIJLAGE 7..... 45	
16. BIJLAGE 8 DE JEFFERSON VRAGENLIJST.....	46

## SAMENVATTING

In deze scriptie is kwantitatief onderzoek gedaan onder 215 verpleegkundigen in het Universitair Medisch Centrum in Groningen naar inter-professionele samenwerking met artsen. Twee onderwerpen worden besproken in het onderzoek: Inter-professionele samenwerking en leren op de werkvloer. Bij het eerste onderwerp stond de vraag welke factoren invloed hebben op inter-professionele samenwerking centraal. Voor de operationalisatie van het begrip inter-professionele samenwerking is gekozen om aansluiting te zoeken bij een bestaande meetschaal de "Jefferson scale of attitudes towards nurse physician collaboration". Deze betrouwbare en valide schaal meet samenwerking aan de hand van vier constructen: Relatie/educatie, roldefiniëring, autonomie en autoriteit. De verpleegkundigen scoorden hoog op de samenwerkingschaal, daarnaast is er een significant verband gevonden tussen werkervaring en de score op de samenwerkingschaal, en een marginaal significant verband tussen functie (plek in de verpleegkundige hiërarchie) en de samenwerkingschaal. Afdeling en vooropleiding bleken geen effect te hebben.

In de tweede plaats is onderzoek gedaan naar leren op de werkvloer. Hierbij is aan de respondenten gevraagd hoe vaak ze bepaalde handelingen leren aan en van artsen. Verpleegkundigen geven aan dat ze de gevraagde handelingen vaker aan dan van artsen leren. Na een Mokkenanalyse blijkt vervolgens dat artsen en verpleegkundigen elkaar eerder zaken leren over hoe ze te werk gaan dan dat er in wordt gegaan op communicatieproblemen.



## 1 INLEIDING

### 1.1 AANLEIDING

Onderzoek naar samenwerking tussen arts en verpleegkundige is relevant omdat het onderzoek een belangrijke rol speelt in de hedendaagse gezondheidszorg. Niet alleen is de samenwerking mede bepalend voor werktevredenheid, verloop en het oordeel over het werk, er zijn ook verbanden gevonden met kortere ligtijd, lagere mortaliteit, meer tevredenheid en minder negatieve uitkomsten voor patiënten. (Dougherty 2005, Baggs e.a 1994). De kwaliteit van de relatie tussen arts en verpleegkundige staat dus ook in verband met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat betere samenwerking zal leiden tot lagere kosten in de gezondheidszorg (Fagin 1992, Blegen e.a 1995). Los van de directe gevolgen van samenwerking is er ook een verband tussen samenwerking en tevredenheid van verpleegkundigen (Steinbrook 2002, Higgins 1998). Aangezien tevredenheid en personeelsverloop op de afdeling ook met elkaar in verband staan, is er ook een indirect effect van samenwerking: Goede samenwerking zou tekorten van verpleegkundigen kunnen reduceren door het terugdringen van verloop.

Gezien deze resultaten zou men verwachten dat samenwerking hoog op de prioriteitenlijst staat van de opleiding geneeskunde en verpleegkunde. Dit is echter niet het geval, opleidingen beperken zich vaak tot het aanleren van vakspecifieke kennis. Men denkt blijkbaar dat kennis over eigen vakgebied automatisch zal leiden tot goede samenwerking. Samenwerking wordt over het algemeen pas een punt van belang op het moment dat artsen en verpleegkundigen elkaar voor het eerst tegenkomen. Dit gebeurt voor de artsen tijdens de coschappen en voor de verpleegkundigen tijdens de stages. Dit is dan ook het

moment waarop blijkt dat de samenwerking vaak moeizaam is. Onderzoek onder co-assistenten wijst uit dat de artsen in opleiding (nog) niet begrijpen hoe ze moeten omgaan met verpleegkundigen. Co-assistenten geven onder andere aan dat ze niet weten wat de rol van de verpleegkundige precies is en snappen niet hoe ze hun voordeel kunnen doen met kennis van verpleegkundigen. Achteraf vinden artsen in opleiding zelf dat ze meer hadden kunnen leren als ze beter inzicht hadden gehad in de rol van de verpleegkundige (Stuurwold & de Vries 2007). Verpleegkundigen geven eveneens aan dat ze nauwelijks een beeld hebben van de arts in opleiding. Een situatie als deze roept vragen op over hoe het gesteld is met de samenwerking tussen arts en verpleegkundige. Deze scriptie zal proberen om voor één van de twee beroepsgeroepen duidelijkheid te scheppen over de houding tegenover samenwerking. Doel van de scriptie is om uit te zoeken welke factoren bij verpleegkundigen invloed hebben op de houding ten opzichte van interprofessionele samenwerking. Daarnaast zal ook een aspect van samenwerking verkend worden dat voor een academisch ziekenhuis specifiek van belang is; het leren op de werkvloer. Dit onderwerp zal aandacht krijgen door te onderzoeken hoe vaak bepaalde vaardigheden (aan)geleerd worden door verpleegkundigen aan artsen en vice versa.

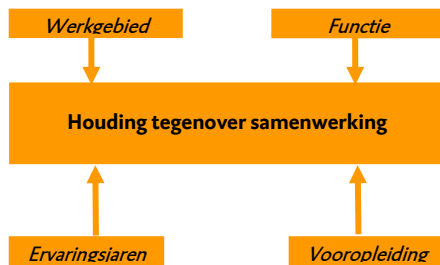
### 1.2 MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

De vraag welke factoren van invloed zijn op samenwerking voor verpleegkundigen is maatschappelijk relevant omdat het aantonen van deze invloed mogelijkheden biedt aanknopingspunten te vinden om samenwerking te verbeteren. Worden er aanknopingspunten gevonden dan is de volgende stap om uit te zoeken wat hier achter ligt. Met deze kennis kan men kijken of er in de opleiding of op de werkvloer veranderingen nodig zijn om samenwerking, en daarmee kwaliteit van zorg, te verbeteren. De wetenschappelijke relevantie ligt in het valideren van het meetinstrument. Om samenwerking te meten maak ik

gebruik van een meetinstrument voor samenwerking tussen arts en verpleegkundige dat nog niet eerder in Nederland is gebruikt. Over de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de schaal leg ik verantwoording af.

### 1.3 PROBLEEMSTELLING

Nu duidelijk is dat samenwerking tussen arts en verpleegkundige een rol speelt in de hedendaagse gezondheidszorg is het belangrijk te weten hoe deze beïnvloed wordt. De eerste onderzoeksvraag luidt dan ook “welke factoren hebben bij verpleegkundigen invloed op de houding tegenover interprofessionele samenwerking”. Er is gekozen om te kijken naar de volgende factoren: werkgebied, functie, ervaringsjaren en vooropleiding (figuur 1.1). De onderste factoren uit het model: ervaringsjaren en vooropleiding spreken voor zich. Het werkgebied heeft betrekking op het soort afdeling waar men werkt en met welk specialisme men te maken heeft. De functie bepaalt de positie van de verpleegkundige in de hiërarchie op de verpleegafdeling. In de theorieparagraaf komt op alle factoren terug en bespreekt waarom deze invloed kan hebben op de samenwerking.



**Figuur 1.1:** factoren van invloed op houding verpleegkundigen tegenover interprofessionele samenwerking

Om de houding ten opzichte van samenwerking te meten is er voor gekozen om aansluiting te zoeken bij een

bestaand meetinstrument. Bij de keuze voor een meetschaal is gebruik gemaakt van verschillende psychometrische artikelen (Dougherty & Larson 2005, Hojat e.a 1999). Naast de psychometrische aspecten als betrouwbaarheid en validiteit is gekozen voor een schaal die in de operationalisatie rekening houdt met de belangrijke thema's voor deze onderzoeksvraag. Belangrijk is onder andere dat er gekeken wordt naar inter-professionele samenwerking, maar ook dat de verpleegkundige onderwerp van studie is. Als laatste moet de vragenlijst praktisch bruikbaar zijn voor afname in het UMCG. De Jefferson scale of attitudes towards physician – nurse collaboration kwam hier als beste naar voren. De Jefferson schaal is zowel geschikt voor afname bij artsen als verpleegkundigen, gaat in op inter-professionele aspecten, en is snel genoeg af te nemen om afdelingen niet teveel te belasten. De Jefferson schaal operationaliseert samenwerking aan de hand van vier constructen: “Autoriteit van de arts”, “autonomie van de verpleegkundige”, “roldefiniëring” (gedefinieerd als care versus cure) en “gedeelde educatie en relatie”. De Jefferson schaal is gecreëerd om verschillen in houding tegenover samenwerking bloot te leggen. De schaal is meerdere malen buiten Nederland gebruikt onder andere om verschillen aan te tonen tussen artsen en verpleegkundigen, landen en ziekenhuizen, (Hojat e.a 1999). Daarnaast is de schaal geschikt om de effectiviteit van samenwerkingsprogramma's te meten. De schaal is in een psychometrisch artikel zowel betrouwbaar als valide bevonden (Dougherty & Larson 2005).

De tweede onderzoeksvraag gaat over een specifiek element van samenwerking: te weten het leren van elkaar op de werkvloer. Deze onderzoeksvraag is explorierend van aard en gaat in op de vraag “wat leren verpleegkundigen aan/van artsen”. Er wordt onderzocht wat verpleegkundigen zowel van als aan artsen leren. Het gaat hierbij om zowel artsen in opleiding als afgestudeerde artsen. Deze onderzoeksvraag is van belang omdat zowel artsen als verpleegkundigen na het begin van de opleiding verder leren op de werkvloer.

#### 1.4 OPBOUW SCRIPTIE

De scriptie wordt als volgt opgebouwd. In paragraaf twee wordt als eerste de relatie tussen arts en verpleegkundige in historisch perspectief geplaatst (2.1). Vervolgens wordt aan de hand van een sociologisch model van Mastenbroek een inleiding gegeven in de relatie tussen arts en verpleegkundige (2.2). Daarna zal het begrip samenwerking worden gedefinieerd aan de hand van de vier aspecten uit de Jefferson schaal (2.3). Langs deze vier begrippen zal het concept samenwerking uiteindelijk geoperationaliseerd worden. Als laatste wordt in de theorieparagraaf aandacht besteed aan de onafhankelijke variabele; de verschillende factoren die voor verpleegkundigen invloed kunnen hebben op de samenwerking worden besproken (2.4). Hierna volgt het methodologie hoofdstuk waar achtereenvolgens de data (3.1) en de methode (3.2) zullen worden besproken. Daarna volgen de resultaten (4.1) en conclusie / discussie paragraaf (4.2).



## 2 THEORIE

### 2.1 VERPLEEGKUNDIGEN EN ARTSEN DOOR DE TIJD HEEN

Om een beeld te krijgen van de relatie tussen arts en verpleegkundige is het belangrijk om bekend te zijn met de geschiedenis van de beroepsgroep. De ontwikkeling van het verpleegkundige beroep verklaart veel over de huidige situatie op de werkvloer. Aan de hand van het proefschrift Dwaallichten, tolwegen en zangsporen van Petrie Roodbol (Roodbol 2005) zullen de ontwikkelingen tussen arts en verpleegkundigen beschreven worden.

Eigenlijk kan er pas vanaf de 19e eeuw gesproken worden over verpleegkunde als een beroep. Voor die tijd was de verpleging vooral liefdadigheid. De reden voor professionalisering was dat na twee eeuwen van wantoestanden in de “gasthuizen” men de situatie niet langer acceptabel vond. Vooral welgestelde burgers waren bang om behandeld te worden in deze gasthuizen en maakten zich zorgen of er wel goede verpleegsters te vinden waren voor het kopen van thuiszorg. Deze zorgen leidden uiteindelijk tot een eigen opleiding en zelfs een eigen ziekenhuis. De vraagprijs voor deze zorg was echter zo hoog dat er al snel behoefte kwam aan ziekenhuizen voor minder welgestelden. Dit leidde uiteindelijk tot het ontstaan van het burgerziekenhuis in Amsterdam (1879). Er kwamen steeds meer van dergelijke initiatieven en vanaf dat moment wordt de gehele verpleging al snel betaald werk. Hier kwam bij dat door de technologische vooruitgang artsen behoefte hadden aan deskundige hulp waar ze ook voor wilden betalen. Een paar jaar hiervoor was men al begonnen met “het leren in de praktijk” in plaats van in de collegebanken en ook dit had een groot effect. De hoogleraren en medische studenten kwamen op deze manier de gasthuizen binnen en kregen het hier steeds meer voor het zeggen.

In tegenstelling tot de verpleegkunde is er voor de geneeskunde niet echt een beginpunt van het beroep aan te wijzen. Geneeskunde gaat terug tot aan de tijd dat het werk van de geneesheer nog weinig te maken had met het werk van de hedendaagse artsen. Wel is duidelijk dat in de 19e en 20e eeuw de macht van de arts aanzienlijk toeneemt, de arts wordt gezien als een professional. Door de technologische vooruitgang ontstonden noodgedwongen de specialisten en in 1854 kregen universitair geschoolde medici en specialisten een monopolie op de geneeskunde. Dit gebeurde door middel van de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG), deze wet verbood het om geneeskunde te bedrijven tenzij men arts was. Dit gold dus ook voor verpleegkundigen. Een belangrijk verschil tussen de beroepsgroepen is dat de verpleegkunde bij het ontstaan niet handelde volgens de methodiek van de professional (diagnosticeren, infereren en behandelen; Abott 1988), maar intuïtief handelde. Om zich als beroep te ontwikkelen heeft de verpleegkunde gebruik gemaakt van leemtes in de zorg en niet van een eigen (theoretische) basis. Dit is ook de reden waarom verpleegkundigen volgens de wet geen geneeskunde mogen bedrijven. Verpleegkunde is voortgekomen uit de vraag naar goede zorgverlening en de hulp die artsen nodig hadden.

Nadat in de 19e eeuw verplegen een beroep was geworden ontstond de domeinstrijd met artsen. Deze domeinstrijd ging over welke handeling nu tot welke beroepsgroep behoorde. Verpleegkundigen probeerden een eigen domein te claimen buiten de geneeskunde. De artsen voelden zich door de strijd om handelingen bedreigd en waren bang de macht te verliezen over het gebied waar ze al jaren de autoriteit waren. Ze probeerden de verpleging te onderwerpen door het juist wel te koppelen aan de geneeskunde. Zo kon er namelijk niet meer gesproken worden over een apart domein en is de hiërarchie duidelijk: de arts is de baas. Er ontstond een afhankelijkheidsrelatie waarbij de verpleegkundige zich achtergesteld voelde. Verpleegkundigen probeerden deze situatie vooral te



veranderen door het toe-eigenen van medisch technische handelingen om zo een hogere status te krijgen. Deze technische handelingen kwamen binnen bereik van de verpleegkundigen omdat artsen gestandaardiseerde handelingen gingen afstoten naar de verpleegkunde. Deze afstoting doet de verpleegkunde goed, de opleidingen veranderden en ook het salaris ging omhoog. Ook hadden de nieuw opgeleide verpleegkundigen een hogere status dan de oude inservice verpleegkundigen die opgeleid waren in het ziekenhuis.

Net als bij de artsen ontstond er in de jaren zestig van de 20e eeuw specialisatie bij de verpleegkundigen. Dit leidde er ook toe dat de verzorgende taken steeds meer naar de achtergrond verdwenen en de technische handelingen meer naar voren kwamen. De verpleegkundige kwam nog dichterbij de medicus te staan. De langzame ontwikkeling van verpleegkundigen naar steeds technischer handelingen heeft twee kanten: Aan de ene kant werd het beroep professioneler, wat gezorgd heeft voor een hogere status en meer loon. Aan de andere kant kwam de vorming van het beroep steeds meer in handen van de artsen. Na de Tweede Wereldoorlog leek de verpleegkunde dan ook langzaam maar zeker te zijn opgegaan in de geneeskunde. De domeinstrijd lijkt in de jaren zestig gewonnen door de medici omdat de taken van de verpleging nu werden bepaald door de artsen (Roodbol 2005).

De al eerder genoemde WUG versterkte de overheersende rol van de geneeskunde maar belemmerde de artsen ook om technische handelingen door te schuiven naar verpleegkundigen omdat verpleegkundigen deze handelingen niet mochten uitvoeren. Dit was ongewenst en leidde in 1952 tot “de verlengde arm constructie” die stelde dat “de arts verantwoordelijk was voor de indicatiestelling en de juiste formulering van de opdracht en dat de verpleegkundige verantwoordelijk kon worden gesteld voor de juiste uitvoering waarbij toezicht en tussenkomst van de arts mogelijk moest zijn”. Artsen konden nu wel afstoten maar de verlengde arm leidde tot vragen over welke handelingen nu bedoeld werden en wat de voorwaarden waren met betrekking tot scholing. Uiteindelijk ontstonden hiervoor bekwaamheidsverklaringen: dit hield in dat het ziekenhuis

door een hoofdverpleegkundige en een arts liet verklaren dat een verpleegkundige de kennis en vaardigheden bezat om een handeling te doen waarna de verpleegkundige bekwaam werd verklaard. De verpleegkundige beroepsgroep reageerde verdeeld op de constructie vanwege de angst voor de strafrechtelijke en arbeidsrechtelijke gevolgen. Voor het eerst was er sprake van verdeling binnen de beroepsgroep over het uitvoeren van medische handelingen. Er waren verpleegkundigen die medische handelingen tot hun taken vonden behoren en verpleegkundigen die vonden dat dit het domein van de arts was. Ondanks de verdeeldheid, was er na de doorvoeringen die de verpleegkunde sinds de Tweede Wereldoorlog over zich heen had laten komen, hernieuwde strijdlust. De domeinstrijd tussen arts en verpleegkundige laaide opnieuw op.

De nieuwe strijd voerden verpleegkundigen door zich te professionaliseren. Er kwam steeds meer commentaar vanuit de verpleegkunde op de hiërarchische manier van leidinggeven. Een voorbeeld hiervan is dat in plaats van taakgerichte organisatiemodellen, patiëntgerichte modellen werden ontwikkeld. Werden voorheen alleen taken uitgedeeld aan verpleegkundigen waarbij de hoofdverpleegkundige coördineerde, nu werden groepen patiënten toegewezen aan verpleegkundigen. De verpleegkundige raakte meer betrokken bij het hele proces. Ook werd voor het eerst nagedacht over de effecten van het verdelen van taken, hiervoor sloten verpleegkundigen aan bij bedrijfskundige en sociologische theorieën. Nog een stap in de richting van een eigen domein werd gezet bij het ontstaan van verpleegwetenschap. De voorzet hiervoor was al gegeven bij het invoeren van het verpleegplan. Door systematisering van handelen via een verpleegplan kwamen verpleegkundigen een stap dichterbij de werkwijze van een professional (diagnosticeren/classificeren, infereren en behandelen). In plaats van intuïtief en impulsief te handelen werd er procesmatig gewerkt. Door deze werkwijze konden verantwoordelijkheden worden toegekend en werd het proces transparanter. Deze werkwijze maakte het mogelijk verpleegkundige behandeling wetenschappelijk te bestuderen. Door de nu aanwezige (wetenschappelijke)

basis kan gesteld worden dat het handelen van verpleegkundigen gebaseerd is op theorie. En dit is van belang om de verpleegkundige te profileren als professional.

De laatste belangrijke ontwikkeling is de invoering van de Wet Beroepen Individuele gezondheidszorg (BIG) in 1997. Deze wet zorgde ervoor dat geneeskundig handelen meer werd vrijgelaten. Nog steeds mogen verpleegkundigen geen indicatie stellen voor een behandeling, maar zij mogen deze behandeling wel uitvoeren als ze bekwaam zijn. Bekwaamheid wordt verkregen door scholing met daarbij een praktijktoets die regelmatig wordt herhaald; daarnaast is de beroepsbeoefenaar zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de bekwaamheden. Voor een aantal handelingen worden de verpleegkundigen functioneel zelfstandig bevoegd wat betekent dat er bij deze handelingen geen tussenkomst van de arts meer nodig is. Ook hoeft degene die handelingen delegeert niet langer zelf bekwaam te zijn in deze handeling. Dit geeft verpleegkundigen niet alleen de mogelijkheid taken van artsen over te nemen, maar er ontstaat ook de mogelijkheid handelingen uit te voeren die alleen zij beheersen en de arts niet. Zo kan de verpleegkundige over deze handelingen zeggenschap krijgen en een eigen domein creëren. Al met al is de verpleegkundige er in geslaagd zich te professionaliseren. De werkwijze is omgeslagen van intuïtief naar procesmatig en professioneel werken, ook al is nog onduidelijk of verpleegkundigen ooit zeggenschap zullen krijgen over de door artsen gedelegeerde taken.

## 2.2 DE RELATIE TUSSEN ARTS EN VERPLEEGKUNDIGE

Een goede relatie heeft een positief effect op de samenwerking, maar dat wil niet zeggen dat “een goede relatie” en “een samenwerkingsrelatie” hetzelfde betekenen. Een goede relatie met artsen kan volgens verpleegkundigen van alles betekenen. Dit kan variëren van dat artsen niet schreeuwen tegen verpleegkundigen, tot het aanwezig zijn als er om hen gevraagd wordt. Ook

hechten verpleegkundigen er waarde aan als artsen luisteren naar hun meningen en adviezen (Kramer 2003). Vanwege de diverse visies op een goede relatie is het belangrijk om gestructureerd naar de relaties binnen het ziekenhuis te kijken. Er zijn verschillende modellen in de organisatiesociologie om gestructureerd naar een organisatie te kijken. In deze scriptie zal het “partijen in een systeemmodel” van Mastenbroek (Mastenbroek 1991) gebruikt worden om een beeld te scheppen van de relaties tussen arts en verpleegkundige in het ziekenhuis. Mastenbroek beschrijft een werkrelatie aan de hand van vier relatieaspecten: Hij onderscheidt instrumentele, sociaal emotionele, macht en onderhandelingsaspecten.

De instrumentele relaties zijn het onderwerp van de meeste klassieke organisatiesociologische studies. Het gaat hier om de manier waarop werk in de organisatie is verdeeld en op elkaar is afgestemd. De organisatiestructuur, communicatiepatronen, besluitvorming zijn hierbij van belang. Een voorbeeld hiervan uit de inleidende interviews onder verpleegkundigen is dat communicatie en het “begrijpen” van beleid een belangrijke rol spelen voor verpleegkundigen. Deze twee punten staan in verband met elkaar. Communicatieproblemen tussen arts en verpleegkundige ontstaan vaak uit onwetendheid over elkaars beleid. Zo kunnen er problemen ontstaan op het moment dat een arts niet goed op de hoogte is van de dagelijkse routine op een verpleegafdeling. Informatie wordt dan op het verkeerde moment gegeven met als gevolg dat voorbereidende handelingen voor een medische procedure of ontslag niet op tijd kunnen worden ingezet door de verpleging. Verpleegkundigen hebben het gevoel dat het oplossen van dergelijke misverstanden vooral bij hen terecht komt. Dat wil zeggen dat de verpleegafdeling de buffer vormt die ervoor zorgt dat miscommunicatie niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Dit is ook een van de redenen waarom de relatie met artsen voor verpleegkundigen een bezorger van stress lijkt te zijn. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur (Tabak en Koprak 2007).

In de instrumentele relaties ligt ook de rolverdeling besloten. Was voorheen de rolverdeling vrij duidelijk: de arts was de behandelaar (cure) en de verpleegkundige de verzorger (care), nu is de relatie veel ingewikkelder. De instrumentele relaties zijn door de jaren heen veel complexer geworden door de professionalisering van de verpleegkunde.

Ten tweede noemt Mastenbroek sociaal-emotionele relaties. De sociaal-emotionele relaties binnen een organisatie zijn de gevoelsmatige betrekkingen tussen personen. Er ontstaan zowel persoonsgerichte beelden, die leden van de organisatie van elkaar hebben als beelden over groepen binnen de organisatie. Binnen deze groepen kunnen eigen methodes en denkwijzen ontstaan wat weer tot conflicten met andere groepen kan leiden.

De dominante opvatting over conflicten in de organisaties is dat conflicten niet ontweken of aangemoedigd maar “gemanaged” moeten worden (Smith e.a 2001). Dat wil zeggen dat conflicten niet te voorkomen zijn en daarom niet ontweken moeten worden. De conflicten moeten wel worden uitgesproken zonder dat de zaak escaleert. Uit onderzoek blijkt echter dat de relatie tussen arts en verpleegkundige gekenmerkt wordt door het uit de weg gaan van conflicten. Dit klinkt misschien positief maar dit valt in de praktijk tegen. Kijkend naar onderzoek over conflictmanagement kiezen zowel verpleegkundigen als artsen hier voor een verlies – verlies situatie (Hendel 2007). Het conflict kabbelt namelijk voort en wordt slechts tijdelijk uit de weg gegaan. Het probleem met deze strategie is dat vroeg of laat de arts en de verpleegkundige opnieuw tegen hetzelfde probleem aanlopen.

Al ligt in werkelijkheid het ontstaan van de scheiding tussen verpleegkundigen en artsen wat genuanceerder, er kan gesproken worden over twee groepen waartussen een afstand bestaat. Dit heeft voor een deel te maken met de ontkenning van artsen van het sociaal-emotionele relatieaspect. Artsen vinden de instrumentele relatie vaak de enige noodzakelijke (Tabak & Koprak 2007). Dit is ook begrijpelijk omdat dit het domein is waarin zij de dominante actor zijn. Verpleegkundigen denken hier vaak anders over. Zo geven verpleegkundigen aan dat er soms

vanuit de arts geen ruimte is om handelingen uit te leggen aan de verpleegkundige terwijl hier wel om gevraagd wordt. Dit is een voorbeeld waarbij de arts louter interesse heeft in de instrumentele dialoog. Het is echter de vraag of een dergelijke omgang de uiteindelijke samenwerking of de kwaliteit van zorg ten goede komt. Wat de scheiding tussen arts en verpleegkundige nog extra beladen maakt is dat de relatie niet gelijkwaardig is door de machtsverhouding binnen het ziekenhuis.

Dat brengt ons bij het derde aspect: de macht en afhankelijkheidsrelaties. Dit aspect gaat over de mate waarin men binnen een relatie invloed kan uitoefenen op een ander. Men probeert over het algemeen het vermogen om invloed uit te oefenen te vergroten en zo de positie ten opzichte van de ander te verbeteren. Het is het strategische en politieke spel. Het gaat hier om strategieën op lange termijn waarbij de gedragingen en acties vaak niet openlijk plaats vinden. De strategie heeft veelal te maken met het verkrijgen van status en prestige binnen de organisatie. Dit komt bij verpleegkundigen de laatste jaren tot uiting in de professionalisering. Wat het machtsaspect zo belangrijk maakt is dat het de vinger legt op de spanning tussen wederzijdse afhankelijkheid (samenwerking) en individuele autonomie van partijen. Deze spanning is duidelijk aanwezig in de relatie tussen arts en verpleegkundige omdat de arts veel invloed heeft op de verpleegkundige. Het macht en afhankelijkheid aspect heeft een dynamisch karakter wat wil zeggen dat de machtsverhoudingen in een organisatie altijd in beweging zijn. Partijen zijn voortdurend bezig met positieversterking en –behoud. Waarbij we de eerste vooral bij verpleegkundigen tegenkomen en de tweede bij artsen. De machtsverhouding is te zien als een balans.

Als laatste zijn er de onderhandelingsrelaties. Onderhandelingsrelaties gaan over het verdelen van schaarse goederen binnen de organisatie. Het gaat hier om besluiten binnen de organisatie over bijvoorbeeld personeelsplaatsen, ruimte, budgetten etc. De onderhandelingsrelaties verschillen van de machtsrelaties omdat de onderhandeling openlijk plaats vindt.

Goede samenwerking gaat gepaard met een goede relatie op deze vlakken. Als medici een goede samenwerking tussen arts en verpleegkundige moeten omschrijven dan wordt gesproken over termen als wederzijds respect (sociaal emotioneel aspect) en goede communicatie. Deze termen zijn echter vrij abstract, en de definitie ervan is in de praktijk onduidelijk. Het probleem is vaak terug te brengen tot de constatering dat verpleegkundigen communiceren op een ander niveau dan taken en instructies (instrumentele relatie) van belang vinden, maar artsen vaak vinden dat de instrumentele dialoog het enige noodzakelijke is (Tabak & Koprak 2007). Medische experts erkennen dus het belang van communicatie en wederzijds respect; als echter de samenwerking louter vanuit de kant van de verpleegkundige wordt bekeken dan brengen de verpleegkundigen zelf “macht” naar voren als de meest belangrijke component in de relatie (Hendel 2007, Kramer 2003). De machtscomponent in de relatie is belangrijk omdat het de andere aspecten van de relatie beïnvloedt (Mastenbroek 1991, Thomson 2007). Van de vier relatieaspecten zijn dus de instrumentele, sociaal emotionele en de machtsaspecten het meest belangrijk.

### 2.3 SAMENWERKING OP VIER VLAKKEN (AFHANKELIJKE VARIABELE)

Er zijn verschillende manieren om de afhankelijke variabele “samenwerking tussen arts en verpleegkundige” te benaderen. Samenwerking is in onderzoek al onder de loep genomen als een logistiek proces (Adams e.a 1995), door te kijken naar beeldvorming (Oosterhof 2008), vanuit gender-perspectief (Stein 1990), op het gebied van conflicten, leiderschap, effectiviteit en tevredenheid (Shortell & Rousseau 1989) en de lijst is nog steeds groeiende. In deze scriptie staat inter-professionele samenwerking centraal. De inter-professionele samenwerking wordt benaderd aan de hand van de vier concepten uit de Jefferson schaal. Zoals eerder genoemd meet deze schaal de houding van verpleegkundigen op de

vier vlakken: Roldefiniëring, relatie/educatie, autonomie van de verpleegkundige en de autoriteit van de arts. Er zal in de methode paragraaf verantwoording worden afgelegd over de keuze voor juist deze operationalisatie. Binnen deze vier vlakken zullen drie van de vier aspecten van Mastenbroek terugkomen. De instrumentele relaties komen terug in de roldefiniëring, de relatie/educatie en de machtsrelaties zijn terug te vinden in de autonomie van de verpleegkundige en de autoriteit van de arts. De sociaal emotionele component loopt eigenlijk door deze aspecten heen en krijgt geen specifieke plek in het model. De onderhandelingsrelaties komen in het model niet terug en zullen ook niet geoperationaliseerd worden. Al zijn onderhandelingsrelaties ongetwijfeld van toepassing tussen arts en verpleegkundigen ze zijn niet van belang om de samenwerking tussen arts en verpleegkundige te onderzoeken.

#### *Roldefiniëring (care & cure)*

Roldefiniëring en rolonduidelijkheid komen in de literatuur over samenwerking in het ziekenhuis vaak voor omdat rollen door de jaren onduidelijker zijn geworden. De scheiding was goed aan te brengen in de tijd dat verpleegkundigen geen medische handelingen verrichtten en assistent waren van de arts, maar door professionalisering van het verpleegkundig beroep wordt deze tweedeling steeds onduidelijker. Zeker nu er recentelijk functies zijn gekomen als de nurse-practitioner die niet alleen op grote schaal handelingen maar ook hele taakgebieden overnemen van de arts (Roodbol 2005). De gevolgen zijn dat interprofessionele samenwerking de plaats inneemt van samenwerking waarbij er één in dienst staat van de ander. In termen van Mastenbroek is de instrumentele relatie complexer geworden. Zoals in de geschiedenisparagraaf al beschreven staat, verschillen verpleegkundigen van mening over de wenselijkheid van de uitbreiding van het verpleegkundige domein. Daarom is roldefiniëring van belang voor onderzoek naar de houding ten opzichte van samenwerking. Bij de operationalisatie van roldefiniëring gaat het om de houding van de verpleegkundige ten opzichte van twee

vormen van domeinverbreding. Het gaat zowel om verbreding van de verpleegkunde door het uitvoeren van taken in het domein van de arts (zoals door artsen afgestoten handelingen) als om verbreding binnen het eigen domein. Een voorbeeld van het eerste is het mee beslissen over het ontslag van een patiënt. Een voorbeeld van het tweede is psychologische bijstand verlenen aan een patiënt. De belangrijke vraag is hier: kan de verpleegkundige zich vinden in de bredere rol, waarbij meer dan alleen “care” zorg wordt verleend.

#### *Samenwerkingsrelatie en gedeelde educatie*

Gedeelde educatie komt naar voren als een oplossing voor conflicten op de werkvloer tussen artsen en verpleegkundigen door rolonduidelijkheid en onbekendheid met de andere professie. Een voorbeeld hiervan: Studenten geneeskunde weten in het begin van de co-schappen niet wat ze hebben aan verpleegkundigen (Stuurwold & de Vries 2007). Vaak vinden ze dat verpleegkundigen minder academisch vaardig, minder competent en een lagere status hebben dan artsen (Rudland 2005). Hier komen ze later vaak op terug. De belangrijkste winst bij gedeelde educatie is volgens studenten dat ze: beter begrip krijgen van de rollen, er aandacht komt voor teamwork en kennisdeling, er meer respect voor elkaar ontstaat en dat de partijen leren hoe ze zich moeten opstellen. Dit zal uiteindelijk tot een betere instrumentele relatie en betere patiëntenzorg moeten leiden. (Rudland 2005). In de literatuur wordt onderschreven dat duidelijkheid over rollen en omgangsvormen tot betere samenwerking leidt. Zo blijken studenten geneeskunde de impact van samenwerking meer te erkennen als ze ook daadwerkelijk hebben samengewerkt met verpleegkundigen (Thomson 2007). Uit onderzoek op gynaecologie afdelingen blijkt dat voor studenten geneeskunde het mogen uitvoeren van medische handelingen die “hands on” zijn (zoals bevallingen) het meest belangrijk zijn voor de tevredenheid van de co-schappen. Verpleegkundigen vinden echter dat niet alleen het uitvoeren van de handelingen telt, maar ook aanwezigheid op de afdeling. Dus ook hier blijkt de discrepantie tussen arts en verpleegkundige over contact

buiten de instrumentele dialoog aanwezig. Omdat verpleegkundigen en studenten geneeskunde niet van elkaar weten wat de verwachtingen zijn leidt dit tot ontevredenheid aan beide kanten. De verpleegkundigen missen de aanwezigheid van de student, waardoor er minder medische handelingen mogen worden gedaan. De student mag minder handelingen verrichten en heeft daardoor een negatieve mening over de stage (Chapstick 2004). Als zowel artsen en verpleegkundigen een meer realistische verwachting van elkaar zouden hebben kunnen dit soort verstoringen worden voorkomen. Gedeelde educatie is een manier om deze wederzijdse onduidelijkheid in de kiem te smoren. Vanwege het positieve effect dat gedeelde educatie heeft op de relatie, wordt een positieve houding ten opzichte van gedeelde educatie gezien als een voorspeller voor een goede houding ten opzichte van samenwerking.

#### *Autonomie*

Er zijn een aantal redenen waarom de autonomie van de verpleegkundige een belangrijk aspect is. Ten eerste zijn er aanwijzingen dat meer autonomie verband houdt met betere uitkomsten voor patiënten (Kramer 2003, Rafferty 2008). Ook blijkt dat ervaren verpleegkundigen die autonomer mogen werken betere resultaten boeken met patiënten die op de IC aan de beademing liggen. Ervaren verpleegkundigen behalen in dit geval zelfs betere resultaten dan specialisten in opleiding (Curley 2002). Deze uitkomsten worden in verband gebracht met het meer vanuit de patiënt denken dan vanuit de medisch technische handeling (de verpleegkundige bewijst zich op het eigen domein). Artsen houden over het algemeen meer vast aan het protocol van de medische handeling, waardoor patiënten soms te lang of juist niet lang genoeg aan de beademing liggen. Ten tweede komt autonomie de voldoening van het werk ten goede. Naast de relatie met de arts is autonomie de meest belangrijke voorspeller van tevredenheid op het werk. Verpleeghuizen die vrijheid en een goede relatie tussen verpleegkundigen en artsen bieden zijn in staat om verpleegkundigen langer vast te houden (Thomson 2007). Het ligt voor de hand dat het vasthouden van personeel en beperken van verloop de

samenwerking nog verder versterkt. Als laatste is autonomie van belang voor verpleegkundigen omdat het een vereiste is om evidence based te kunnen werken. Dit is van belang voor de professionalisering van het verpleegkundig beroep. De verpleegkunde kan zich namelijk niet verder ontwikkelen (professionaliseren) als de eigen keuzes beperkt worden (Curley 2002). Het is wel belangrijk om in het achterhoofd te houden dat meer autonomie een vermindering betekent van de afhankelijkheidsrelatie met de arts. Autonomievergroting voor de verpleegkundige betekent namelijk een breuk met de traditionele machtsverhoudingen zoals geschetst bij het derde aspect van Mastenbroek. De houding ten opzichte van meer autonomie is van belang vanwege de positieve invloed die autonomie heeft op patiëntenuitkomsten, maar vooral omdat een positieve houding ten opzichte van autonomie indirect staat voor interprofessionele samenwerking waarbij de arts en verpleegkundige meer gelijk aan elkaar zijn. Meer autonomie betekent automatisch een verschuiving van samenwerking tussen een professional en “een assistent” naar samenwerking op interprofessioneel niveau.

#### *Autoriteit van de arts*

De reden waarom naast autonomie ook de component autoriteit wordt meegenomen is dat autoriteit op een andere manier werkt dan autonomie. Dit blijkt onder andere uit onderzoek onder artsen en verpleegkundigen bij de marine. Aangezien rangen dwars door de functies lopen bij de marine, gebeurt het dat verpleegkundigen hoger in rang zijn dan artsen. Als het aankomt op leren op de werkvloer lijkt dit een positief effect te hebben. De rangen dringen het effect van het overwicht van de arts terug, wat zorgt voor meer collegiale actie. Uit het onderzoek blijkt dat deze artsen zelfs hoger scoren op samenwerkingschalen dan verpleegkundigen terwijl dit gewoonlijk andersom is (King & Lee 1992). Aangezien er op de werkvloer in het ziekenhuis geen corrigerende factor is voor het overwicht van de arts, wordt de autoriteit van de arts meegenomen in dit onderzoek. Dit wordt gedaan door vragen te stellen of men deze autoriteit terecht vindt.

Vergaande autoriteit van de arts wordt in dit geval als een belemmering gezien voor interprofessionele samenwerking.

## **2.4 INVLOEDSFACTOREN (ONAFHANKELIJKE VARIABELEN)**

Nu duidelijkheid is geschept over de operationalisatie van interprofessionele samenwerking in paragraaf 2.3 is er in deze paragraaf aandacht voor de onafhankelijke variabelen, of terwijl de invloedsfactoren. Van een aantal factoren wordt verwacht dat ze invloed hebben op de houding van verpleegkundigen tegenover inter-professionele samenwerking. Deze factoren worden hier besproken. Ten eerste werkervaring. Werkervaring is van belang omdat het aangeeft of een verpleegkundige, naast de technische vaardigheden, ook ervaring heeft met het omgaan met artsen. De verpleegkundige leert methoden om artsen te benaderen en vice versa. Werkervaring kan de problemen met de roldefiniëring deels oplossen omdat men de werkwijze van elkaar kent. Dit kan samenwerking en de beleving hiervan verbeteren. Daarnaast geven artsen aan het liefst samen te werken met verpleegkundigen waar ze vertrouwen in hebben en waar ze zelf het gevoel van hebben dat ze kundig zijn. Dit zijn de verpleegkundigen waar artsen op af stappen als er iets moet gebeuren. Het gaat artsen in dit geval niet direct om de werkervaring maar om het beheersen van vaardigheden. Een verpleegkundige heeft tijd nodig om zich als kundig te profileren en zo het vertrouwen van een arts te winnen. Dit leidt tot de eerste hypothese: “Werkervaring heeft een positieve invloed op de houding ten opzichte van samenwerking”

Ten tweede kan de functie van belang zijn. De functie bepaalt voor een groot deel hoe vaak en op welke manier een verpleegkundige omgaat met een arts. Op een verpleegafdeling zijn globaal gezien vier soorten verpleegkundigen: Hoofd-, regie-, senior en “gewone” verpleegkundigen daarnaast lopen er soms nog studenten stage op de afdeling. Een hoofd- of regieverpleegkundige

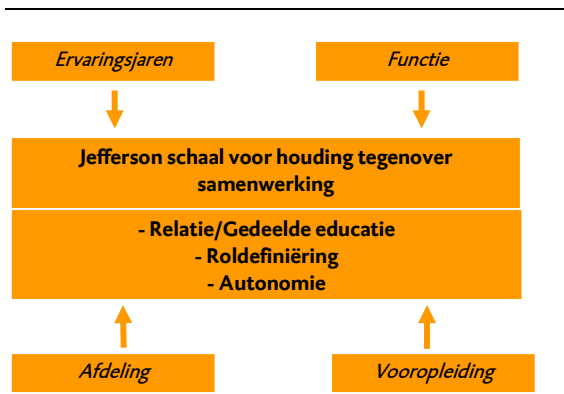
zal vaker overleg hebben met een arts dan een senior- of normaal verpleegkundige. Het valt te verwachten dat hoofdverpleegkundigen een iets betere relatie hebben met artsen vanwege de structuur op de afdeling. Zo werken hoofdverpleegkundigen niet direct aan het bed, samenwerking met artsen heeft hier sowieso een andere invulling. Daar komt bij dat verpleegkundigen in regie- en hoofdfuncties aangeven dat artsen met organisatorische kwesties, of zelfs bij persoonlijke problemen met verpleegkundigen als eerste op hen afkomen. Dit doen artsen zelfs eerder dan dat ze de problemen direct voorleggen aan de verpleegkundige in kwestie. Er wordt verwacht dat over het algemeen een hogere functie zal leiden tot een positievere houding ten opzichte van samenwerking. Dit leidt tot de tweede hypothese: “Hoe hoger de functie van de verpleegkundige hoe positiever de houding ten opzichte van samenwerking”.

Als derde kan ook de afdeling een belangrijke rol spelen. De afdeling op zichzelf is hier niet van belang, ook al zou ook dit een effect kunnen hebben, het gaat in dit onderzoek vooral om “het soort afdeling”. Hiermee wordt bedoeld met welk specialisme men het meest in aanraking komt. Er is uitgebreide literatuur over verschillen tussen de specialismen als het gaat om samenwerking in het ziekenhuis. Zo is de relatie tussen arts en verpleegkundige anders bij een chirurgie of IC afdeling dan op een standaard verpleegafdeling. Vooral de IC verpleegkundigen onderscheiden zich op dit punt. Niet alleen hebben de verpleegkundigen een extra IC opleiding gevolgd, wat ze aantrekkelijker maakt voor artsen om aan te spreken, ook is de context op een IC afdeling anders. Op IC afdelingen moet meer dan op andere afdelingen, direct gereageerd worden op veranderingen in de conditie van de patiënt. In die zin is snelle samenwerking op de IC een vereiste om goed te kunnen werken. Voor de snijdende specialismen geldt dat verpleegkundigen wel meer specialistische kennis hebben, maar dat het onduidelijk is wat voor effect dit heeft. Omdat er veel verschillende soorten afdelingen zijn is het lastig in te schatten wat de effecten zijn als alle afdelingen vergeleken worden. Daarom zal er ook apart gekeken worden naar verschillen tussen de beschouwende

en de snijdende specialismen, en de IC en niet -IC afdelingen. Hypothese drie luidt: “er zijn verschillen in de houding ten opzichte van samenwerking tussen de verschillende werkvelden (afdelingen)”.

Als laatste kan ook de vooropleiding invloed hebben. Er wordt vooral een duidelijk verschil tussen MBO en HBOv'ers verwacht. Dit omdat de HBOv opleiding meer gericht is op de regie functies dan de MBOv opleiding. Omdat deze opleiding zich meer richt op deze hogere functies wordt ook meer aandacht besteed aan de interactie met artsen. Deze aandacht zal zich naar verwachting op de werkvloer uitbetalen in betere samenwerking omdat geleerd is te communiceren met artsen. De positie van de inservice opleiding ten opzichte van HBO en MBOv is nog onduidelijk. Omdat inservice lang de enige opleiding is geweest is er bij deze generatie geen verschil tussen de vooropleidingen van verpleegkundigen. Met dit gegeven zal rekening worden gehouden. De vierde hypothese luidt: “Er zijn verschillen in de houding van verpleegkundigen ten opzichte van samenwerking met artsen naarmate zij een andere vooropleiding hebben” Verwacht wordt dat HBO'ers een positievere houding hebben tegenover samenwerking dan MBO'ers.

Aan de hand van de in 2.3 beschreven begrippen van de Jefferson schaal zal de houding tegenover samenwerking geoperationaliseerd worden. Het model in figuur 2.2 zal gehanteerd worden voor de analyse van samenwerking tussen arts en verpleegkundigen. Er zal gekeken worden of er verschillen zijn in de houding ten opzichte van samenwerking zoals gedefinieerd in 2.3 op basis van de in 2.4 genoemde invloedsfactoren. Dit leidt tot het volgende model:



**Figuur 2.2**

Daarnaast zal er een tweede onderzoeksvraag worden beantwoord met een meer explorerend karakter. In het verlengde van de gedeelde educatie component uit het analyse schema ligt de vraag welke rol

verpleegkundigen denken te hebben bij de opleiding van artsen en andersom. Dit is een explorerende onderzoeksvraag vanuit het Wenckebach van het UMCG. Het doel is om te kijken in welke mate leren op de werkvloer tussen arts en verpleegkundige op dit moment plaatsvindt.

Dit leidt in totaal tot de volgende onderzoeksvragen en hypothesen:

**Onderzoeksvraag 1**

Welke factoren hebben bij verpleegkundigen invloed op de houding tegenover inter-professionele samenwerking?

**Onderzoeksvraag 2**

Welke handelingen leren verpleegkundigen artsen op dit moment (en vice versa), en welke komen het meest voor?

Hypothesen

1. Werkervaring heeft een positieve invloed op de houding ten opzichte van samenwerking
2. Hoe hoger de functie van de verpleegkundige hoe positiever de houding ten opzichte van samenwerking.
3. Er zijn verschillen in de houding ten opzichte van samenwerking tussen de verschillende werkvelden.
  - IC verpleegkundigen hebben een positievere houding ten opzichte van samenwerking dan niet IC-verpleegkundigen
  - Er is een verschil in houding ten opzichte van samenwerking tussen snijdende en beschouwende specialismen
4. Er zijn verschillen in de houding van verpleegkundigen ten opzichte van samenwerking met artsen naarmate zij een andere vooropleiding hebben.
  - HBO'ers hebben een positievere houding tegenover inter-professionele samenwerking dan MBO'ers





### 3 DATA EN METHODE

#### 3.1 DATA

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data verzameld in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Vanwege de vaak lage respons bij onderzoek als dit (meestal rond de 30%) is de populatie benaderd via de direct leidinggevende op de werkvloer: de regie-verpleegkundigen. Het laten uitdelen van enquêtes door direct leidinggevendenden leidde tot een hogere respons. De regieverpleegkundige werd gevraagd tien enquêtes over de eigen afdeling te verspreiden en hierbij zoveel mogelijk rekening te houden met een gelijke verdeling over senior, junior en studenten verpleegkunde. Uiteindelijk werden over 37 afdelingen 360 enquêtes verspreid. Dit aantal ligt lager dan 10 per afdeling: op een aantal kleine afdelingen werken minder dan 10 verpleegkundigen. Uiteindelijk hebben 33 afdelingen enquêtes ingevuld, van deze afdelingen zijn 215 enquêtes terug gekomen. De uiteindelijke repons voor alle afdelingen was 60%. De uitval zit voornamelijk op twee vlakken. Ten eerste zijn er vier afdelingen waar de enquêtes niet ingevuld zijn. Er is tot drie keer toe bij hen langs gegaan, maar zonder resultaat. Ten tweede speelt het kleine aantal studenten dat op de afdelingen aanwezig was een rol. De bedoeling was om twee studenten verpleegkunde per afdeling te enquêteren. Op veel afdelingen waren geen studenten aanwezig of waren ze pas begonnen. Dit leidde tot een ondervertegenwoordiging van studenten in de steekproef. Helaas was er geen andere optie, omdat het uitzetten van de enquêtes al eerder was uitgesteld vanwege reductie in de zomermaanden. Nog een uitstel had geleid tot meer dan twee maanden uitloop van het onderzoek. Dit was gezien de tijdsdruk geen optie. Slechts 11 studenten hebben uiteindelijk meegewerkt, enkelen hiervan werkten slechts één maand op de afdeling.

---

N	Gemid-	Standaard	Min	Max
---	--------	-----------	-----	-----

---

De Jefferson schaal die gebruikt werd om de houding ten opzichte van samenwerking te meten is door 207 respondenten compleet ingevuld. Zoals verwacht zitten er minder mannen (28) dan vrouwen (179) in de steekproef. Er zijn 51 verpleegkundigen met een MBOv opleiding, 96 met een HBOv en 63 met een in-service opleiding. In totaal is 12% van de MBO/HBO opleiding van het UMCG zelf. Het aantal jaren dat men op de afdeling werkt varieert van één tot 35 jaar. De werkervaring als verpleegkundige over het algemeen varieert tussen de één en 42 jaar.

#### 3.2 METHODE

Om de houding van verpleegkundigen ten opzichte van samenwerking te operationaliseren is er gebruik gemaakt van een eigen vertaling van de Jefferson scale of attitudes toward physician nurse collaboration. De Jefferson schaal is een subjectieve schaal: het meet "hoe verpleegkundigen aankijken tegen de aspecten van samenwerking gedefinieerd in het artikel". De onderzoekers spreken over "attitude towards physician nurse collaboration". De vragen uit de enquête zijn dusdanig gesteld om een reactie los te maken, wat enkele respondenten tegen de borst stuitte. De stelling "een verpleegkundige moet men meer als een partner en collega van de arts zien, dan als diens assistent" is hier een voorbeeld van. De reactie "wij zijn niemand 's assistent" werd meerdere malen bijgeschreven, het aankruisen van "sterk mee eens" was kennelijk nog niet krachtig genoeg. Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er subtiele verschillen bestaan tussen hoe men samenwerking ervaart en de samenwerking zou men deze met objectieve indicatoren meten. De schaal geeft aan in welke mate men "klaar is" voor interprofessionele samenwerking. Hoe hoger de score op de Jefferson schaal, hoe dichter de verpleegkundige met haar antwoorden ligt bij de houding die de onderzoekers juist achten voor interprofessionele samenwerking tussen arts en verpleegkundige.

---

delde	afwijking
-------	-----------

---

Score Jefferson schaal	196	49,71	4,06	40	58
Aantal jaren werkzaam	209	13,84	11,69	0	42
Leeftijd	198	37,1	11,7	20	61

**Tabel 3.1:** Beschrijving van de gebruikte interval variabelen(1)

Voor analyse van hypothese één zal een regressieanalyse gebruikt worden. Voor de andere hypothesen zal variantieanalyse worden gebruikt. De strategie bij de variantieanalyse is om eerst te kijken welke factoren (onafhankelijke variabelen) individueel invloed hebben (bivariate statistiek). Mochten er meerdere variabelen invloed hebben zal het effect van de factoren gezamenlijk bekeken worden (multivariate statistiek).

De Jefferson schaal bestaat in totaal uit 15 items waarvan respondenten moeten aangeven in hoeverre zij het eens waren met de betreffende stelling. Alle items waren gecodeerd van 1 “sterk mee oneens” tot 4 “sterk mee eens” de laatste twee items zijn vanwege de vraagstelling omgekeerd gecodeerd. De schaal bleek ook in deze steekproef betrouwbaar er werd een Cronbach’s alpha van ,70 gevonden (zie bijlage 2). Verder is er een correlatiematrix gemaakt om te kijken of de items uit de schaal niet te hoog correleren zodat ze hetzelfde zouden meten, dit blijkt niet het geval (zie bijlage 3). Verder valt het op de verpleegkundigen gemiddeld hoog scoren op de Jefferson schaal en dat de standaard afwijking laag is.

Het variabele aandachtsgebied is gebaseerd op de afdelingcode waar de enquêtes zijn afgeleverd. Vervolgens is een indeling gemaakt op basis van een lijst van afdelingen van het UMCG, de volgende gebieden worden onderscheiden: KNO, orthopedie, chirurgie, thorax, interne geneeskunde, neurologie, obstetrie/gynaecologie,

KNO	6	2.8
Orthopedie	10	4.7
Chirurgie	26	12.1
Thorax	35	16.3
Interne geneeskunde	38	17.7
Neurologie	13	6
Obstetrie /gynaecologie	13	6
Kindergeneeskunde	45	20.9
Psychiatrie	10	4.7
Anders	19	8.8
Totaal	215	100
Missende waarden	0	0
Totaal	215	

**Tabel 3.2:** Variabele Aandachtsgebied (spreiding respondenten over afdelingen)

kindergeneeskunde en psychiatrie. De categorie “anders” bevat respondenten die niet binnen de andere aandachtsgebieden vallen. Onder andere verpleegkundigen zonder vaste afdeling vallen hier onder.

De variabele functie bestond oorspronkelijk uit zes categorieën maar door de ondervertegenwoordiging van studenten is besloten alle studenten tot één categorie te rekenen. Hierdoor blijven er vijf groepen over: Student, verpleegkundige, senior verpleegkundige, regie verpleegkundige en hoofdverpleegkundige. De variabele opleiding bestaat uit de klassen MBOv, HBOv en in-service.

Functie van de VP	Frequentie	Procent
Student	11	5.1
Verpleegkundige	64	29.8
Senior verpleegkundige	88	40.9
Regie verpleegkundige	43	20
Hoofdverpleegkundige	5	2.3
Totaal	211	98.1
Missende waarden	4	1.9
Totaal	215	

**Tabel 3.3:** Variabele Functie

Vooropleiding van de VP	Frequentie	Procent
MBOV	51	23.9
HBOV	96	45.1
In service	63	29.6
Anders	3	1.4
Totaal	213	100
Missende waarden	2	1.4
Totaal	215	

**Tabel 3.4:** Variabele opleiding

In tabel 3.5 vallen voor de interval variabelen de correlaties af te lezen. Er blijkt een sterk verband tussen het geboortjaar en het aantal jaren dat men werkzaam is als verpleegkundige. Een correlatie van groter dan,90 geeft aan dat deze variabelen praktisch hetzelfde meten, hiermee wordt rekening gehouden bij de analyses.

Voor het operationaliseren van de tweede onderzoeksvraag over het leren op de werkvloer is gebruik gemaakt van explorerende vragen. Op basis van interviews gehouden in

het UMCG zijn een aantal handelingen opgesteld waarvan respondenten moesten aangegeven hoe vaak ze dergelijke

	Samenwerking (Jefferson)	Geboorte jaar	Aantal jaren werkzaam
Samenwerking (Jefferson)	1		
Geboortejaar	-.227**	1	
Jaren werkzaam	.163*	-.908**	1

\* Significant alpha ,05

\*\* Significant alpha ,01

**Tabel 3.5:** Correlatie variabelen samenwerking, geboortjaar, aantal jaren werkzaam

handelingen leerden aan en van een arts. De volgende handelingen werden onderzocht. Voor het leren aan artsen: Specifieke medische handelingen (bijv. katheteriseren, injecteren en wondverzorging), effectief te communiceren met verpleegkundigen, hoe een verpleegafdeling werkt, wat verpleegkundigen eigenlijk doen en te communiceren met patiënten. Voor het leren van artsen gaat het om: specifieke medische handelingen, effectief te communiceren met artsen, de organisatie van het ziekenhuis, hoe artsen in de praktijk werken en te communiceren met patiënten. Alle items lopen van 1 “heel weinig” tot 4 “heel vaak” Er zal gekeken worden hoe vaak de vormen van leren op de werkvloer voorkomen, daarnaast zal door middel van een Mokkenanalyse gekeken worden of er een hiërarchie in de handelingen zit. Dat wil zeggen “als een verpleegkundige de ene handeling aanleert dan leert zij de andere ook aan”.



## 4 RESULTATEN ONDERZOEKSVRAAG 1

### Hypothese 1

Deze hypothese stelt een mogelijk verband tussen het aantal jaren dat een verpleegkundige werkzaam is en de score op de Jefferson samenwerkingschaal. Verwachting is dat werkervaring een positieve uitwerking heeft op de samenwerking. Uit de regressievergelijking blijkt dat inderdaad een significant positief verband te bestaan. Aan de eisen normale verdeling en lineariteit voor een regressie analyse is voldaan (zie bijlage 4).

Model	B	SE	Sig.
1			
Constante	48,96	1,64	,000
Werkzaam als VP	,056	,024	,021

R<sup>2</sup>= .027, F= 5,430

**Tabel 4.1:** Regressie vergelijking aantal werkzame jaren \* Jefferson schaal voor samenwerking

Uit de tabel blijkt dat het model significant is bij een ,05 alpha, het model verklaart 2,7% variantie, wat vrij weinig is. Zoals uit de eerder gegeven correlatietabel bleek is er een sterke correlatie tussen leeftijd en het aantal jaren dat men werkzaam is als verpleegkundige. Dit (.90) maakt het eigenlijk overbodig te controleren op leeftijd, vanwege de grote overlap tussen de variabelen, er is wel op gecontroleerd (zie bijlage 4). Ook dan blijft het model significant, dus kan men hypothese 1 aannemen.

### Hypothese 2

Deze hypothese stelt een mogelijk verband tussen de functie van de verpleegkundige en de score op de Jefferson samenwerkingschaal. Uit de variantieanalyse blijkt een marginale significantie. Uitgaande van een ,1 alpha zou sprake zijn van een significant verband, bij een ,05 alpha niet. De aanwijzingen voor een effect zijn echter te sterk

om de hypothese geheel te verwerpen. Er is sprake van een marginaal significant verband.

Model	df	F	Sig.
1			
intercept	1	11501,26	,00
Functie van de VP	4	2,297	,06

R<sup>2</sup>= .04, F=2.30

**Tabel 4.2:** Variantie analyse voor Functie \* Jefferson schaal voor samenwerking

Uit de gemiddeldes (tabel 4.3) en de post-hoc test (bijlage 5) blijken de verschillen in gemiddelde voor een groot deel overeen te komen met de verwachting. Zo scoren hoofdverpleegkundigen over het algemeen hoger. De regie- en de seniorverpleegkundigen scoren daarna het hoogst, ook verschillen deze groepen weinig van elkaar. Senior verpleegkundigen scoren tegen de verwachting in zelfs wat hoger dan regieverpleegkundigen. De “gewone” verpleegkundige scoort daarna het hoogst en het laagste de studenten. Men moet deze resultaten voorzichtig interpreteren; het gaat om een marginaal significant verband. In het verlengde dient ook opgemerkt dat er sprake is van een kleine groep studenten en hoofdverpleegkundigen in de steekproef., terwijl zij juist opvallen door hun respectievelijk lage en hoge score.

Functie	Gemiddelde op de Jefferson schaal
Student	48,27
Verpleegkundige	48,62
Regie Verpleegkundige	50,20
Senior Verpleegkundige	50,14
Hoofd verpleegkundige	51,80

**Tabel 4.3:** Gemiddeldes op samenwerking per functie

### Hypothese 3

De derde hypothese stelt een verschil in score op de Jefferson samenwerkingsschaal tussen soorten afdelingen of aandachtsgebieden. Uit de variantieanalyse blijken geen significante verschillen tussen de verschillende werkgebieden in de score op de samenwerkingsschaal. Uit aparte variantieanalyses blijken ook geen significante verschillen tussen snijdende en beschouwende specialismen (tabel 4.6), of verschillen tussen IC en andere verpleegkundigen (tabel 4.7). Hypothese drie wordt dus verworpen.

Model	df	F	Sig.
1			
Intercept	1	21088,99	,00
werkgebied	9	1,49	,154

R<sup>2</sup>= .06, F= 1.49

**Tabel 4.5:** Variantie analyse voor Aandachtsgebied \* Jefferson schaal voor samenwerking

Model	df	F	Sig.
1			
Intercept	1	1930,17	,00
Specialisme	1	,96	,33

R<sup>2</sup>= .05, F= ,96

**Tabel 4.6:** Variantie analyse voor verschil tussen snijdende en beschouwende specialismen

Model	df	F	Sig.
1			
Intercept	1	1133,87	,00
IC	1	2,08	,15

R<sup>2</sup>= .01, F= 2,08

**Tabel 4.6:** variantieanalyse voor verschil tussen IC en niet-IC-verpleegkundigen

#### Hypothese 4

Deze hypothese stelt mogelijke verschillen in score op de Jefferson samenwerkingsschaal tussen de groepen met een HBOv, MBOv en inservice opleiding. Uit de variantieanalyse blijkt geen verschil. Ook de verwachte verschillen tussen MBO en HBO blijven uit (tabel 4.9). Vooropleiding lijkt geen effect te hebben op de houding ten opzichte van samenwerking dus wordt hypothese vier verworpen.

Model	df	F	Sig.
1			
Intercept	1	6408,344	,00
Vooropleiding	1	1,456	,228

R<sup>2</sup>= .02, F= 1,46

**Tabel 4.8:** Variantie analyse voor Vooropleiding \* Jefferson schaal voor samenwerking

Model	df	F	Sig.
1			
Intercept	1	1705,14	,00
Vooropleiding (MBO/HBO)	1	1,24	,27

R<sup>2</sup>= .01, F= 1,24

**Tabel 4.9:** Variantie analyse voor vooropleidingen MBO / HBO \* Jefferson schaal voor samenwerking

Oorspronkelijk stelde een vijfde hypothese een verschil van de score op de Jefferson samenwerkingsschaal tussen studenten die stage lopen en gediplomeerde verpleegkundigen. Er is (zie hypothese twee) sprake van een ondervetegenwoordiging van studenten, slechts 15 studenten op 215 respondenten namen deel aan het onderzoek, waarvan enkelen slechts heel kort in het UMCC werkte (sommigen slechts een maand of minder). De analyse is dus zeer onbetrouwbaar. Er werd geen significant verband gevonden, maar gezien de lage aantallen en korte ervaring zegt dit weinig. De analyse is terug te vinden in bijlage zes.

## 5 RESULTATEN ONDERZOEKSVRAAG 2

Omdat de tweede onderzoeksvraag explorerend van aard is, zal als eerste gekeken worden naar de frequenties van de antwoorden.

Deze gegevens spreken voor zichzelf en zijn te vinden in tabel 5.2. Hier vallen een aantal zaken op. Ten eerste leren verpleegkundigen meer aan, dan van artsen als het gaat om de gevraagde handelingen. Voor alle gevraagde handelingen geldt dat verpleegkundigen vinden dat ze deze vaker aan dan van artsen leren. De optie “heel vaak” komt in het rijtje “leren van” dan ook nauwelijks voor.

Ten tweede valt op dat als de scores per categorie (leren of aanleren) worden bekeken de medische handelingen laag liggen bij de categorie leren aan artsen, en het hoogst bij de categorie leren van artsen (zie tabel 5.1 en 5.3). Dit betekent dat medisch technische handelingen toch meer dan de andere handelingen als het gebied van de arts wordt gezien. Toch geldt ook voor de medische handelingen dat deze volgens verpleegkundigen vaker aan dan van de artsen worden geleerd.

Als laatste valt op dat verpleegkundigen het minste leren over “hoe artsen in de praktijk werken”. Terwijl uit onderzoek blijkt dat over de werkwijze van de arts wel onduidelijkheid kan bestaan bij verpleegkundigen (Stuurwold & de Vries 2007). Door middel van een Mokkenanalyse wordt nu onderzocht of er een hiërarchie zit tussen de verschillende handelingen. Dit kan gezien worden als het nemen van verschillende horden. “Als iemand over de hoogste horde komt dan komt men waarschijnlijk ook over een lagere”. De Mokkenanalyse test een dergelijk verband voor de variabelen. Als eerste het leren aan artsen (tabel 5.1). In dit geval blijkt dat het leren hoe een verpleegafdeling werkt aan een arts het vaakst voorkomt en het aanleren van medische handelingen het minst. Dit is te zien aan de gemiddeldes. Aan de ItemH kan gezien worden hoe goed het item in de Mokkenschaal past, dit is vergelijkbaar met een betrouwbaarheidsanalyse. Een H-waarde is ook terug te vinden voor de gehele schaal in dit

geval heeft de Mokkenschaal een H van .41. De ondergrens voor een goede Mokkenschaal ligt bij een H van 0.3. Het model is ook significant, een Z-waarde van 33.30 is ruim significant (3.23 is kritiek). De Mokkenschaal heeft een betrouwbaarheid van .85.

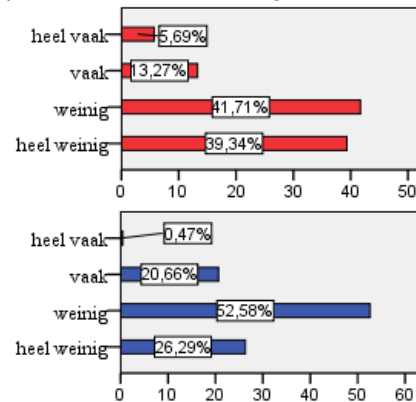
	Gemiddelde	ItemH
Medische handelingen	1.86	0.46
Communiceren met patiënten	2.31	0.62
Communiceren met verpleegkundigen	2.51	0.62
Wat een verpleegkundige eigenlijk doet	2.60	0.67
Hoe een verpleegafdeling werkt	2.67	0.66

Z= 24.48, H= 0.41

**Tabel 5.1:** Mokkenanalyse voor Leren aan artsen

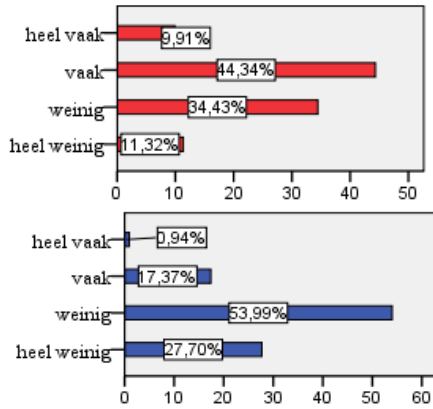
**Figuur 5.2:** Beschrijving antwoorden over leren op de werkvloer in Percentages (zie hieronder en volgende pagina).

(leren aan) Specifieke medische handelingen (leren van)  
Specifieke medische handeling

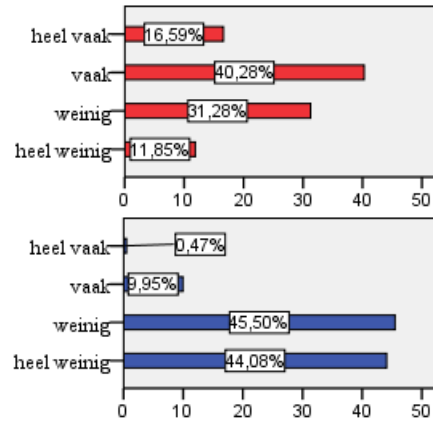




(leren aan) Effectief communiceren met VP (leren van) Effectief te communiceren met artsen

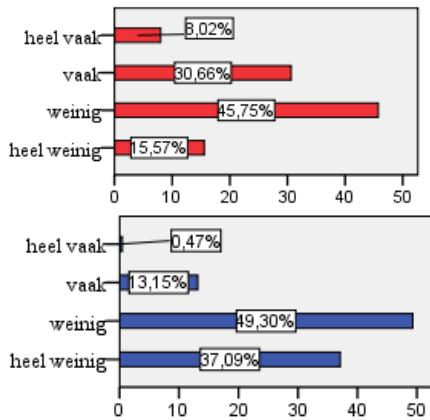


(leren aan) Wat verpleegkundigen eigenlijk doen (leren van) Hoe artsen in de praktijk werken

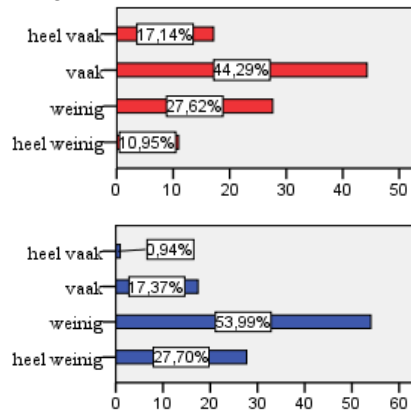


24

(leren aan) Te communiceren met patiënten (leren van) te communiceren met artsen



(leren aan) Hoe een verpleegafdeling werkt (leren van) meer over de organisatie



Hoe lager een handeling in de tabel staat hoe groter de kans dat verpleegkundigen deze aanleren aan artsen. Wat de Mokkenanalyse hier aan toevoegt is dat als een handeling hoger in de tabel staat de kans groot is dat een lagere handeling ook geleerd wordt. Er is bij de analyse gecontroleerd voor afwijkingen van monotone homogeniteit (als men op één itemscoort neemt de kans toe dat men ook op een ander item scoort) en dubbele monotonie (de volgorde van de items is voor respondenten gelijk). Voor beide geldt dat er geen relevante afwijkingen zijn. De hoeveelheid scores die deze assumpties overschrijden zijn zeer klein (zie bijlage 7). Voor het leren van artsen geldt eveneens dat het aanleren hoe een arts werkt het laagst in de hiërarchie staat. Dit wordt dus het vaakst geleerd van artsen, over de organisatie van het ziekenhuis wordt het minst geleerd van artsen. Ook voor dit model geldt dat de Mokkenschaal significant is (Z-waarde van 17.48 waar 2.73 kritiek is). De coëfficiënt heeft een H van 0.46. De gehele schaal heeft een betrouwbaarheid van 0.76. De medische handelingen passen het minst goed in deze Mokkenschaal al is een itemH van 0.33 nog steeds boven het minimum van 0.3. Ook voor deze analyse geldt dat gecontroleerd is voor afwijkingen in monotone homogeniteit en dubbele monotonie.

	Gemid- delde	ItemH
Meer over de organisatie v/h ziekenhuis	1.67	0.49
Te communiceren met patiënten	1.78	0.49
Te communiceren met artsen	1.91	0.52
Medische handelingen	1.95	0.33
Hoe artsen in de praktijk werken	2.30	0.48

Z= 17.48, H= 0.46

**Tabel 5.3:** Mokkenanalyse voor het leren van artsen



## 6 CONCLUSIE & DISCUSSIE

### 6.1 CONCLUSIE

In deze scriptie zijn twee onderzoeksvragen behandeld. Ten eerste de vraag “Welke factoren hebben bij verpleegkundigen invloed op de houding tegenover interprofessionele samenwerking?”

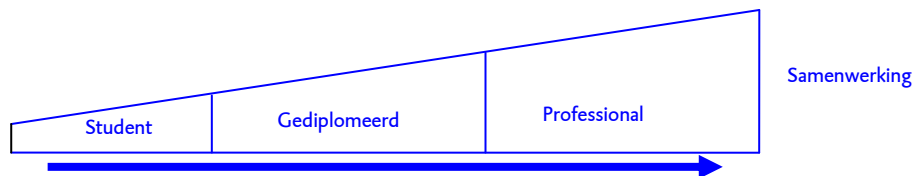
Ten tweede: “Welke handelingen leren verpleegkundigen artsen op dit moment (en vice versa), en welke komen het meest voor?”.

De uitkomsten zullen voor beide onderwerpen besproken worden.

Als eerste kan de algemene conclusie getrokken worden dat verpleegkundigen in het UMCG hoog scoren op de Jefferson schaal voor samenwerking. De antwoorden van de verpleegkundigen liggen dus in buurt bij een houding die past bij samenwerking. De Jefferson schaal meet de houding tegenover interprofessionele samenwerking. Dit wil zeggen dat een hoge score betekent dat verpleegkundigen een positieve houding hebben tegenover een vorm van samenwerking waarbij verpleegkundigen en artsen als professionals worden gezien. Dit in tegenstelling tot een vorm van samenwerking waarbij één van de partijen de overhand heeft. De schaal is niet geschikt om een andere vorm van samenwerking te meten dan één op interprofessioneel niveau. Verpleegkundigen staan dus

positief tegenover interprofessionele samenwerking op de gebieden Autoriteit van de arts, Autonomie van de verpleegkundige, Roldefiniëring, Relatie en Gedeelde educatie.

Wat betreft onderzoeksvraag één zijn er een aantal conclusies. Ten eerste blijkt dat het aantal jaren dat men werkzaam is een significant positieve invloed heeft op de houding tegenover samenwerking. Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat functie ook een effect heeft. Hierbij komen de verschillen voor een groot deel overeen met wat hypothese twee stelt: hoe hoger de functie van de verpleegkundige, hoe hoger de score op samenwerking. Deze uitkomsten zijn echter slechts marginaal significant. Daar komt bij dat de kleine verschillen tussen senior- en regieverpleegkundigen ook tegen de verwachting van de hypothese indruist. Aangezien de rest van de functies wel de lijn der verwachting volgt is de conclusie dat er op zijn minst aanwijzingen zijn voor een effect van de functie van de verpleegkundige op interprofessionele samenwerking. De uitkomsten van hypothese 1 en 2 wijzen in de richting van een ontwikkeling bij verpleegkundigen; naarmate men langer werkt als verpleegkundige en meer interactie heeft (gehad) met artsen kan men beter samenwerken op professioneel niveau. Dit terwijl aspecten als vooropleiding, afdeling en aandachtsgebied geen invloed lijken te hebben. De lijn waarlangs de ontwikkeling plaats vindt is het meest interessant. Leren verpleegkundigen goed samenwerken puur door de ervaring die ze opbouwen over de tijd die ze werken? Of zijn er specifieke punten aan te wijzen waarop men de belangrijke zaken (van elkaar) leert.



Figuur 6.1: De lijn waarlangs samenwerking zich ontwikkelt?

Dit maakte de hypothese over studenten extra interessant: als er significante verschillen in samenwerking tussen gediplomeerde en verpleegkundigen in opleiding zouden zijn is het eerste aanknopingspunt gevonden. Dit zou dan een aangrijpingspunt moeten worden voor verbetering van de samenwerking. Helaas is er door het moment waarop de steekproef is genomen een ondervertegenwoordiging van studenten waardoor deze onderzoeksvraag onvoldoende beantwoord kan worden. De studenten die meegewerkt hebben aan het onderzoek laten wel een lagere score zien dan gemiddeld, wat een aanwijzing is voor een verschil. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Toch zouden de huidige uitkomsten een welkom gegeven moeten zijn bij de voorstanders van gedeelde educatie omdat naarmate men langer wordt blootgesteld aan elkaar de samenwerking beter wordt. In die zin zou gelden hoe eerder deze interactie plaatsvindt hoe beter. Gedeelde educatie is voor dergelijke interactie tot nu toe de meest logische oplossing. De tweede onderzoeksvraag “Welke handelingen leren verpleegkundigen artsen op dit moment (en vice versa), en welke komen het meest voor?” kan beantwoord worden door te kijken naar de frequentie waarin een handeling voorkomt. Daarnaast kan met de Mokkenanalyse worden aangetoond wat de hiërarchie is binnen de handelingen. Over het algemeen leren artsen en verpleegkundigen elkaar makkelijker zaken over hoe ze te werk gaan en wat ze doen dan specifiek communicatieve handelingen. Dit geldt zowel voor communicatie met artsen als met patiënten. Overigens zegt de Mokkenanalyse niks over de volledigheid van de schaal. Er kunnen dus handelingen missen die wel geleerd worden. Kijkend naar de frequenties blijken verpleegkundigen vaker iets aan dan van een arts leren terwijl ongeveer naar dezelfde handelingen gevraagd is. Gepoogd is om handelingen te kiezen die niet specifiek op het gebied van verpleegkundige liggen, dus dit zou de verschillen niet kunnen verklaren. Er zijn drie verklaringen voor dit verschil te bedenken. Ten eerste kan het zijn dat de lijst met handelingen niet compleet is en dat er andere handelingen zijn die artsen verpleegkundigen leren maar die niet op de lijst staan. Ten tweede zou het kunnen dat verpleegkundigen de eigen leermomenten onderschatten.

In dat geval wordt het beter onthouden als een verpleegkundige iets aanleert aan een arts dan als ze wat leert van een arts. Ten derde zou het kunnen dat artsen daadwerkelijk meer leren van verpleegkundigen dan andersom. Het antwoord kan pas met zekerheid worden gegeven als dezelfde vragen zouden worden voorgelegd aan artsen.

### 6.3 BEPERKINGEN ONDERZOEK

De hoge score op de Jefferson schaal betekent in principe dat verpleegkundigen klaar zijn voor verdere interprofessionele samenwerking. Wat het ook zou kunnen betekenen is dat de schaal voor verpleegkundigen aan vernieuwing toe is. Zowel uit interviews als uit aanvullingen bijgeschreven op de enquête lijken bepaalde zaken voor verpleegkundigen minder te spelen. Met andere woorden verpleegkundigen vinden bepaalde onderwerpen uit de vragenlijst vandaag de dag minder spelen en verpleegkundigen scoren daarom hoog. Een voorbeeld hiervan is het onderwerp autonomie, de vragen over dit onderwerp zijn voor sommige verpleegkundigen minder aan de orde. Verpleegkundigen geven bij deze vragen ook aan dat er over bepaalde onderwerpen geen discussie meer is of ze tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige horen. Dit terwijl het onderwerp autonomie juist wel belangrijk wordt gevonden zo blijkt uit interviews. In die zin bevat de schaal wel de juiste onderwerpen alleen zijn de items van het onderwerp niet meer bevredigend; met andere woorden de operationalisatie had beter gekund. Uit de analyse blijkt de Jefferson schaal betrouwbaar, maar hij zou dus nog beter kunnen werken als er nieuwe aspecten van samenwerking zouden worden geëxploreerd. De verwachting is dat dan ook meer variantie verklaard zou kunnen worden met de modellen, de verklaarde variantie is over het algemeen laag. De conclusie over de bruikbaarheid van de schaal is daarom in lichte mate tegenstrijdig; aan de ene kant heeft de schaal zijn werk goed gedaan, gezien de betrouwbaarheid en de bruikbare uitkomsten. Maar aan de andere kant lijkt de schaal onderwerpen te missen op item

niveau. Er zijn niet per definitie nieuwe constructen (deelaspecten) nodig maar wel nieuwe items om ze te meten.

Op algemener vlak valt ook af te dingen op de Jefferson schaal. Door onderwerpen als “gedeelde educatie” en “autonomie van de verpleegkundige” mee te nemen in een meetinstrument voor samenwerking worden bepaalde aannames gemaakt. Namelijk dat deze punten een positieve invloed hebben op samenwerking en hiervoor noodzakelijk zijn. Hier zijn vanuit de literatuur goede redenen voor, maar het sluit andere methoden om de samenwerking te verbeteren uit. Zeker op het gebied van gedeelde educatie is dit arbitrair, als iemand geen voorstander is van gedeelde educatie is het de vraag of dit dan ook meteen een persoon is waarmee men minder goed kan samenwerken. Het meetinstrument gaat er met andere woorden vanuit dat samenwerking verbeterd moet worden door gedeelde educatie, dit is echter nog niet bewezen. Daar komt bij dat het onwaarschijnlijk is dat gedeelde educatie de enige manier is om (inter-professionele)samenwerking te verbeteren.

Praktisch gezien zijn er ook beperkingen van het huidige onderzoek. Ten eerste is er gewerkt met een eigen vertaling van de Jefferson schaal. Deze vertaling is voorgelegd aan verschillende experts en uitgebreid onder de loep genomen. Het is echter mogelijk dat er nuanceverschillen zijn tussen de vragen in het Engels en de vragen in het Nederlands, ook al is dit zoveel mogelijk voorkomen. Ten tweede is er met de benadering van respondenten via regieverpleegkundigen een mogelijkheid tot selectie binnengeslopen. Er zijn geen redenen om een dergelijke bias bij de regieverpleegkundige te verwachten maar zeker is dat nooit. Naar mijn mening is de mogelijke vertekening door selectie niet groter dan vertekeningen door zelfselectie bij reguliere steekproeven.

De beperkingen van onderzoeksvraag twee hebben te maken met de explorerende aard. Bij het exploreren van

leren op de werkvloer is gevraagd hoe vaak handelingen (aan)geleerd worden.

Ten eerste is het de vraag of alle handelingen in de vragenlijst zaten, als dit niet zo is dan kunnen belangrijke punten missen. Er is wel getracht de belangrijkste handelingen te weten te komen door middel van interviews, maar de tijd voor deze interviews was beperkt. Daar komt bij dat er veel onderwerpen moesten worden besproken met de respondenten. Ten tweede is het niet zeker of respondenten altijd zelf weten als ze iets leren. Het is dus de vraag of een enquête de meest handige methode is voor het verkennen van een dergelijk onderwerp. Er kan immers niet worden doorgevraagd of bepaalde leermomenten voorkomen.

#### 6.4 AANBEVELINGEN

Er zijn een aantal aanbevelingen te doen naar aanleiding van dit onderzoek. Ten eerste zou het verstandig zijn om het onderzoek te herhalen onder artsen. Zoals al eerder vermeld is samenwerking een collectieve prestatie, dus het eenzijdig belichten van het onderwerp zou een onvolledig beeld scheppen. Om de Jefferson schaal weer te gebruiken zou verstandig zijn omdat de resultaten dan naast de data uit dit onderzoek gelegd kunnen worden. De schaal schijnt zelfs betrouwbaarder te zijn voor artsen (Hojat e.a 1999). Hier komt bij dat de Jefferson schaal snel af te nemen is bij respondenten. Aan de andere kant zijn er in dit onderzoek ook beperkingen naar boven gekomen wat betreft de operationalisatie. Mijn aanbeveling is toch om de schaal mee te nemen bij het herhalen van het onderzoek onder artsen eventueel als aanvulling. De mogelijkheid de antwoorden te vergelijken met de data uit dit onderzoek maakt de uitkomsten bruikbaar.

Wat betreft onderzoek onder verpleegkundigen is de conclusie simpeler, bij herhaling van het onderzoek zullen de items van de Jefferson schaal vernieuwd moeten worden of er zal eventueel een nieuwe schaal gecreëerd moeten worden. De Jefferson schaal is in deze vorm naar

verwachting goed in staat aan te tonen wat de verschillen tussen arts en verpleegkundigen zijn maar gaat minder diep op de onderwerpen in waardoor de verschillen binnen het verpleegkundig beroep minder goed bloot te leggen zijn. Ingaan op recente ontwikkeling van de autonomie van verpleegkundigen is het eerste punt van verbetering dat ik zou aandragen.

Het is spijtig dat gezien de tijdsplanning van het huidige onderzoek er zo weinig studenten konden meewerken. Hierdoor is dit onderzoek niet in staat om aan te tonen of er een ontwikkeling bij de verpleegkundige plaats vindt langs de lijn “student – startend verpleegkundige – professional” anders dan via de ervaringsjaren. Dit is juist zo jammer omdat het kunnen aantonen van significante verschillen tussen studenten en gediplomeerd verpleegkundigen in samenwerking een stap in de richting zou zijn voor het vinden van een beginpunt waarop verbetering van de samenwerking kan plaats vinden. De aanwijzing dat ervaringsjaren invloed hebben versterkt het vermoeden dat er belangrijke verschillen kunnen zijn tussen student verpleegkunde en gediplomeerd verpleegkundige.

Een derde aanbeveling is dan ook om onderzoek te doen naar studenten verpleegkunde en eventueel ook geneeskunde.

## LITERATUURLIJST

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the devision of expert labor.* Chicago/London: The university of Chicago press.

Baggs, J. G., Ryan, S.A., Phelps, C. E., Richeson, J. F., Johnson, J. E. (1992). *Hearth and lung: the journal of critical care*, 21, 18-24.

Blegen, M. A., Reiter, R.C., Goode, C. J., Murphy, R. R. (1995). *Outcomes of hospital-based managed care: A multivariate analysis of costs and quality.* *Obstetrics and gynecology*, 86, 809-823.

Chapstick, V.A., Harley, D. (2004). *Labor and delivery nurses: A survey of attitudes toward third year medical students and their education.* *American journal of obstetrics and gynaecology*, 191, 1828-1833.

Curley, M.A. (2002). *Experienced nurses + autonomy = better patient outcomes.* *Pediatric critical care medicine*, 3, 385-391.

Dougherty, M. B., Larson, E. (2005). *A review of instruments measuring nurse-physician collaboration.* *Journal of nursing administration*, 5, 244-253.

Fagin, C. M. (1992). *Collaboration between nurses & physicians: no longer a choice.* *Nursing & healthcare*, 13, 354-363.

Hendel, T., Fish, M., Berger, O. (2007). *Nurse/physician conflict management mode choices: Implications for improved collaborative practice.* *Nursing administration*, 31, 244-253.

Hojat, M., Fields, S. K., Veloski, J. J., Griffiths, M., Cohen, M. J. M., Plumb, J. D. (1999) *Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration.* *Evaluation & the health professions*, 22, 208-220.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Fields, S. K., Cicchetti, A., Scalzo, A., Taroni, F., Amicosante, A. M. V., Macinati, M., Tangucci, M., Liva, C., Ricciardib, G., Eidelman, S., Admi, H Geva, H., Mashiach, T., Alroy, G., Alcorta-Gonzalez, A., Ibarra, D., Torres-Ruiz, A. (2003). *Comparison of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships.* *International journal of nursing studies*, 40, 42-436.

King, L., Lee, J, L., (1994). *Perceptions of collaborative practice between navy nurses and physicians in the ICU setting.* *American journal of critical care*, 3, 331-336.

Kramer, M., Schmalenberg, C. (2003). *Securing "good" nurse physician relationships.* *Nursing management*, 34, 34-38.

Lever, M. (2007). *Hoe ervaren artsen en verpleegkundigen hun samenwerking en hoe gaan zij om met wrijvingen die daarin ontstaan? Wenckebach ontwikkelplatform publicaties Groningen, Nederland*

Mastenbroek, W. F. G. (1991). *Conflictantering en organisatieontwikkeling.* Samson bedrijfsinformatie, Alphen aan de rein.

Oosterhof, A. (2008). *Wederzijdse beeldvorming artsen en verpleegkundigen.* MWM2Bureau voor online onderzoek.

Rafferty, A. M., Ball, J., Aiken, L. H., (2001). *Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result into improved hospital care.* *Quality health care*, 10, 32-37.

Rieck, S. (2007). *Critique of nurse-physician collaboration: A comparison of the attitudes of nurses and physicians in*



the medical-surgical patient care setting. *Nursing*, 16, 119-121.

Roodbol, P.F. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.*

Rudland, J.R., Mires, G. J. (2005). Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: Implications for shared teaching. *Medical education*, 39, 448-455.

Smith, S. B., Tutor, R. S., Phillips, M. L. (2001). *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 39, 36-45.

Steinbrook, R. (2002). *Nursing in the crossfire. New England journal of medicine*, 346, 1757-1766.

Stuurwold, L. Vries, M. (2007). *Het beeld dat co-assistenten hebben van verpleegkundigen. Wenckebach ontwikkelplatform publicaties Groningen, Nederland.*

Tabak, N., Koprak, O. (2007). Relationship between how nurse resolve there conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of nursing management*, 15, 321-331.

Thomson, S. (2007). Nurse-physician collaboration: A comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. *Nursing*, 16, 87-104.

**BIJLAGE 1 FREQUENTIE VERDELINGEN VARIABELEN****Functie**

	Frequentie	Procent	Cumulatief procent
Stagiair	11	5.1	5.2
Verpleegkundige	64	29.8	35.5
Senior verpleegkundige	88	40.9	77.3
Regie verpleegkundige	43	20	97.6
Hoofdverpleegkundige	5	2.3	100
Totaal	211	98.1	
System missing	4	1.9	
Totaal	215		

**Aandachtsgebied**

	Frequentie	Procent	Cumulatief procent
KNO	6	2.8	2.8
Orthopedie	10	4.7	7.4
Chirurgie	26	12.1	19.5
Thorax	35	16.3	35.8
Interne geneeskunde	38	17.7	53.5
Neurologie	13	6	59.5
Obstetrie /gynaecologie	13	6	65.6
Kindergeneeskunde	45	20.9	86.5
Psychiatrie	10	4.7	91.2
Anders	19	8.8	100
Totaal	215	100	
System missing	0	0	
Totaal	215		

**Opleiding**

	Frequentie	Procent	Cumulatief procent
--	------------	---------	--------------------

MBOV	51	23.9	23.9
HBOV	96	45.1	69
In service	63	29.6	98.6
Anders	3	1.4	100
Totaal	213	100	
System missing	2	1.4	
Totaal	215		

#### Jaren werkzaam

	Frequentie	Procent	Cumulatief procent
,00	1	,5	,5
,10	3	1,4	1,9
,15	1	,5	2,4
,20	2	,9	3,3
,50	5	2,3	5,7
1,00	14	6,5	12,4
2,00	11	5,1	17,7
2,50	1	,5	18,2
3,00	10	4,7	23,0
4,00	10	4,7	27,8
5,00	6	2,8	30,6
5,50	1	,5	31,1
6,00	11	5,1	36,4
7,00	10	4,7	41,1
7,50	1	,5	41,6
8,00	9	4,2	45,9
9,00	7	3,3	49,3
10,00	7	3,3	52,6
12,00	4	1,9	54,5
12,50	1	,5	55,0
13,00	6	2,8	57,9
13,50	1	,5	58,4
14,00	3	1,4	59,8

---

15,00	6	2,8	62,7
16,00	3	1,4	64,1
17,00	2	,9	65,1
18,00	4	1,9	67,0
19,00	7	3,3	70,3
20,00	7	3,3	73,7
21,00	1	,5	74,2
23,00	5	2,3	76,6
24,00	1	,5	77,0
25,00	7	3,3	80,4
26,00	1	,5	80,9
27,00	3	1,4	82,3
28,00	4	1,9	84,2
29,00	2	,9	85,2
30,00	6	2,8	88,0
31,00	4	1,9	90,0
32,00	1	,5	90,4
33,00	4	1,9	92,3
34,00	1	,5	92,8
35,00	4	1,9	94,7
36,00	1	,5	95,2
37,00	1	,5	95,7
39,00	4	1,9	97,6
40,00	3	1,4	99,0
41,00	1	,5	99,5
42,00	1	,5	100,0
System missing	6	2,8	
Totaal	215		

---

## BIJLAGE 2 BETROUWBAARHEIDSANALYSE JEFFERSON SCHAAL

Cronbach's Alpha	Aantal items
,702	14

	Schaal gemiddelde zonder item	Schaal variantie zonder item	Cronbach's alpha zonder item
Tijdens de opleiding zouden studenten verpleeg- en geneeskunde al moeten samenwerken om elkaars rollen te begrijpen.	46,6667	15,000	,703
De interprofessionele relatie* tussen artsen en verpleegkundigen zou onderdeel moeten uitmaken van hun onderwijsprogramma's.	46,5121	14,853	,689
Een verpleegkundige moet meer als een partner en collega van de arts gezien worden dan als diens assistent.	46,2029	14,784	,697
Er zijn vele gebieden waar de verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen elkaar overlappen.	46,5556	14,345	,682
Artsen moet geleerd worden om een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen met de verpleegkundigen	46,3188	13,791	,666
Artsen en verpleegkundigen zouden beide moeten bijdragen aan de beslissing om een patiënt te ontslaan uit het ziekenhuis	46,4589	13,745	,672
Verpleegkundigen zouden ook verantwoordelijkheid moeten dragen voor het monitoren van de resultaten van medische behandelingen.	47,1111	14,886	,713
Verpleegkundigen zijn in staat om psychologische behoeften van de patiënt te beoordelen en daar op te reageren.	46,2899	14,702	,684
Verpleegkundigen moeten betrokken worden bij beleidsbeslissingen die eigen werkomstandigheden beïnvloeden.	46,1691	14,316	,672
Verpleegkundigen zijn (bij uitstek) deskundig op het gebied van patiëntenvoorlichting en psychologische begeleiding.	46,5169	14,523	,685
Een verpleegkundige moet de opdracht van een arts terugkoppelen naar de arts als ze het gevoel hebben dat deze opdracht schadelijke effecten kan hebben voor de patiënt.	45,9710	14,883	,685
Verpleegkundigen moeten betrokken zijn bij beleidskeuzes van ondersteunende ziekenhuisdiensten waarvan hun werk afhankelijk is.	46,4831	14,241	,676
Verpleegkundigen moeten verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundige zorg die ze leveren aan patiënten.	45,8502	15,808	,702
De belangrijkste functie van de verpleegkundige is om de opdrachten van de arts uit te voeren.	46,2464	15,381	,707
Artsen zouden de dominante autoriteit moeten zijn bij alle zaken met betrekking tot het hele gebied van de gezondheidszorg.	46,5217	15,027	,709

## Betrouwbaarheids analyse per concept

### Gedeelde educatie en relatie

Cronbach's Alpha	Aantal items
,639	7

	Schaal gemiddelde zonder item	Schaal variantie zonder item	Cronbach's alpha zonder item
Tijdens de opleiding zouden studenten verpleeg- en geneeskunde al moeten samenwerken om elkaars rollen te begrijpen.	19,08	5,363	,610
De interprofessionele relatie* tussen artsen en verpleegkundigen zou onderdeel moeten uitmaken van hun onderwijsprogramma's.	18,92	5,410	,586
Een verpleegkundige moet meer als een partner en collega van de arts gezien worden dan als diens assistent.	18,62	5,623	,636
Er zijn vele gebieden waar de verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen elkaar overlappen.	18,97	5,559	,618
Artsen moet geleerd worden om een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen met de verpleegkundigen	18,74	4,988	,552
Artsen en verpleegkundigen zouden beide moeten bijdragen aan de beslissing om een patiënt te ontslaan uit het ziekenhuis	18,88	4,942	,569
Verpleegkundigen zouden ook verantwoordelijkheid moeten dragen voor het monitoren van de resultaten van medische behandelingen.	19,53	5,284	,640

### Roldefiniering

Cronbach's Alpha	Aantal items
,678	3

	Schaal gemiddelde zonder item	Schaal variantie zonder item	Cronbach's alpha zonder item
Verpleegkundigen zijn in staat om psychologische behoeften van de patiënt te beoordelen en daar op te reageren.	6,72	,886	,561
Verpleegkundigen moeten betrokken worden bij beleidsbeslissingen die eigen werkomstandigheden beïnvloeden.	6,59	,963	,630
Verpleegkundigen zijn (bij uitstek) deskundig op het gebied van patiëntenvoorlichting en psychologische begeleiding.	6,94	,774	,554

### Autonomie van de verpleegkundige

Cronbach's	Aantal items
Alpha	
,48	3

	Schaal gemiddelde zonder item	Schaal variantie zonder item	Cronbach's alpha zonder item
Een verpleegkundige moet de opdracht van een arts terugkoppelen naar de arts als ze het gevoel hebben dat deze opdracht schadelijke effecten kan hebben voor de patiënt.	7,09	,570	,239
Verpleegkundigen moeten betrokken zijn bij beleidskeuzes van ondersteunende ziekenhuisdiensten waarvan hun werk afhankelijk is.	7,59	,497	,406
Verpleegkundigen moeten verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundige zorg die ze leveren aan patiënten.	6,97	,774	,469

### Autoriteit van de arts

Cronbach's	Aantal items
Alpha	
,551	2

	Schaal gemiddelde zonder item	Schaal variantie zonder item	Cronbach's alpha zonder item
De belangrijkste functie van de verpleegkundige is om de opdrachten van de arts uit te voeren.	3,1878	,512	.
Artsen zouden de dominante autoriteit moeten zijn bij alle zaken met betrekking tot het hele gebied van de gezondheidszorg.	3,4601	,372	.

### BIJLAGE 3 CORRELATIETABELLEN

#### Correlations - Jefferson schaal

Correlations

		Tijdens de opleiding zouden studenten verpleeg- en geneeskunde al moeten samenwerken om elkaars rollen te begrijpen.	De interprofessionele relatie tussen artsen en verpleegkundigen zou onderdeel moeten uitmaken van hun onderwijsprogramma's.	Een verpleegkundige moet meer als een partner en collega van de arts gezien worden dan als diens assistent.	Er zijn vele gebieden waar de verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen elkaar overlappen.	Artsen moeten worden om een samenwerkingsrelatie te stand te brengen met de verpleegkundigen.	Artsen en verpleegkundigen zouden beide moeten bijdragen aan de beslissing om een patiënt te ontslaan uit het ziekenhuis.	Verpleegkundigen zouden ook verantwoordelijk moeten dragen voor het monitoren van de resultaten van medische behandelingsplannen.	Verpleegkundigen zijn in staat om psychologische behoeften van de patiënt te begrijpen.	Verpleegkundigen moeten betrokken worden bij beleidsbeslissingen.	Verpleegkundigen zijn (bij uitstek) deskundig op het gebied van patiëntenvoorzorg en psychologische behoeften.	Een verpleegkundige moet de opdracht van een arts terugkoppelen naar de arts als ze het gevoel hebben dat deze opdracht schadelijk effecten kan hebben voor de patiënt.	Verpleegkundigen moeten betrokken zijn bij beleidskeuzes van ondersteunen de ziekenhuisdiensten waarvan hun werk afhankelijk is.	Verpleegkundigen moeten verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundigen op de werkvloer.	Recorde van DOC15	recorde van DOC14
Tijdens de opleiding zouden studenten verpleeg- en geneeskunde al moeten samenwerken om elkaars rollen te begrijpen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 . 213	.523** .000 212	.085 .216 213	.050 .465 213	.170* .013 213	.207** .002 213	.131 .057 211	.038 .581 213	.064 .366 213	.089 .198 211	.033 .631 213	.008 .504 213	-.046 .507 213	-.030 .667 212	-.028 .686 213
De interprofessionele relatie tussen artsen en verpleegkundigen zou onderdeel moeten uitmaken van hun onderwijsprogramma's.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.523** .000 212	1 .222 213	.084 .222 213	.181** .008 213	.341** .000 213	.244** .000 213	.122 .078 211	.082 .234 213	.117 .089 213	.087 .207 211	.026 .709 213	.199* .020 213	.027 .694 213	.025 .719 212	-.058 .403 213
Een verpleegkundige moet meer als een partner en collega van de arts gezien worden dan als diens assistent.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.085 .216 213	.084 .222 213	1 .222 214	.127 .063 214	.222** .001 214	.222** .001 214	.089 .153 212	.076 .270 214	.109 .112 214	.031 .661 212	.113 .088 214	.065 .345 214	.165* .015 214	.025 .719 213	.122 .076 214
Er zijn vele gebieden waar de verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen elkaar overlappen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.050 .465 213	.181** .000 213	.127 .063 214	1 .000 214	.346** .000 214	.262** .000 214	.133 .053 212	.196** .004 214	.318** .000 214	.084 .222 214	.261** .000 214	.233** .000 214	.037 .589 214	.047 .491 213	.070 .307 214
Artsen moeten worden om een samenwerkingsrelatie te stand te brengen met de verpleegkundigen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.170* .013 213	.341** .000 213	.222** .001 214	.222** .000 214	1 .000 214	.426** .001 214	.198** .004 212	.132 .054 214	.265** .000 214	.219** .001 214	.234** .000 214	.323** .000 214	.042 .544 214	.072 .286 213	.003 .963 214
Artsen en verpleegkundigen zouden beide moeten bijdragen aan de beslissing om een patiënt te ontslaan uit het ziekenhuis.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.207** .002 213	.244** .000 213	.222** .001 214	.242** .000 214	.426** .000 214	1 .000 212	.198** .004 214	.143** .037 214	.126 .085 214	.113 .101 214	.118 .084 214	.196** .004 214	.172* .012 214	.152* .036 213	.139* .042 214
Verpleegkundigen zouden ook verantwoordelijk moeten dragen voor het monitoren van de resultaten van medische behandelingsplannen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.131 .057 211	.122 .078 211	.089 .153 212	.133 .053 212	.229** .001 212	.198** .004 212	1 .000 212	-.021 .763 212	.124 .072 212	.083 .230 210	.061 .379 210	.102 .139 210	-.041 .549 210	-.139* .043 211	-.071 .301 212
Verpleegkundigen zijn in staat om psychologische behoeften van de patiënt te begrijpen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.038 .581 213	.082 .234 213	.076 .270 214	.196** .004 214	.132 .054 214	.143* .000 214	.021 .763 212	1 .000 214	.372** .000 214	.463** .000 214	.273** .000 214	.287** .000 214	.106 .122 214	.151** .028 213	.141** .039 214
Verpleegkundigen moeten betrokken worden bij beleidsbeslissingen.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.084 .366 213	.117 .089 213	.100 .112 214	.318** .000 214	.262** .005 214	.126 .072 212	.372** .000 214	1 .000 214	.394** .000 214	.281** .000 214	.463** .000 214	.463** .000 214	.128 .062 214	.142* .038 213	.189** .000 214
Verpleegkundigen zijn (bij uitstek) deskundig op het gebied van patiëntenvoorzorg en psychologische behoeften.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.089 .198 211	.087 .207 211	.031 .661 212	.084 .222 212	.219** .001 212	.113 .101 212	.083 .230 212	.463** .000 212	.394** .000 212	1 .000 212	.363** .000 212	.224** .001 212	.051 .483 212	.103 .135 211	.072 .205 212
Een verpleegkundige moet de opdracht van een arts terugkoppelen naar de arts als ze het gevoel hebben dat deze opdracht schadelijk effecten kan hebben voor de patiënt.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.033 .631 213	.026 .709 213	-.113 .098 214	.261** .000 214	.234** .001 214	.118 .084 214	.061 .379 214	.273** .000 214	.264** .000 214	.363** .000 214	1 .000 214	.311** .000 214	.262** .000 214	.050 .464 213	.142* .038 214
Verpleegkundigen moeten betrokken zijn bij beleidskeuzes van ondersteunen de ziekenhuisdiensten waarvan hun werk afhankelijk is.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.008 .304 213	.159* .020 213	.085 .345 214	.333** .000 214	.323** .004 214	.196** .004 214	.102 .139 212	.287** .000 214	.450** .000 214	.224** .001 214	.311** .000 214	1 .000 214	.147* .031 214	.118 .067 213	.063 .389 214
Verpleegkundigen moeten verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundigen op de werkvloer.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.046 .507 213	.027 .694 213	.165* .015 214	.037 .544 214	.042 .000 214	.172* .002 214	-.041 .549 212	.106 .122 214	.128 .062 214	.051 .463 214	.262** .000 214	.147* .031 214	1 .064 214	.081 .349 213	.000 .240 214
Recorde van DOC15	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.030 .667 212	.026 .719 212	.025 .719 213	.047 .491 213	.072 .286 213	.182* .026 213	-.139* .043 213	.151** .028 213	.142* .038 211	.103 .135 213	.030 .464 213	.116 .087 213	.054 .349 213	1 .000 213	.385** .000 213
recorde van DOC14	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.028 .686 213	-.058 .403 213	.122 .076 214	.070 .307 214	.093 .963 214	.139* .042 214	-.071 .301 214	.141** .039 214	.199** .003 214	.072 .205 214	.142* .038 214	.063 .369 214	.081 .240 214	.385** .000 214	1 214

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



## BIJLAGE 4 HYPOTHESE 1

### Regressievergelijking voor H1 met controle voor leeftijd

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	193,178	1	193,178	12,586	,000(a)
	Residual	2839,528	185	15,349		
	Total	3032,706	186			
2	Regression	270,191	2	135,095	8,998	,000(b)
	Residual	2762,515	184	15,014		
	Total	3032,706	186			

Model		B	SE	Beta	T	Sig.
1	Constante	46,418	,954		48,646	,00
	Leeftijd	,088	,025	,252	3,548	,00
2	Constante	43,389	1,637		26,510	,00
	Leeftijd	,226	,065	,645	3,447	,001
	Aantal jaren werkzaam	-,148	,065	-,424	-2,265	,025

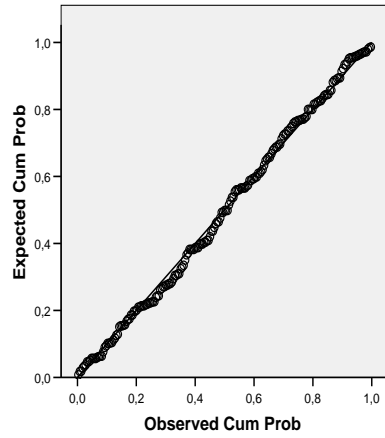
R<sup>2</sup>= 0,89

Normaalverdeling H1

---

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

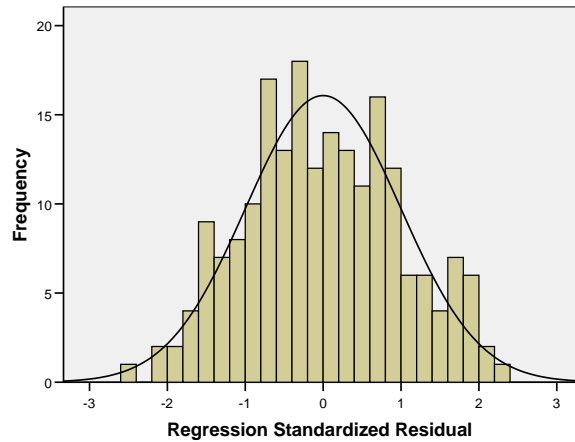
Dependent Variable: Jeffersontot



---

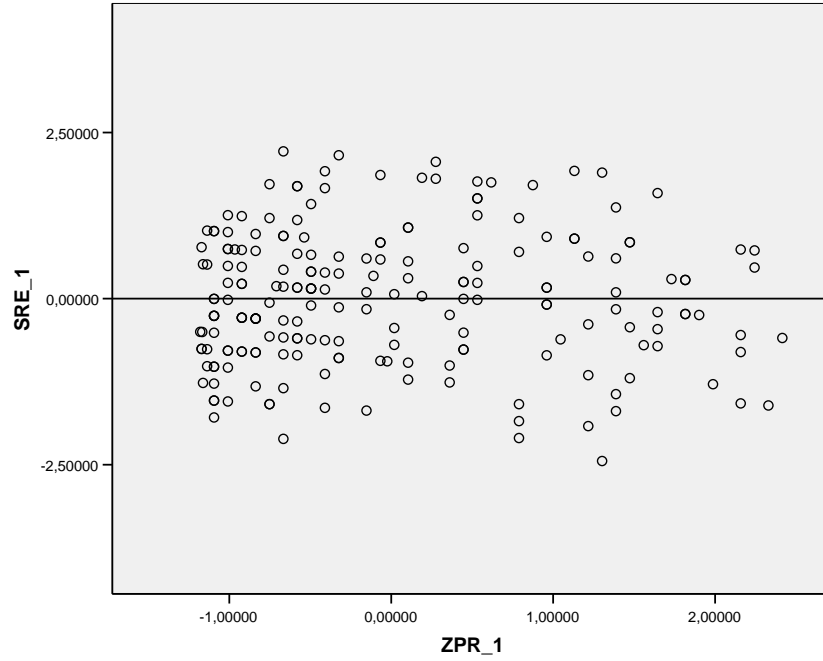
Histogram

Dependent Variable: Jeffersontot



Lineariteit controle H1

---



## BIJLAGE 5 HYPOTHESE 2

### Verschillen tussen functies in score op Jefferson schaal (Post-Hoc)

Functie 1 (I)	Functie 2 (J)	Vershil in gemiddelde (I-J)
Hoofd verpleegkundige	Student	3,53
	Verpleegkundige	3,17
	Senior Verpleegkundige	1,60
	Regie Verpleegkundige	1,65
Regie Verpleegkundige	Student	1,87
	Verpleegkundige	1,52
	Senior Verpleegkundige	-,06
Senior Verpleegkundige	Student	1,93
	Verpleegkundige	1,57
Verpleegkundige	Student	,36

## BIJLAGE 6

### Variantieanalyse verschillen tussen wel of niet werken op de IC

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	30,216	1	30,216	1,838	,177
Within Groups	3370,808	205	16,443		
Total	3401,024	206			

### Variantieanalyse voor verschillen tussen snijdend en niet snijdende specialismen

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,433	1	2,433	,145	,704
Within Groups	3167,640	189	16,760		
Total	3170,073	190			

## BIJLAGE 7

### Aantal overtredingen assumpties Mokkenanalyse

	Violations	Violations/ Accuraat	crit
LAA- Medische handelingen	22	0.01	65
LAA- Communiceren met VP	22	0.01	76
LAA- Afdeling	32	0.02	87
LAA- Wat VP doen	33	0.02	85
LAA- Communiceren met patiënten	14	0.01	56
LVA- Medische handelingen	5	0.00	39
LVA- Communicatie met arts	26	0.01	69
LVA- Organisatie	32	0.02	97
LVA- Hoe artsen werken	20	0.01	70
LVA- Communicatie met patiënten	30	0.02	92

## BIJLAGE 8 DE JEFFERSON VRAGENLIJST

Tijdens de opleiding zouden studenten verpleeg- en geneeskunde al moeten samenwerken om elkaars rollen te begrijpen.	1	2	3	4
De interprofessionele relatie* tussen artsen en verpleegkundigen zou onderdeel moeten uitmaken van hun onderwijsprogramma's.	1	2	3	4
Een verpleegkundige moet meer als een partner en collega van de arts gezien worden dan als diens assistent.	1	2	3	4
Er zijn vele gebieden waar de verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen elkaar overlappen.	1	2	3	4
Artsen moet geleerd worden om een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen met de verpleegkundigen	1	2	3	4
Artsen en verpleegkundigen zouden beide moeten bijdragen aan de beslissing om een patiënt te ontslaan uit het ziekenhuis	1	2	3	4
Verpleegkundigen zouden ook verantwoordelijkheid moeten dragen voor het monitoren van de resultaten van medische behandelingen.	1	2	3	4
Verpleegkundigen zijn in staat om psychologische behoeften van de patiënt te beoordelen en daar op te reageren.	1	2	3	4
Verpleegkundigen moeten betrokken worden bij beleidsbeslissingen die eigen werkomstandigheden beïnvloeden.	1	2	3	4
Verpleegkundigen zijn (bij uitstek) deskundig op het gebied van patiëntenvoorlichting en psychologische begeleiding.	1	2	3	4
Een verpleegkundige moet de opdracht van een arts terugkoppelen naar de arts als ze het gevoel hebben dat deze opdracht schadelijke effecten kan hebben voor de patiënt.	1	2	3	4
Verpleegkundigen moeten betrokken zijn bij beleidskeuzes van ondersteunende ziekenhuisdiensten waarvan hun werk afhankelijk is.	1	2	3	4
Verpleegkundigen moeten verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundige zorg die ze leveren aan patiënten.	1	2	3	4
De belangrijkste functie van de verpleegkundige is om de opdrachten van de arts uit te voeren.	1	2	3	4
Artsen zouden de dominante autoriteit moeten zijn bij alle zaken met betrekking tot het hele gebied van de gezondheidszorg.	1	2	3	4