

Competent meten

*Ontwikkeling van een meetinstrument om
competentiemanagement voor verpleegkundigen te
beoordelen naar effectiviteit*



Eline Nap

Afstudeerverslag E.W. Nap
Studentnummer 9809791

Afstudeercommissie:

Universiteit Twente:	Prof. Dr. W. van Rossum
	Drs. C.M. van der Heijde
Medisch Spectrum Twente	G. van der Kolk
	J.Lohuis (tot juni 2006)

Universiteit Twente
Faculteit Management en Bestuur
Studierichting Technische Bedrijfskunde
Vakgroep Geneeskunde en Management

Competentiemanagement is volgens het Medisch Spectrum Twente de oplossing voor het tekort aan verpleegkundigen dat voorspeld wordt voor de toekomst [Windt, 2006].

In dit onderzoek is een meetinstrument ontwikkeld dat het effect van competi tiemanagement kan meten op de competenties van verpleegkundigen. Hiervoor is allereerst een vooronderzoek uitgevoerd naar de competenties die voor verpleegkundigen belangrijk worden gevonden. Dat zijn: patiëntenbejegening, vakkennis, kennis en initiatief op afdeling- en organisatieniveau, communicatie, analytisch vermogen, nauwkeurigheid, samenwerken, stressbestendigheid, kostenbewustzijn en flexibiliteit.

Een groot deel van deze competenties kon gemeten worden door de gevalideerde vragenlijst 'Employability' [Van der Heijden & Van der Heijde, 2005] te gebruiken. Voor de competenties 'patiëntenbejegening', 'communicatie' en 'nauwkeurigheid' was dat niet het geval, voor deze competenties is een nieuwe vragenlijst ontwikkeld. De vragen hiervan zijn in willekeurige volgorde door de bestaande vragenlijst heen is gezet. Met deze lijst is een 0-meting uitgevoerd bij 39 verpleegkundigen en hun collega's van acht verschillende afdelingen van het Medisch Spectrum Twente. De schalen zijn geanalyseerd en de schalen zijn betrouwbaar gebleken gezien de Crohnbach's alpha (waarde 0.67-0.84).

De verpleegkundigen blijken in deze eerste meting relatief laag te scoren op 'corporate sense' en 'anticipation & optimisation'. Deze competenties uit de bestaande vragenlijst komen ongeveer overeen met de competenties 'kennis en initiatief op afdelings- en organisatieniveau' en 'flexibiliteit'.

Om de 'corporate sense' onder verpleegkundigen te vergroten zou de invloed van verpleegkundigen in de besluitvormingsprocessen binnen het ziekenhuis vergroot moeten worden. Een mogelijkheid om dit te bereiken is door middel Verpleegkundige AdviesRaad (VAR). Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen uit ziekenhuizen met een VAR zich meer betrokken voelen bij de besluitvorming [Jongh, 2006]. Verpleegkundigen moeten ook de kennis krijgen om mee te denken op dit niveau binnen de organisatie, bijvoorbeeld door scholing te krijgen over organisatiestructuren. Verder moet de Raad van Bestuur de adviezen van een VAR serieus nemen en in het begin de besluitvorming stimuleren door gericht advies te vragen over onderwerpen die voor verpleegkundigen van belang zijn.

Om de score van verpleegkundigen op de competentie 'anticipation & optimisation' te vergroten wordt aanbevolen om de werkomgeving voor verpleegkundigen flexibeler te maken en te zorgen dat verpleegkundigen meer van afdeling wisselen. Dat kan bijvoorbeeld door het invoeren van job rotation. Als verpleegkundigen regelmatig op een andere afdeling werken wordt de flexibiliteit vergroot en ook verbeteren de verpleegkundige vaardigheden binnen een andere patiëntencategorie.

Verder is het belangrijk om de resultaten uit dit onderzoek terug te koppelen naar de verpleegkundigen van de werkvloer. Zij hebben tijd en moeite genomen om de vragenlijst in te vullen. Door terug te koppelen van de resultaten zijn en wat ermee gedaan wordt laat het

management zien dat de tijdsinvestering niet voor niks is geweest en dat er iets mee wordt gedaan.

De laatste aanbeveling die gegeven wordt is om de 1-meting ook daadwerkelijk uit te voeren. Dit kan nog een grote schat aan informatie opleveren waar het ziekenhuis veel voordeel mee kan doen. Een indicatie voor een datum waarop deze meting uitgevoerd kan worden hangt van verschillende factoren af maar uitgegaan kan worden van de tijdperiode een jaar na het verschijnen van dit onderzoeksverslag.

Dit verslag is geschreven naar aanleiding van mijn afstudeeronderzoek voor de studie Technische Bedrijfskunde. Al vrij snel wist ik dat ik wilde afstuderen in een ziekenhuis en een onderwerp dat me erg aansprak was competentie management. Toen ik een gesprek kreeg met de manager Personeelszaken bij het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente in Enschede bleek dat een afstudeeronderzoek paste binnen hun plannen en ik mocht gaan starten.

Het eerste deel van mijn onderzoek ging voorspoedig en omdat ik al zin kreeg om het studentenleven achter me te laten ging ik op zoek naar een leuke baan. Helaas bleek de combinatie werken-afstuderen me niet zo goed af te gaan als ik gedacht had en heeft het afronden van mijn onderzoek flink wat tijd gekost.

Toch ligt hier dan nu het eindproduct voor u, na af en toe wat lichte dwang, uitgeoefend door mijn vriend en ouders. Ik wil hen bedanken voor hun aansporingen op zijn tijd. De zorgen, die vooral mijn ouders uitspraken; óf ik nog wel zou afstuderen, hebben mij af en toe zo'n schuldgevoel bezorgd dat ik met hernieuwde kracht aan het werk ging zodat het onderzoek uiteindelijk is afgerond.

Mijn afstudeerbegeleiders wil ik bedanken voor het geduld dat ze met mij hebben gehad en voor de nuttige tips die ik kreeg in de leerzame en gezellige gesprekken die we gehad hebben.

Veel leesplezier.

Eline Nap
Utrecht, 23-02-'07

Management samenvatting	3
Voorwoord	5
Inhoudsopgave	6
Inleiding	8
1. Het Medisch Spectrum Twente	9
1.1. Inleiding	9
1.2. Onderzoeksmodel	9
1.3. MST algemeen	11
1.4. Formele structuur binnen het MST	12
1.5. Personeelsbeleid MST	13
1.6. Competentiemanagement in het MST	14
1.7. Verpleegkundigen in het MST; het Functiehuis	15
1.8. Conclusie	16
2 Competentiemanagement	17
2.1. Inleiding	17
2.2. Human Resource Management	17
2.3. Competenties	19
2.4. Competentiemanagement	21
2.5. Drie stromingen	23
2.6. Valkuilen bij competentie management	24
2.7. Conclusie	25
3. Competenties meten	26
3.1. Inleiding	26
3.2. Ontwikkeling	26
3.3. Doel van competenties meten	26
3.4. Individuele competenties meten	28
3.5. Indicatoren van competenties	30
3.6. Instrumenten voor het meten van gedrag	31
3.7. Conclusie	32
4. Onderzoeksmethodologie	34
4.1. Inleiding	34
4.2. Algemeen methodologie	34
4.4. Het onderzoeksmodel	34
4.5. De keuze van het instrument	36
4.6. Vooronderzoek	37
4.7. Onderzoek; schaalconstructie	38
4.8. Onderzoek; respondenten	39
4.9. Onderzoek; obstakels	41
4.10. Onderzoek: wetenschappelijke verantwoording	42
4.11. Analyse van de gegevens	45
4.12. Conclusie	45

5. Onderzoeksresultaten	46
5.1. Inleiding	46
5.2. Vooronderzoek	46
5.3. Onderzoek; respons en non-respons	48
5.4. Onderzoek; biografische data	48
5.5. Onderzoek: de vragenlijst	49
5.6. Resultaten analyse deel één	49
5.7. Resultaten analyse deel twee	50
5.8. Resultaten score berekening	54
5.9. Conclusie	56
6. Conclusies en aanbevelingen	58
6.1. Conclusies	58
6.2. Verklaringen	59
6.3. Beperkingen	60
6.4. Wetenschappelijke en praktische relevantie	61
6.5. Aanbevelingen	61
Literatuurlijst	63
Bijlagen	72

De kosten in de gezondheidszorg stijgen. Daarom is beheersing van kosten een steeds belangrijker agendapunt van organisaties. Kosten stijgen doordat in Nederland een aantal economische, demografische, maatschappelijke en technische ontwikkelingen gaande zijn die ervoor zorgen dat er kwantitatief gezien steeds minder handen aan het bed van de patiënt komen.

De doelmatigheidsvraag vanuit de overheid en de schaarste aan specialistische deskundigheid in de medische beroepen zullen de vraag naar taakherschikking tussen zorgberoepen doen toenemen. Het Medisch Spectrum Twente vindt dat horizontale en verticale functiedifferentiatie de oplossing van dit knelpunt zal moeten zijn [MST, 2004-1]. Om dit proces in goede banen te leiden heeft de afdeling Personeel en Organisatie de keuze gemaakt om competentie management in te voeren. Om het effect van competentie management op de medewerkers van het MST te meten is dit afstudeeronderzoek uitgevoerd waarin een meetinstrument is ontwikkeld. Dit meetinstrument meet de score van verpleegkundigen op competenties die belangrijk zijn in hun beroepsuitoefening. De 0-meting wordt ook binnen het onderzoek uitgevoerd. Nadat het ziekenhuis competentie management heeft ingevoerd kan het meetinstrument nog een keer gebruikt worden om een 1-meting uit te voeren. Met het ontwikkelde instrument kan het management van het ziekenhuis samen met de afdeling personeel en organisatie in de gaten houden of kennis, houding en vaardigheden bij verpleegkundigen verbeteren door te managen op competenties.

In het eerste hoofdstuk wordt het onderzoeksmodel uitgewerkt en wordt het Medisch Spectrum Twente nader toegelicht. Daarna wordt het theoretisch kader waarbinnen het onderzoek valt beschreven met literatuur over competentie management en over het meten van competenties bij verpleegkundigen. Deze literatuur wordt gebruikt om te bepalen welke competenties bij verpleegkundigen belangrijk zijn in de beroepsuitoefening. Daarnaast wordt bekeken welk instrument deze competenties volgens de literatuur het beste kan meten.

Vanuit het theoretisch kader volgt de onderzoeksmethodologie waarin beschreven wordt hoe het meetinstrument ontwikkeld is en hoe de data met betrekking tot competenties van verpleegkundigen verzameld is. Vervolgens worden de resultaten van de eerste meting die is uitgevoerd beschreven en tot slot worden conclusies en aanbevelingen gegeven.

1.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksmodel uitgewerkt, met daarin probleemstelling, de doelstelling en onderzoeksvragen. Vervolgens wordt een schets gegeven van de organisatiestructuur en de organisatiedoelen van het Medisch Spectrum Twente (MST), het ziekenhuis waar het onderzoek is uitgevoerd.

1.2. Onderzoeksmodel

Het onderzoeksmodel start met de aanleiding, vervolgens komen de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling aan de orde.

Aanleiding

In Nederland zijn verschillende economische, demografische, maatschappelijke en technische ontwikkelingen gaande die ervoor zorgen dat er kwantitatief gezien steeds minder handen aan het bed van de patiënt komen.

Een demografische ontwikkeling is dat het aantal ouderen toeneemt en dat ook de komende decennia sterk zal blijven doen, vanaf 2010 zelfs in versnelde mate [De Jong, 2001]. Ook neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. Dit verschijnsel hangt deels samen met de genoemde vergrijzing; in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 70% een langdurige aandoening. Chronische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het zorggebruik [Windt e.a., 2003].

Onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat verwanten een essentiële bron van steun zijn voor oudere mensen. Zij zijn voor hen van belang voor het vervullen van hulptaken zoals verzorging bij ziekte. Post [1997] heeft aangetoond dat het gemiddelde aantal verwanten per oudere zal afnemen. Als het aantal beschikbare familie afneemt zal dat het beroep dat ouderen doen op gezondheidszorginstellingen doen toenemen [RIVM, 2005].

De toenemende complexiteit van zorgprocessen, de technische ontwikkeling, vraagt om meer kennis van professionals en een grotere verantwoordelijkheid. Ook stijgen hierdoor de kosten waardoor het beheersen van de kosten een belangrijk agendapunt is van organisaties.

Onder verpleegkundigen is regelmatig een sterk verloop waar te nemen. De belangrijkste vermijdbare redenen voor het verloop volgens de verpleegkundigen en verzorgenden zijn de behoefte aan ontplooiing van capaciteiten en het ontbreken van loopbaanperspectief. Volgens de vertrekkers kan de werkgever hier iets aan doen [Windt e.a., 2003].

Probleemstelling

De doelmatigheidsvraag vanuit de overheid en de schaarste aan specialistische deskundigheid in de medische beroepen doen de vraag naar taakherschikking tussen zorgberoepen toenemen. Het MST vindt dat horizontale en verticale functiedifferentiatie de oplossing van dit knelpunt zal moeten zijn [MST, 2004-1].

Om in de toekomst de functie als ziekenhuis te kunnen continueren heeft het MST in haar als doelstelling opgenomen haar werving- en bindingsactiviteiten te willen verbeteren met als

doel voldoende en tevreden personeel, dat zich constant wil blijven ontwikkelen en verder professionaliseren:

We stimuleren bijvoorbeeld dat medewerkers zich verder ontwikkelen en professionaliseren volgens het concept van permanent leren. Competentieontwikkeling in het belang van de organisatie staat voorop, maar we houden zoveel mogelijk rekening met individuele ambities. Verder willen we de werving van personeel verbeteren door beleid te ontwikkelen op dit punt en door flink bij te dragen aan de opleiding van nieuwe professionals.

Tot slot willen we de tevredenheid van onze medewerkers vergroten door uiteenlopende maatregelen. Denk hierbij aan functiedifferentiatie, taakherschikking, meer aandacht voor arbozorg en meer ruimte voor professionele en persoonlijke ontwikkeling door scholing.

In het beleidsplan van de afdeling Personeel en Organisatie (P&O), die opdrachtgever is van het onderzoek, is op dit doel nader ingegaan. Hiervoor zijn een tweetal doelstellingen met bijbehorende acties opgesteld die betrekking hebben op het onderzoek:

- Competentieontwikkeling en professionalisering worden gestimuleerd. MST streeft het concept van permanent leren na. Daarbij dient competentieontwikkeling ten behoeve van het organisatiebelang voorop te staan, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met individuele ambities.
 - Actie: MST stelt decentrale opleidingsplannen op met aandacht voor benodigde competenties
- Door maatregelen zoals functiedifferentiatie/taakherschikking, meer aandacht voor arbozorg en meer ruimte voor professionele en persoonlijke ontwikkeling vergroot MST de tevredenheid van haar werknemers
 - Actie: MST voert POP-systematiek in met prominente plaats voor competentieontwikkeling

De afdeling P&O wil deze ontwikkelingen invoeren onder de noemer 'competentiemanagement'. De tijdplanning voor het invoeren van deze veranderingen is in 2005-2006.

De genoemde ontwikkelingen zijn voor het hele ziekenhuis van toepassing. Omdat cluster A1 (zie bijlage 1) door een bevoegde personeelsfunctionaris verder is met het ontwikkelen van competentie management is het onderzoek uitgevoerd in dat cluster. De bedoeling is dat competentie management zich als de spreekwoordelijke olievlek uitbreidt over het ziekenhuis nadat door andere clusters is gezien dat het in cluster A1 goed werkt en een positieve invloed heeft op de medewerkers.

Over het invoeren van de ontwikkelingen met betrekking tot competentie management heeft de opdrachtgever een aantal vragen:

1. Zullen deze ontwikkelingen werkelijk bijdragen aan de organisatiedoelen?
2. Zijn de competenties die de medewerkers moeten verwerven goed uit de organisatiedoelen gehaald?
3. Leidt competentie management tot verbetering van de competenties op gebied van houding, vaardigheid en attitude van de medewerkers?
4. Hoe kun je meten of competentie management effect heeft?

Doelstelling

In dit onderzoek wordt de laatste van de bovengenoemde vragen van de opdrachtgever beantwoord; er wordt een instrument ontwikkeld dat kan meten of de te nemen maatregelen op gebied van personeelsbeleid bijdragen aan de ontwikkeling van de competenties van verpleegkundigen. Er is gekozen voor de beroepsgroep van verpleegkundigen om het onderzoek af te bakenen en omdat die groep de grootste beroepsgroep is die werkzaam is in het ziekenhuis. In het onderzoek wordt een 0-meting gedaan en er wordt een advies gedaan over de tijdperiode waarna de tweede meting moet worden gedaan. Na de tweede meting kan de derde vraag beantwoord worden. Op de eerste twee vragen wordt vanwege de afbakening van het onderzoek niet ingegaan.

Vraagstelling

Vanuit de doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Ontwikkel een meetinstrument waarmee het ziekenhuis tijdens de invoering van competentie management de competenties van verpleegkundigen kan meten en waarmee het effect van de nieuwe manier van managen vastgesteld kan worden.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden moet op de volgende vragen ook een antwoord gegeven worden:

- Wat zijn de competenties die voor verpleegkundigen belangrijk zijn in hun beroepsuitoefening?
- Hoe maak je die competenties meetbaar?
- Hoe scoren de verpleegkundigen nu op die competenties
- Wanneer is een goed moment om de tweede meting te doen en zo het daadwerkelijk effect te bepalen van competentie management?

Door beantwoording van deze vragen kan het MST zicht krijgen op het functioneren van haar medewerkers. Er komt een instrument beschikbaar waarmee bepaald kan worden of competentie management effect heeft op de competenties die belangrijk gevonden worden in de beroepsgroep van verpleegkundigen.

1.3. MST algemeen

Bij de start van het onderzoek is achtergrondinformatie over het Medisch Spectrum Twente verzameld zodat een goed beeld verkregen kon worden van de onderzoekssetting.

Het Medisch Spectrum Twente is één van de grootste algemene ziekenhuizen in Nederland. De omvang van 1070 bedden is voortgekomen uit een fusie tussen de ziekenhuizen van Oldenzaal en Enschede in 1989. Hieraan zijn ook voor een deel de verschillende locaties van het ziekenhuis te danken. In het MST werken bijna vierduizend mensen.

De missie van het MST luidt als volgt:

Medisch Spectrum Twente wil, binnen de geldende wet- en regelgeving en financiële kaders, met gebruikmaking van de talenten van medisch specialisten en overige medewerkers, binnen een adequate outillage, zo nodig in samenwerking met andere zorgaanbieders, uitstekende basis- en topklinische ziekenhuiszorg bieden, die afgestemd is op de behoefte van de patiënt.'

De missie van het MST komt tot uiting in de visie. Voor de visie heeft het MST een aantal uitgangspunten benoemd:

- *Medisch-specialistische zorg is onze kernactiviteit;*
- *De zorgvraag van onze patiënt is uitgangspunt voor al ons handelen;*
- *Uitstekende gewone zorgverlening aan de individuele patiënt is onze basis;*
- *Topklinische zorg in Euregio-verband is in het bijzonder de verantwoordelijkheid van ons ziekenhuis;*
- *Specialistische opleidingen en klinisch-wetenschappelijk onderzoek zijn noodzakelijk voor het verlenen van hoogwaardige topklinische zorg;*
- *Goede zorgverlening vereist zorgzame medewerkers die goed opgeleid zijn;*
- *Naamve samenwerking tussen onze medewerkers is voorwaarde voor kwaliteit en doelmatigheid;*
- *Al onze activiteiten moeten worden gerealiseerd met het geld dat ons ter beschikking staat.*

1.4. Formele structuur binnen het MST

Het ziekenhuis is qua organisatiestructuur verdeeld in clusters en daarin is geprobeerd zo weinig mogelijk leidinggevende lagen te creëren. Er zijn acht clusters waarvan zes primair voor behandeling, onderzoek en verzorging van de patiënt. Vijf van de zes clusters zijn gegroepeerd rond medisch specialismen en één cluster, Oldenzaal, herbergt meerdere specialismen. De primaire clusters hebben een eigen budget en kunnen autonoom handelen binnen kaders die de Raad van Bestuur stelt. Naast de primaire clusters zijn er nog twee ondersteunende clusters, het Medisch Technisch Centrum en het Facilitair Bedrijf (organigram: bijlage 1).

Aan het hoofd van elk cluster staat een clustermanager. De afdelingen binnen de clusters hebben een afdelingshoofd die valt onder verantwoordelijkheid van de clustermanager. Ter advisering en ondersteuning van de clustermanager, de afdelingshoofden en de medewerkers heeft elk cluster een eigen staf van drie deskundigen op het gebied van zorgverlening, personeel & organisatie en informatie & financiën. Daarnaast heeft elk primair cluster een verpleegkundig opleidingsfunctionaris. Deze levert een bijdrage aan de uitvoering van verpleegkundige basis- en specialistische opleidingen, bij- en nascholing van verpleegkundigen en begeleiding van stagiaires. Tussen de clusters is regelmatig overleg op vakinhoudelijk gebied.

Naast de acht clusters is er een organisatieonderdeel genaamd Bestuur en Beheer. Daaronder vallen de Raad van Bestuur, de afdeling Public Relations en vier stafbureaus: zorgontwikkeling, sociale zaken, informatiezaken en financiële zaken.

De Raad van Bestuur is belast met het dagelijks bestuur en zorgt ervoor dat de verschillende organisatieonderdelen in samenhang functioneren. De Raad van Bestuur ontwikkelt de meerjarenvisie, bepaalt de instellingskaders, de begroting en bewaakt de kwaliteit van het beleid en de dienstverlening. Verder onderhoudt de Raad van Bestuur contacten met externe belanghebbenden zoals overheden en ziektekostenverzekeraars.

De Raad van Commissarissen ziet toe op het bestuur van het ziekenhuis, zij benoemt de leden van de Raad van Bestuur en stelt de begroting vast [MST, 2004].

1.5. Personeelsbeleid MST

In het beleidsplan [MST, 2004-1] geeft het MST de volgende visie op de medewerkers:

Om succesvol te zijn in de kerntaken, is het werven en behouden van medewerkers van groot belang. De medewerkers van het MST moeten de volgende eigenschappen bezitten: patiëntgericht, vakdeskundig en innovatief. Het MST wil zijn personeel een prestatiegerichte en lerende werkomgeving bieden met aandacht voor persoonlijke ontwikkeling.

Het personeelsbeleid wordt verder vormgegeven door de afdeling Personeel en Organisatie (verder te noemen: P&O). Deze afdeling heeft op dit moment de vorm van een taakgroep die valt onder de concernstaf (zie Bijlage 1). De taakgroep bestaat uit 8 personen. Naast de kernfunctie P&O vallen de salarisadministratie, de centrale personeelsadministratie en bureau flexwerk ook onder de taakgroep P&O. Verder zijn er door het ziekenhuis heen nog mensen werkzaam die met P&O te maken hebben en die al eerder in dit verslag zijn genoemd, namelijk de personeelsfunctionarissen. Die werken decentraal, per cluster, en vallen onder de clustermanager.

In de toekomst moet de afdeling P&O eruit gaan zien als een centrale ‘personeelswinkel’ waar alle hiervoor genoemde functies en afdelingen onder vallen. Dat zal bestaan uit ongeveer 35 personen. Er zal een front office komen waar alle personeelsleden hun vragen kunnen stellen en een backoffice waar de vragen behandeld worden en de rest van de taken en functies uitgevoerd worden.

De taakgroep P&O heeft een beleidsplan opgesteld voor 2005-2008 met als titel: ‘Balans in doelen van Medisch Spectrum Twente én doelen voor haar medewerkers. Werken aan resultaat én ontwikkeling. De zorg voor de patiënt, de basis voor ons handelen!’ [MST, 2004-4]. De directe aanleiding van het beleidsplan is doelstelling 5 van het meerjarenbeleidsplan [MST 2004-1]:

MST verbetert zijn werving- en bindingsactiviteiten met als doel voldoende en tevreden personeel, dat zich constant wil blijven ontwikkelen en verder professionaliseren.

De afdeling P&O speelt op deze vraag in door middel van haar beleidsplan. Andere redenen voor het beleidsplan zijn:

- Behoeftte aan een grotere samenhang en volledigheid van beleid en instrumentarium;
- Behoeftte aan organisatiebrede en uniforme uitvoering van beleid en toepassing van P&O instrumenten uit oogpunt van goed werknemerschap;
- Behoeftte aan betere afstemming van P&O beleid op wensen van klant.

Het MST heeft gekozen voor de prioritering van de patiëntgerichtheid en -tevredenheid als strategische keuze. Consequenties van deze keuze voor medewerkers zijn dat zij ‘zorg op maat’ leveren wat betekent dat zij een goede relatie met de patiënt onderhouden en gericht zijn op de (zorg)behoefte van de patiënt.

In het meerjarenplan wordt bij het onderdeel missie gesproken over vakdeskundige, patiëntgerichte en innovatieve medewerkers. Er wordt hierbij een grote mate van individuele verantwoordelijkheid verwacht; men is zelf verantwoordelijk voor de eigen professionele ontwikkeling. Voor het management betekent dit, dat zij hun medewerkers faciliteiten moet

bieden voor het ontwikkelen van hun functioneren door het op maat aanbieden van sturing en coaching. Omdat het MST er bewust voor kiest in zijn medewerkers te investeren om zijn doelen te behalen, dient het management actief bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en het goed functioneren van de medewerkers. Elk cluster beschikt hiervoor over een eigen opleidingsbudget.

De afdeling P&O heeft de volgende visie afgeleid uit de visie van het MST op personeel [MST, 2004-4]:

De medewerkers zijn het meest waardevolle kapitaal van het MST:

- Het P&O beleid vormt om die reden een cruciaal element in de bedrijfsvoering voor het realiseren van beleidsdoelstellingen;
- P&O ziet het tot haar verantwoordelijkheid om gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het management met betrekking tot organisatieanalyse, organisatieontwikkeling, arbeidsverdeling naar functie, arbeid naar richting en opzet communicatiestructuur;
- Een van de belangrijkste taken van een leidinggevende is aandacht voor de ontwikkeling van zijn medewerkers. P&O ondersteunt de managers hierin door het ontwikkelen van beleid, het geven van adviezen, het coördineren en uitvoeren van personeelsbeleid;
- Het realiseren van organisatiedoelstellingen is alleen mogelijk als er geïnvesteerd wordt in de medewerkers;
- Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor hun bijdrage aan het succes van de organisatie;
- Medewerkers van het MST leven in een bredere context. Het prestatieniveau wordt voor een deel bepaald door factoren die buiten het werk liggen. Dit vereist een persoonlijke en coachende stijl van leidinggeven;
- Medewerkers moeten weten wat er van hun verwacht wordt, weten wat hun bijdrage is aan het succes van de organisatie en ontvangen hiervoor ook erkenning;
- Heldere en duidelijke communicatie is nodig voor een goede bedrijfsvoering, waar P&O mede verantwoordelijk voor is.

Vanuit deze visie is onder andere besloten tot het invoeren van competentie management.

1.6. Competentiemanagement in het MST

Voor het invoeren van competentie management heeft het MST de volgende stappen geformuleerd die doorlopen moeten worden om competentie management in te voeren.

- 1 Bepalen kerncompetenties van de organisatie in relatie tot missie en strategie;
- 2 Opmaken van competentieset;
- 3 Definiëren van gewenste competenties per functie;
- 4 Inventariseren van aanwezige competenties bij medewerkers;
- 5 Opstellen van competentieontwikkelingsplan (COP);
- 6 Voortgangsbewaking COP en coachen op competentieontwikkeling.

Het MST heeft haar kerncompetenties al opgesteld. Het MST verstaat onder kerncompetenties 'de belangrijkste factoren voor succes en continuïteit van de organisatie die zijn gerelateerd aan de missie en strategie van de organisatie'.

De benoemde kerncompetenties zijn:

- Deskundigheid;
- Kostenbewustzijn;
- Klantgerichtheid;
- Resultaatgerichtheid;
- Kwaliteitsgerichtheid.

Na het benoemen van de kerncompetenties is er een ziekenhuisbrede competentieset opgesteld. Hiervoor heeft het MST 56 competenties benoemd die zij belangrijk vindt voor de beroepsuitoefening binnen het MST (bijlage 2).

Om competenties toe te passen bij selectie, beoordeling en personeelsontwikkeling is het noodzakelijk om een analyse te maken van de in het MST aanwezige functies. Dit resulteert in een competentieprofiel per functie. Elk profiel bevat de vijf kerncompetenties en daarnaast vijf functiegebonden competenties. Het MST gebruikt 5 niveaus waarop de competenties beheerst kunnen worden. Elke (nieuwe) medewerker bepaalt in een gesprek het zijn/haar leidinggevende het niveau van de betreffende competenties en de leidinggevende kan hierop sturen door bijvoorbeeld scholing aan te bieden op competenties die minder goed beheerst worden. De niveaus van de competenties zijn niet verder gespecificeerd. De bedoeling is dat hierover consensus wordt bereikt tussen werkgever en werknemer.

Het MST bevindt zich momenteel in de fase waarin de profielen opgesteld worden, stap drie uit het schema voor het invoeren van competentie management.

1.7. Verpleegkundigen in het MST; het Functiehuis

Omdat dit onderzoek betrekking heeft op verpleegkundigen binnen het MST, wordt in deze paragraaf informatie gegeven over deze beroepsgroep in het MST en de verwachtingen van het MST ten aanzien van de verpleegkundigen en de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen.

Verpleegkundigen zijn in het MST de meest vertegenwoordigde discipline. Zij werken op de verschillende klinische afdelingen die ook in het organogram terug te vinden zijn (bijlage 1) en op poliklinische afdelingen.

In het MST is men bezig met het invoeren van de beleidsnotitie: 'Functiehuis'. Deze ontwikkeling is tot stand gekomen door een toegenomen onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende niveaus van verpleegkundigen die werkzaam zijn in het MST. Het Functiehuis omvat een beleidsnotitie die verpleegkundigen, ongeacht hun niveau, indeelt in verpleegkundige I, verpleegkundige II of de senior verpleegkundige. Hierbij is de verpleegkundige I de persoon die zich bezig houdt met de directe patiëntenzorg. De verpleegkundige II heeft naast de patiëntenzorg een aandachtsgebied op afdelingsniveau en de senior verpleegkundige houdt zich bezig met leiderschapstaken en heeft ook een aandachtsgebied waar zij een aantal uren voor vrijgemaakt wordt van haar taken bij de patiënt [MST, 2004-3]. Een bijkomende reden voor het opzetten van het

Functiehuis is dat verpleegkundigen op deze manier hun eigen keuze kunnen maken met betrekking tot de taken die ze uitvoeren. Zo kan een HBO-verpleegkundige ervoor kiezen om alleen de patiëntenzorg uit te voeren omdat zij zich minder interesseert voor de overstijgende taken, die echter gezien haar opleiding wel tot haar takenpakket behoren.

1.8. Conclusie

In dit hoofdstuk is het gebruikte onderzoeksmodel behandeld, aan de hand waarvan het verslag verder is opgebouwd. Daarna is een beeld geschetst van het Medisch Spectrum Twente en van hun visie op competentie management. Dit is nodig als achtergrondinformatie voor het onderzoek.

In het volgende hoofdstuk wordt literatuur over competentie management beschreven. Dit wordt vergeleken met hoe competentie management vorm gaat krijgen in het Medisch Spectrum Twente. Daaruit volgen verwachtingen over het effect van competentie management in het Medisch Spectrum Twente.

2.1. Inleiding

Om onderzoek te doen naar de invloed van competentie management op de competenties van de medewerkers is theorie nodig over competentie management, over competenties en over de link tussen competentie management en competenties. Dit hoofdstuk beschrijft de theorie over competentie management en competenties. Gestart wordt met een korte uitleg over Human Resource Management en de invloed daarna op de medewerkers. Van daaruit is te zien hoe de ontwikkeling van competentie management tot stand is gekomen en wordt het begrip ‘competentie’ toegelicht.

Met behulp van de informatie uit dit hoofdstuk kan een verwachting uitgesproken worden over veranderingen die optreden voor verpleegkundigen in een ziekenhuisorganisatie als competentie management ingevoerd wordt.

2.2. Human Resource Management

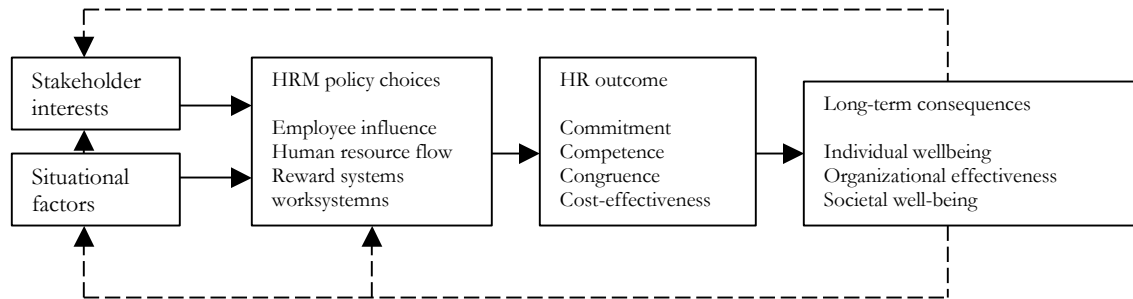
Er is nog steeds een discussie gaande over de precieze betekenis van de begrippen Strategisch Personeelsmanagement en Human Resource Management (HRM) en over het onderscheid tussen deze benaderingen en het ‘gewone’ personeelsmanagement. [De Nijs, 1998].

Als algemeen aanvaard verschil wordt aangegeven dat HRM hetzelfde is als personeelsmanagement met het verschil dat HRM als strategisch beleidsgebied wordt gezien. Dat komt tot uiting in het feit dat er dan ook op het niveau van de Raad van Bestuur een eindverantwoordelijke voor dit aandachtsgebied is opgenomen [Van Zuthem, 1967]. Om deze reden wordt verder in dit verslag de term Human Resource Management gebruikt.

Het centrale uitgangspunt van HRM is de visie op de werknemer als ‘human resource’, ook wel ‘human capital’ of ‘human asset’ genoemd. Het beleid wordt vormgegeven vanuit de idee van de werknemer als bron van opbrengsten waarin geïnvesteerd moet worden en met wie zorgvuldig moet worden omgaan. De argumentatie hiervoor is niet sociaal of humanistisch, maar meer zakelijk en economisch van aard. Een dergelijke beleidsopvatting biedt uiteindelijk het hoogste rendement en de hoogste effectiviteit aan de onderneming [De Nijs, 1998]. Het tweede uitgangspunt van HRM is dat de verantwoordelijkheid moet berusten bij het topmanagement. Dit omdat HRM van strategisch belang is voor de organisatie. Hierbij moet de uitvoering zowel op tactisch als operationeel niveau geïntegreerd worden in het lijnmanagement. Een ander uitgangspunt van HRM is dat een succesvol HRM alleen mogelijk is als de verschillende instrumenten, de meest genoemde zijn: werving, selectie, beoordelen, belonen en opleiden, in onderlinge samenhang zijn ontwikkeld. Dat wordt aangegeven met de term ‘horizontale integratie’. Belangrijk is dat het beleid gericht is op integratie van het belang van werknemers en het belang van de onderneming [Kluytmans, 2001].

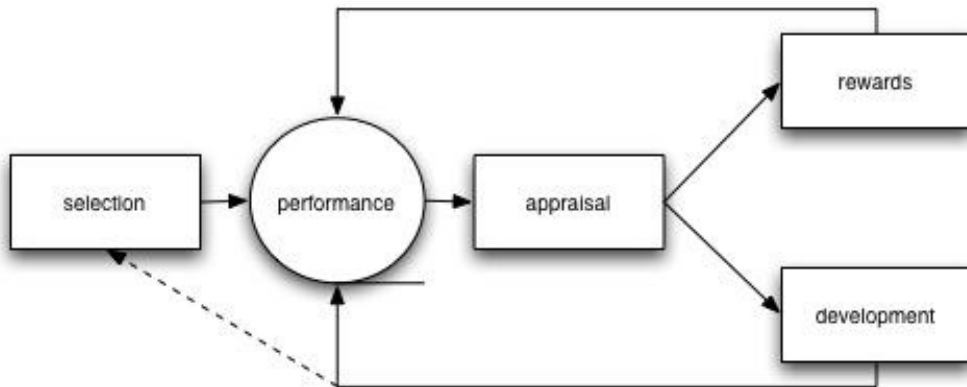
HRM heeft invloed op verschillende organisatiegebieden en de medewerkers, dit wordt onderschreven door de verschillende modellen die opgesteld zijn. Eén van de klassieke modellen in de HRM is het Harvard-model [Beer et al., 1984]. Hierin wordt een link gelegd

tussen keuzen op gebied van HRM instrumenten en uitkomsten op gebied van HRM en vervolgens worden die uitkomsten gerelateerd aan uitkomsten op gebied van organisatie performance (figuur 2.1). Als uitkomst op gebied van HRM noemt hij onder andere 'competentie' dus er wordt verondersteld dat HRM activiteiten lineair invloed hebben op kennis, houding en vaardigheden van medewerkers.



Figuur 2.1: het Harvard model [Beer et al., 1984].

Het model van Fombrun [Fombrun et al., 1984], is het tweede klassieke model in de HRM. Fombrun veronderstelt dat vier kerngebieden van HRM (instroom, beloning, ontwikkeling, beoordeling) invloed hebben op performance op individueel en op organisatorisch niveau (figuur 2.2). Uitgangspunt is dat dit doel slechts bereikt kan worden als de instrumenten op de vier kerngebieden in strategische samenhang worden ontwikkeld; er moet een match zijn tussen de strategie van de onderneming en HRM. De performance op individueel gebied is onderdeel van de competenties van de betreffende medewerker, dus ook dit model bevestigt de gedachte van een direct (selectie, beloning en ontwikkeling) en indirect (waardering) lineair verband tussen HRM-instrumenten dus competentie management, en competenties van medewerkers (performance).



Figuur 2.2: het Michigan model.

Verschillende andere modellen hebben ook laten zien dat HRM-instrumenten direct invloed hebben op de kwaliteit van medewerker [Pauwe & Richardson 1997; Guest, 1997; Becker, 1997]. Deze modellen laten een aantal veronderstellingen zien met betrekking tot de uitvoering van HRM beleid die van belang kunnen zijn voor verder onderzoek [Pauwe 2004]:

- 1 Verticale 'Fit' van de HRM activiteiten en – instrumenten is een noodzakelijke conditie voor succes. Het wordt gerepresenteerd door de link tussen strategie en ontwerp van HRM systemen of HRM instrumenten;
- 2 De relatie tussen HRM en performance is lineair;
- 3 Er is een sequential link tussen HRM en marktwaarde/financiële performance;
- 4 Financiële performance, gerepresenteerd door winst, groei en marktwaarde, is de uiteindelijke uitkomst van het transformatieproces en is daarom representatief voor organisatie performance en daaruit voortvloeiend: succes.

Vooral de tweede veronderstelling is belangrijk voor het onderzoeksmodel van dit verslag en wordt ook ondersteund door de eerdere modellen; er is sprake van een lineaire relatie tussen HRM en competenties van medewerkers en uiteindelijk de performance van de organisatie. De kanttekening die Paauwe [2004] en Arthur [1994] bij deze veronderstelling wel geven is dat de werkelijkheid een stuk complexer kan zijn dan de genoemde modellen omdat daarin alleen gebruik is gemaakt van cross-sectional data.

2.3. Competenties

De term competentie is niet nieuw. Het werd in de jaren twintig van de vorige eeuw al gebruikt omdat toen gepleit werd voor competentietesten om het succes in een beroep te kunnen voorspellen. In de jaren zeventig werd het begrip opnieuw gebruikt in een artikel van McClelland 'Testing for competence rather than for intelligence' [McClelland, 1973]. McClelland stelde dat intelligentie- en capaciteitentests enorm werden overschat en dat capaciteiten kunnen worden beïnvloed door training of ervaring. Het adviseerde daarom psychologen en arbeidsorganisaties om zich meer te richten op competenties. Rond 1990 werd het begrip competentie breder bekend door een artikel in 'Harvard Business Review' [Hamel en Prahalad, 1990] over de kerncompetenties van een organisatie.

Er zijn vele definities van competenties gegeven in verschillende artikelen. Een gelijkenis die in de meeste definities terugkomt is dat competenties bestaan uit kennis, vaardigheden en houding [Baartman, 2004]. Als definitie van competentie in dit onderzoek wordt daarom genomen de definitie van De la Parra: competenties zijn expliciete kennis, waarbij kennis een verzamelnaam is voor kennis, houding en vaardigheden [Parra 2000].

Er zijn twee soorten competenties te onderscheiden in artikelen en boeken over competentie management. Op organisatieniveau zijn dat de kerncompetenties. Op individueel niveau wordt enkel het woord competenties gebruikt, zonder toevoeging. Dat wordt in dit verslag ook gedaan om het verschil in niveau aan te geven waarop de competenties betrekking hebben.

Kerncompetenties komen voor in de literatuur over managementstrategieën van de jaren negentig. Daarin worden kerncompetenties beschreven als de belangrijkste resource van een organisatie die uitgebuit kan worden om competitief voordeel te behalen [Campbell & Sommers Luchs, 1997; Mitrani et al., 1992; Nadler & Tushman, 1999]. Kerncompetenties vormen aan de ene kant de organisatorische context waarin medewerkers hun persoonlijke kwaliteiten en capaciteiten inzetten en ontwikkelen tot voor de organisatie belangrijke competenties. Aan de andere kant stellen kerncompetenties van organisaties ook normen en

richtlijnen waaraan medewerkers moeten voldoen om succesvol in de organisatie te kunnen blijven werken. Op deze wijze bepalen de kerncompetenties in grote mate inhoud en vorm van de persoonlijke competenties van medewerkers. Tegelijkertijd echter worden de kerncompetenties gerealiseerd door de persoonlijke competenties van iedere afzonderlijke werknemer.

Kerncompetenties komen, behalve in individuele competenties, ook tot uitdrukking in de aspecten van de organisatie die betrekking hebben op de bedrijfsstrategie, de organisatiestructuur, de bedrijfsprocessen en de cultuur van een organisatie. Deze aspecten kunnen betrekking hebben op een bepaalde wijze van leidinggeven, de verdeling van verantwoordelijkheden, de indeling van werkprocessen of de wijze van omgaan met kennis binnen de organisatie. Deze succesfactoren staan op hun beurt dan ook weer in directe relatie met de individuele competenties, omdat de individuele medewerkers uitvoering geven aan de vormgeving en realisatie ervan. Per succesfactor kan men inventariseren welke competenties van medewerkers in diverse posities en taakstellingen bijdragen aan de realisering van succesvolle kerncompetenties. Op grond hiervan kan men activiteiten ondernemen in het kader van personeelsbeleid om de vereiste competenties in overeenstemming met de kerncompetenties te ontwikkelen, in stand te houden en of te versterken [Bergenhengouwen, 2002]. De relatie tussen deze factoren wordt nog een keer duidelijk gemaakt in figuur 2.3.

Ondernemingsstrategie	Succesvolle bedrijfskenmerken	Succesfactoren	Competenties van medewerkers
Strategie: • Het leveren van hoogwaardige producten en klantgerichte diensten Waarden: • Klantgerichtheid • Kwaliteit • Innovatie • Persoonlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van medewerkers	• Streven naar leiderpositie op wereldmarkt op het gebied van kwaliteit van producten en diensten • Mogelijkheden benutten van groei en efficiency • Persoonlijke verantwoordelijkheid bij taakuitvoering • Inzichtelijke logistieke werkmethoden en werkwijzen • Open, uitdagende en belonende innovatiecultuur • Open en communicatieve managementstijl	• Streven naar meerwaarde voor de klant • Klantgerichte verkoop- en serviceafdeling • Streven naar continue verbetering van product en dienst • Kostenbesparende innovaties • Communicatief en competent management • Betrokken en deskundige medewerkers • Gemeenschappelijke cultuur	• Gericht op klant en servicegericht • Gericht op kwaliteit • Gericht op innovatie en verbetering • Kennis van producten en diensten • Zich persoonlijk verantwoordelijk voelen
Human resource-activiteiten om de gewenste competenties te ontwikkelen, in stand te houden of te versterken			

Figuur 2.3 Relatie kerncompetenties, organisatiekenmerken, succesfactoren en individuele competenties. [Bergenhengouwen 2002].

Voor de uitvoering en optimalisering van de kerncompetenties van de organisatie zijn de competenties van de individuele werknemers niet alleen van groot belang, maar zij maken er ook deel van uit [Baisier 2002].

Competenties op individueel niveau beschrijven de kennis, houding en vaardigheden die nodig zijn om succesvol te zijn in een functie. Het is wel zo dat de mate waarin het gedrag nodig is kan verschillen van functie tot functie. Een competentie moet daarvoor idealiter een schaal aangeven waarop de gedragsniveaus aangegeven worden. Meestal worden er per competentie drie tot vijf niveaus van gedrag beschreven. Dit aantal is vanuit de praktijk voldoende differentiërend en werkbaar gebleken [Kluytmans, 2001]. Ook wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren van competenties. Indicatoren maken het mogelijk om gericht naar competenties van individuen te kunnen kijken en aan deze competenties een bepaalde waarde toe te kennen. De indicatoren van competenties vormen de kleinste en dragende eenheden van competentiebeoordeling [Wee, 2003].

2.4. Competentiemanagement

Competentiemanagement is erop gericht de prestaties van het individu en de organisatie te verbeteren. Het gaat hierbij om de vraag ‘wie is degene die een bepaalde functie of rol met succes zal vervullen, wat maakt iemand succesvol in een organisatie?’. De definitie van competentimanagement afkomstig van Kruijff & Stoker [1999] houdt rekening met de verschillende niveaus in een organisatie waarop competentimanagement plaatsvindt:

Competentiemanagement is het opbouwen en exploiteren van competenties van medewerkers in lijn met de strategie en doelstellingen van de onderneming, met een afdeling of met een team binnen de organisatie.

Deze definitie geeft een veel geaccepteerd beeld van competentimanagement weer en wordt daarom ook in dit onderzoek aangehouden. Competentiemanagement is hiermee eigenlijk niet zozeer een methode of instrument in letterlijke zin, maar een manier van denken over en kijken naar het ontwikkelen van organisaties en individuen [Volz & Aalbers, 1998].

Door de turbulente omgeving waarin bedrijven tegenwoordig opereren is het van steeds groter belang om de strategische doelen en de talenten steeds op elkaar af te stemmen om voordeel te behalen ten opzichte van de concurrentie. Dit leidt tot verbetering van effectiviteit, efficiëntie, acceptatie en flexibiliteit en duurzaamheid van het beleid [Kluytmans, 2001]. Organisaties die met competentimanagement beginnen, doen dat in de meeste gevallen omdat ze erkennen dat hun medewerkers het belangrijkste kapitaal zijn [Guiver-Freeman, 2001]. Deze insteek betekent dat er een groter beroep op de inzet, flexibiliteit en motivatie van medewerkers gedaan wordt.

Competentiemanagement geeft het management de taak om mogelijkheden te creëren via onder andere werkomstandigheden, personeelsmanagement en opleidingen om competenties bij medewerkers te ontwikkelen, mobiliseren en stimuleren om competenties te verbeteren [Sluijs en Kluytmans 1996]. Bergenhenegouwen [2002] voegt hieraan toe dat het niet alleen om leertrajecten gaat maar ook organisatiestructuur, functieontwerp, job rotation, begeleiding en samenwerking. Hierbij is het niet noodzakelijk dat de persoonlijke motieven in lijn liggen met die van de organisatie. Medewerkers hanteren steeds meer eigen strategische motieven over flexibiliteit en mobiliteit en zijn nadrukkelijk meer bezig met het

realiseren van de eigen loopbaanambities [Moss Kantner, 1989]. Een managementstijl dus die zich kenmerkt door het zodanig stimuleren en faciliteren van medewerkers dat zij de individuele en (latent) aanwezige competenties zo volledig mogelijk benutten [Verhoeven, 1993].

Dit staat in veel gevallen haaks op de traditionele organisatieprincipes; een hiërarchisch stelsel van vastliggende functies met de bijbehorende functieomschrijvingen, verantwoordelijkheidsgebieden en taakstellingen. Het gevaar van deze traditionele principes is dat de medewerkers niet worden uitgedaagd om nieuwe bekwaamheden te ontwikkelen die nodig zijn om succesvol te kunnen blijven functioneren. Het alternatief voor deze strakke werkverdeling op basis van functieomschrijvingen is een organisatieontwerp waarbij de competenties van de medewerkers centraal staan [Lawler 1993].

Competentiemanagement is een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering en grijpt aan op alle organisatieniveaus. De competentieset geeft profiel aan de organisatiestructuur. Daarnaast biedt het structuur voor standaardisering, systematisering en toetsing, zelfs voor de relatief subjectieve selectie- en beoordelingsmomenten. Zo kunnen kritische beoordelingskenmerken en prestatie-indicatoren worden vastgesteld waarmee personeelsfunctionarissen en leidinggevend medewerkers kunnen beoordelen. Tegelijkertijd geeft het houvast aan de beoordeelden om mee te praten over de oordelen. Op grond van de bevindingen kunnen ontwikkelplannen worden opgesteld voor mens en organisatie [Wortmann, 2002].

Concrete doelen van competentimanagement zijn samengevat de volgende:

- Er komt een duidelijke formulering van de belangrijke competenties binnen de organisatie;
- Er komen een aantal functiegerelateerde competentieprofielen;
- Er komt een overzicht van de aanwezige competenties op individueel en teamniveau en een overzicht welke competenties vooralsnog ontbreken of verder ontwikkeld dienen te worden;
- Daarmee komt er een inhoudelijke kwantitatieve en kwalitatieve onderbouwing van het opleidingsplan;
- Er komt informatie waarmee een optimalere match tussen individu en werkplek gemaakt kan worden en waarbij een medewerker op zijn kracht wordt aangesproken;
- Er komt een gemeenschappelijke taal met betrekking tot competenties;
- Het huidige werkgedrag en het gewenste toekomstig werkgedrag kunnen concreet en bespreekbaar gemaakt worden, alsmede individuele en collectieve ambitie;
- De aantrekkelijkheid van de organisatie als werkgever wordt vergroot omdat een helder contract afgesloten kan worden met de werknemers over wat hen geboden wordt en wat hen gevraagd wordt. Dit met betrekking tot hun professionele en persoonlijke ontwikkeling;
- 'Ontwikkelen en leren' wordt een onderdeel van de cultuur van de organisatie;
- De organisatie wordt beter in staat slagvaardig overeind te blijven in een hectisch en zich vaak snel en onvoorspelbaar ontwikkelend zorgwerkveld.

[Hornman, 2005]

2.5. Drie stromingen

Als men de literatuur bekijkt die geschreven is over competentie management is te zien dat de opvattingen, interpretaties en benaderingen sterk uiteen lopen. Als alle definities op een rij worden gezet en worden geordend zijn er drie hoofdstromingen of scholen te onderscheiden die elk tot andere resultaten leiden [Lap, 1998].

De eerste stroming is de persoonsgerichte stroming, deze hanteert de opvatting dat competenties persoonskenmerken zijn die ten grondslag liggen aan succes. De tweede, functiegerichte stroming, is gebaseerd op het idee dat competenties de eisen weergeven die worden gesteld aan een bepaalde functie in termen van kennis en vaardigheden. Tot slot de organisatiegerichte stroming, die gaat ervan uit dat competenties unieke, onderscheidende kenmerken zijn van een organisatie

De persoonsgerichte opvatting is in de Verenigde Staten ontwikkeld door McClelland, hoogleraar psychologie aan de universiteit van Harvard. Hij heeft, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al is genoemd, gezorgd voor bekendheid van het begrip competentie. Zijn uitgangspunt was het vinden van een alternatief voor intelligentietests en academische studieresultaten bij selectiebeslissingen. De benadering is erop gericht om vast te stellen wat succes voorspelt bij medewerkers in bepaalde functies. Dit gebeurt door te analyseren wat de beste functionarissen anders doen dan de rest en ook waarom zij het anders doen. Competenties zijn in deze benadering 'alle individuele kenmerken die ten grondslag liggen aan succes in een bepaalde situatie'.

Na McClelland is in de jaren negentig een opleving gekomen in het competentiedenken waarin het oorspronkelijke begrip van de term competentie verbreed is. Er kwamen kennis en vaardigheden bij naast de gedrags- en psychosociale determinanten van McClelland. Competentiemodellen werden opgesteld om competenties te linken met de strategie van de organisatie. In Amerika is nog steeds een focus in de literatuur te zien op deze werkgerelateerde (functionele) competenties [Aragon and Johnson, 2002; Boon and van der Klink, 2002]. Deze stroming wordt ook wel de gedragsgerichte stroming genoemd [Delamare Le Deist, 2005] en is nog steeds erg invloedrijk in de USA [Hay Group et al., 1996].

De functiegerichte school vindt haar oorsprong in het Verenigd Koninkrijk. Uitgangspunt hiervan was het vaststellen van minimumeisen voor een goede functie vervulling. Het analyseren van een functie of een set van verantwoordelijkheden is hierbij richtinggevend. Door analyse van de uit te voeren activiteiten wordt vastgesteld welke output wordt verwacht, welke maatstaven hiervoor gelden en welke eisen worden gesteld aan kennis en vaardigheden. De competenties worden hiervoor in steeds kleinere subcompetenties verdeeld en uiteindelijk worden daar performance criteria over vastgesteld en een schaal waarop de criteria beoordeeld kunnen worden [Delamare Le Deist, 2005]. In de UK wordt de functiegerichte stroming nu nog het meest gezien maar er is opkomst van de andere twee stromingen [Delamare Le Deist, 2005].

De derde stroming, de organisatiegerichte stroming, heeft veel bekendheid gekregen door Hamel en Prahalad. In deze benadering worden competenties beschouwd als kenmerken van de organisatie: kerncompetenties. Deze kenmerken worden vastgesteld met betrekking tot kracht, onderscheid van de concurrentie en uniciteit. In deze stroming wordt het begrip

competentie van het vakgebied HRM naar de organisatiekunde getransporteerd. Naast individuele kenmerken wordt accent gelegd op de waarde van technologie, diensten en externe relaties die ook als determinanten van succes worden gezien.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van een mix van de stromingen. Competentiemanagement wordt gezien als het creëren van de perfecte 'fit' van de kerncompetenties van een organisatie op de competenties van de medewerkers. Wanneer men erin slaagt een optimale afstemming te realiseren tussen de organisatiedoelstellingen en belangen en motieven van de individuele werknemer, dan kan dit leiden tot een positieve synergie voor zowel de organisatie als de persoonlijke ontwikkeling van de medewerkers.

Traditionele HRM instrumenten zullen om dit te bereiken moeten worden aangepast om bij individuele medewerkers kennisontwikkeling en competentieontwikkeling te stimuleren en te bevorderen [Parra, 2000]. Hierbij zijn twee soorten integratie te zien. Als eerste verticale integratie; het personeelsmanagement wordt afgestemd op de strategische ambities van de organisatie en daarnaast horizontale integratie; afstemming tussen de verschillende systemen en instrumenten van het personeelsmanagement [Kluytmans, 2001].

2.6. Valkuilen bij competentie management

Kritiek op competentie management is er voornamelijk van mensen die van mening zijn dat het 'oude wijn in nieuwe zakken' is. De critici vragen zich af of organisaties al niet veel langer aandacht besteden aan ontwikkeling, training en opleiding van hun medewerkers en of dergelijke activiteiten geen competentie management genoemd kunnen worden [Kruijff, 2003]. De psycholoog Gert Keen zegt dat er naar zijn smaak teveel terug wordt gezien van het traditionele 'functiebeschrijvingsdenken'. Hij vreest dat organisaties zich door het nieuwe woordgebruik in slaap laten sussen [Spaninks, 2002].

Een discussiepunt is de verhouding tussen competentie management en een beloningssysteem: Wordt de competentieontwikkeling niet 'beladen' door een harde band met de beloning? Zeker in het begin, wanneer de organisatie nog vertrouwd moet raken met het fenomeen én haar medewerking moet verlenen aan de implementatie ervan, kan het raadzaam zijn de link met de salariering soepel te houden. Op termijn ligt het voor de hand dat competentie management aanzet tot een beloningssysteem dat aanknoopt bij ieders waarde voor de organisatie, in plaats van de functionele (hiërarchische) positie [Bergenhengouwen, 2002].

In haar boek zegt Margriet Guiver Freeman [2001] dat competentie management gedoemd is tot mislukken als het een 'speeltje' van personeelszaken en/of het management is, terwijl de werkvloer er de zin niet van inziet. 'Met name organisaties waar het minder goed gaat, die zich als het ware in de fase van neergang bevinden, is er vaak veel weerstand tegen veranderingspogingen. Je zult dan eerst moeten aantonen dat competentie management kan helpen om het tij te keren, doordat je beter gebruik zult maken van de mogelijkheden van medewerkers'. Ook heeft zij gezien dat veel werkgevers afgeschrikt worden door het kostenaspect. Het is soms immers nodig om werkprocessen grondig te herzien en dan zijn er vaak (forse) investeringen nodig voor het verder ontwikkelen van competenties van individuele medewerkers. 'Je zit vast aan het hele pakket, inclusief de opleidingscomponent' [Guiver-Freeman, 2001].

Een andere valkuil is dat de competenties te abstract omschreven worden. Op het strategisch niveau worden competenties vaak weergegeven als abstracte concepten. Voorbeelden daarvan zijn ‘maatschappelijke betrokkenheid’ of ‘ondernemerschap’. Dergelijke concepten spreken wel aan. Iedereen wil zich wel identificeren met een ziekenhuis dat maatschappelijk betrokken is. Ook dekt zo’n concept een heel breed terrein en met twee of drie kerncompetenties ben je al een flink eind op weg. Het lijkt dan allemaal nog heel overzichtelijk. Als deze competenties vertaald moeten worden naar het operationele niveau gaat dat vaak gepaard met meer specificatie en detaillering, op die manier worden competentieprofielen te uitgebreid en valt er niet meer mee te werken [Velsen, 2005].

In de gezondheidszorg wordt veel in teams gewerkt en dat aspect moet volgens Velsen [2005] ook meegenomen worden in het beschrijven van de competenties. Het is volgens haar goed om te bekijken welke teamcompetenties in de zorgsector er nodig zijn en of het team beschikt over die competenties. Dit is van belang omdat incompetent teams er voor kunnen zorgen dat competente medewerkers niet uit de verf komen, terwijl competente teams er voor kunnen zorgen dat incompetent medewerkers zich toch goed kunnen ontwikkelen.

2.7. Conclusie

In dit onderzoeksverslag wordt competentie management gezien als een bijzondere vorm van Human Resource Management. Op deze manier heeft competentie management via de HRM-instrumenten direct invloed op de competenties van medewerkers. Er wordt daarbij rekening gehouden met de afstemming van bedrijfsdoelstellingen met de ambities van medewerkers over de benutting van hun competenties.

Als in het Medisch Spectrum Twente competentie management ingevoerd gaat worden is de verwachting dat de competenties die relevant zijn voor het behalen van de doelstellingen van het MST zich gaan ontwikkelen. Daardoor wordt een bijdrage geleverd aan het behalen van de bedrijfsdoelstelling: het leveren van uitstekende basis- en topklinische ziekenhuiszorg, afgestemd op de behoefte van de patiënt.

Omdat het MST vijf kerncompetenties heeft benoemd, namelijk deskundigheid, kostenbewustzijn, klantgerichtheid, resultaatgerichtheid en kwaliteitsgerichtheid, is de veronderstelling dat deze competenties zich bij verpleegkundigen binnen het MST gaan ontwikkelen.

In het volgende hoofdstuk wordt vanuit de literatuur bekeken hoe competenties het beste gemeten kunnen worden zodat het effect van competentie management straks vastgesteld kan worden.

3.1. Inleiding

Om het effect van competentie management bij medewerkers te bepalen moeten competenties meetbaar gemaakt worden. Er zijn verschillende manieren om kennis, houding en vaardigheden bij medewerkers te meten.

Vanuit een korte geschiedenis van de meetcultuur worden verschillende meetinstrumenten behandeld met hun voor- en nadelen. Aan de hand van deze literatuur is bepaald welk meetinstrument het beste past bij het Medisch Spectrum Twente.

3.2. Ontwikkeling

De afgelopen tijd ontwikkelt zich een trend die het bestaansrecht en de financiële uitgaven van de Human Resource functie wil rechtvaardigen. De functie gaat mee in de strategie van het bedrijf, wat betekent dat de kosten geminimaliseerd moeten worden en dat de waarde voor het bedrijf gemaximaliseerd moet worden [Rogers 1993].

In onderzoeken op gebied van HRM komt er steeds meer consensus over het idee dat het beleid op gebied van human resources, als het goed horizontaal en verticaal is geïntegreerd, een directe en economisch belangrijke bijdrage levert aan de resultaten van de onderneming. Ook kan HRM helpen een blijvend competitief voordeel te krijgen ten opzichte van de concurrentie [Huselid, 1995]. MacDuffie zegt hierover: HRM kan een bron zijn van blijvend competitief voordeel voor een bedrijf. Kennis van werknemers over producten, processen en klanten is geïntegreerd in routines en sociale interactie patronen zorgen ervoor dat capaciteiten en kennis van een bedrijf, die veel moeilijker na te maken zijn dan technologieën, onder de werknemers verspreid wordt [MacDuffie, 1995].

De laatste tien jaar zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen geweest in het onderzoek naar beoordeling van medewerkers (assessment). De belangrijkste is een transitie van een testcultuur naar een assessmentcultuur [Birenbaum, 1994, 1996]. De termen assessment en evaluatie worden op verschillende manieren gebruikt in Britse en Amerikaanse literatuur [Vermetten, Daniëls, & Ruijs, 2001]. In Brits Engels verwijst de term assessment naar de beoordeling van performance van mensen die iets leren. Evaluatie wordt gebruikt om de kwaliteit van het gebruikte onderwijssysteem aan te duiden. In Amerikaans Engels wordt de term assessment gebruikt om de activiteit van het meten aan te duiden en om de performance te scoren. Ook wordt de term door sommige auteurs gebruikt om andere dan klassieke methoden (vaak multiple choice testen) aan te duiden waarmee je kunt testen [Dierick, Dochy, Van de Watering, 2001]. De mening hier is dat assessment, in tegenstelling tot testen, meer is dan een methode om de reproductie van kennis te meten. Het zou het actieve gebruik van de kennis op een creatieve manier moeten meten en de demonstratie van competenties [Dierick et al., 2001; Straetmans, Sluijsmans, Bolhuis & Van Merriënboer, 2003]. In dit verslag wordt de Brits-Engelse definitie van assessment gebruikt.

3.3. Doel van competenties meten

Er zijn instrumenten ontwikkeld die in de gaten houden wat mensen kunnen of wat ze (met een gerichte opleiding) zouden kunnen. Ten grondslag aan zulke instrumenten ligt de strategische opvatting dat mensen en management er belang bij hebben inzicht te verwerven

in hun functioneren en wel zo dat zij hun functioneren steeds kunnen toetsen aan de strategische doelen van de organisatie [Berghenegouwen e.a. 1995]. Dit komt feitelijk neer op permanente screening van geleverde prestaties en gedrag in relatie tot verlangde competenties, wat bij competentie management, zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is, een belangrijke rol speelt.

Managers vinden het in toenemende mate van belang dat competenties van medewerkers in de gezondheidszorg worden gemeten, Kak [2001] heeft onderzoek gedaan naar de overwegingen van managers om dat te weten te komen. De overwegingen zijn de volgende:

- Ontwikkeling in de gezondheidszorg: Door veranderende markcondities en stijgende complexiteit van het werk in de zorg promoten professionele organisaties met de competente medewerkers die ze in huis hebben;
- Organisatie performance: Performance van medewerkers moet gecontroleerd worden om te kijken hoe effectief/efficiënt de organisatie haar doelen bereikt;
- Betrouwbaarheid en ethiek: Gezondheidszorgorganisaties zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die ze leveren. Daarom moeten ze zich steeds verzekeren van de competenties van de medewerkers om de standaarden in de zorg te bereiken;
- Risk Management: Organisatie performance assessments kunnen gebruikt worden om erachter te komen welke kennis in de organisatie aanwezig is op het gebied van procedures en protocollen. De resultaten kunnen worden gebruikt voor verdere scholing van medewerkers;
- Certificering van aanbieders: In de U.S. worden performance assessments gebruikt om organisaties te certificeren in Nederland is die trend ook te signaleren;
- Nieuwe service aanbieden: Managers kunnen door competentie assessments bekijken welke verbetering mogelijk zijn bij de service die ze nu verlenen;
- Uitkomsten van trainingen meten: Competentie assessments kunnen gebruikt worden om te kijken welk effect trainingen hebben op de competenties van de medewerkers;
- Selectie van nieuwe medewerkers: competentie assessment kan gebruikt worden bij het selecteren van nieuwe medewerkers, er kan uitkomen of iemand het werk wel of niet kan uitvoeren;
- Individuele verbetering in performance: Resultaten van assessment kunnen aantonen waar in de organisatie gaten zitten in de kennis en vaardigheden en kunnen managers helpen en goed trainingsprogramma op te zetten;
- Supervisie: Competentie assessments kunnen de managers helpen richting te geven aan de feedback aan ondergeschikten.

Het Jaarboek personeelsmanagement [1997] geeft naast deze motieven nog andere overwegingen die in Nederland een rol hebben gespeeld bij managers om te investeren in assessment en dus zicht te geven op competentieontwikkeling van het personeel:

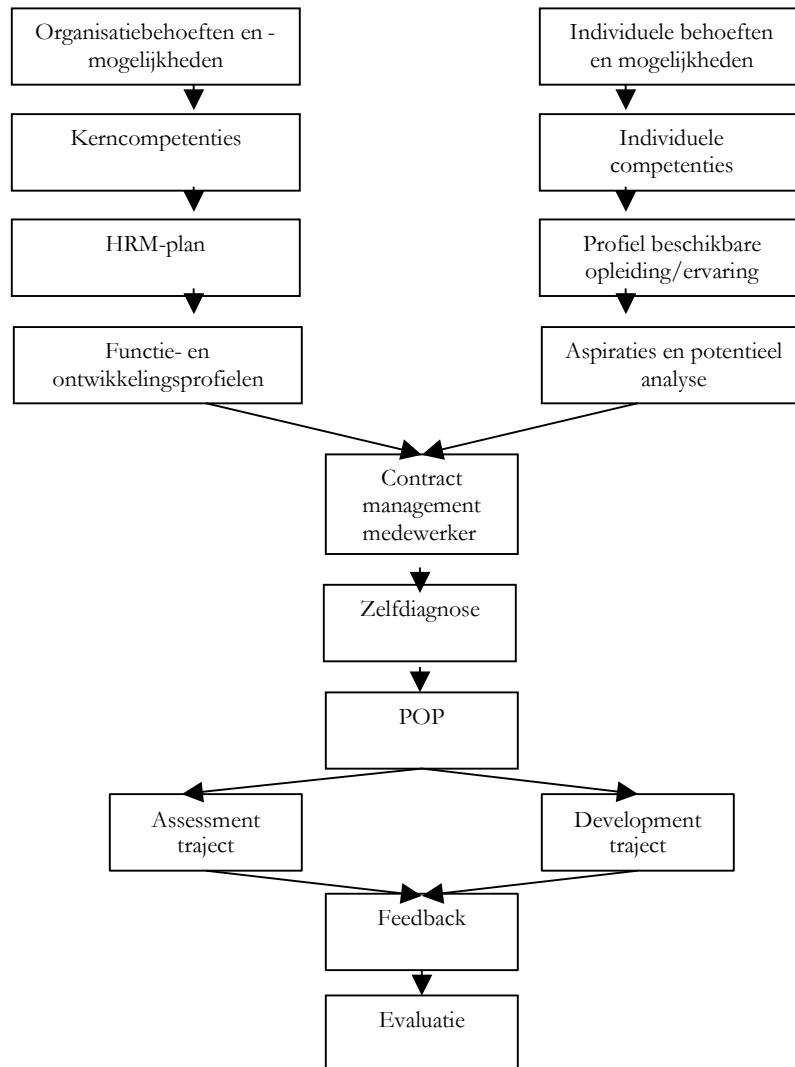
- Het vergroten van de inzetbaarheid van individuele medewerkers (70%);
- Het bevorderen van mobiliteit in de organisatie (61%);
- Het ondersteunen van veranderprocessen (48%);
- Het belonen en/of motiveren van medewerkers (11%).

Kort gezegd zijn er veel verschillende redenen voor managers om erachter te komen welke competenties medewerkers bezitten. Daarom is het belangrijk dat er een goed en valide meetinstrument komt om de competenties te bepalen.

3.4. Individuele competenties meten

Screening van geleverde prestaties en geleverd gedrag in relatie tot verlangde competenties wordt ook wel 'performance assessment' genoemd [Berghenegouwen e.a. 1995]. Het grote voordeel van performance assessment is dat het zicht kan geven op verlangd functioneren enerzijds en feitelijke prestaties anderzijds. Dit wordt gedaan op een concreet gedragsniveau. Zo wordt duidelijk waar de sterke en zwakke punten liggen [Von Grumbkow&Jansen, 1996]. Vanuit hier is het een kleine stap om tussen managers en medewerkers vast te stellen waar geschikte aanvullende competentieontwikkeling, bijvoorbeeld in de vorm van scholing, valt in te zetten.

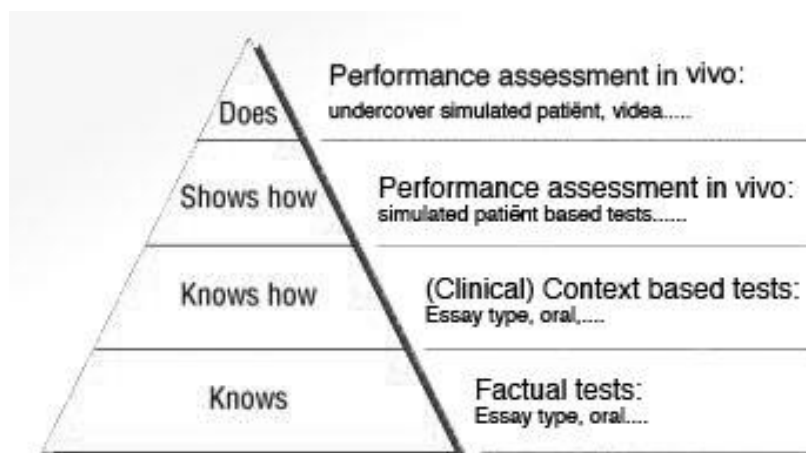
Met performance assessment wil men dus een nauw verband leggen tussen de functie-uitoefening en de loopbaanontwikkeling van een persoon in de organisatie dat leidt samen tot persoonlijke ontwikkelingsplannen (afgekort: POP).



Figuur 3.1: Totstandkoming POP [Berghebenegouwen, 2002]

Centraal in figuur 3.1 staan de koppeling tussen assessment en ontwikkeling en het vinden van een match tussen de kerncompetenties van de organisatie en doorgroeimogelijkheden en aspiraties van de medewerker; een belangrijk aspect van competentie management.

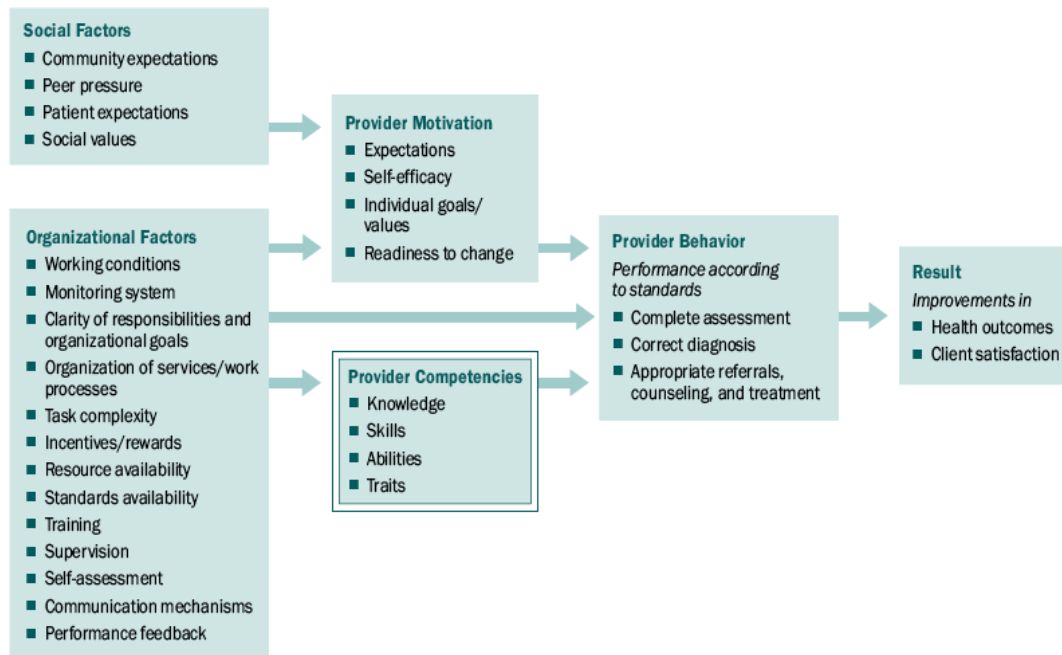
Competentie is een van de determinanten van performance. De relatie tussen competentie (kan doen) en performance (doet) is complex. De eerste voorspelt niet altijd dat de tweede ook plaatsvindt en dat bemoeilijkt een goede meting [Southgate en Dauphinee, 1998; Everwijn, Bomers & Knubben, 1993]. Wel is gebleken dat minder competente medewerkers minder snel kwaliteitswerk verrichten en medewerkers in de gezondheidszorg moeten beschikken over de nodige competenties om hun beroep op voldoende kwalitatief niveau uit te oefenen [Kak, 2001, Hunter, 1983 en Spencer, 1994]. Miller's triangel (figuur 3.2) laat zien dat kennis van personen gemeten kan worden, maar dat andere soorten van assessment nodig zijn om te zien hoe een persoon die kennis gebruikt [Kennedy et al 2003].



Figuur 3.2: Miller's triangel of kliniaal competentie

Bij evaluatie van competenties is om bovenstaande redenen voorzichtigheid geboden, vooral bij gedragsgebonden competenties. De meeste zijn geen stabiele eigenschappen die in meerdere situaties op een zelfde manier tot uiting komen. Men dient rekening te houden met de context van de evaluatie. Een zekere subjectiviteit is in de beoordeling is ook nooit volledig uit te sluiten. Verder functioneert een werknemer niet alleen, maar binnen een team en wordt het gedrag beïnvloed door de werkorganisatie, de werkomstandigheden en de relaties met de werkgever en de collega's [Baisier 2002]. Ook andere factoren spelen in het werk een rol zoals persoonlijke motivatie, goede support van het management en collega's [Salazar-Lindo et al., 1991].

Onderstaande figuur (figuur 3.3) geeft weer wat voor relatie competenties hebben met overige genoemde factoren zoals onderzocht is door Kak [2001]. Een nog niet eerder genoemde factor die competenties beïnvloedt volgens dit model is dat performance van werknemers ook afhangt van de sociale status en verwachtingen van de cliënt, is de cliënt armer en vraagt hij minder, dan krijgt hij minder aandacht [Schuler et. al., 1985] Ook de sociaal culturele omgeving waar mensen in zijn opgegroeid beïnvloedt de performance op het werk.



Figuur 3.3: Determinanten van health care provider performance akkoord tot standaards [Kak, 2001]

Een feit waarmee rekening gehouden moet worden is het volgende: Het betrouwbaar meten van verbetering in competenties door training/scholing wordt bemoeilijkt door het feit dat training vaak een verbetering in competenties laat zien vlak nadat de training is gevolgd, maar de verbetering neemt af in de jaren na de scholing [Kim et al., 2000; Kak, 2001].

Competenties beschrijven het gedrag dat nodig is om succesvol te zijn in een functie binnen een organisatie (zie hoofdstuk 2). De definitie van competenties: competenties zijn expliciete kennis, waarbij kennis een verzamelnaam is voor kennis, houding en vaardigheden, maakt van competentie een complex begrip dat niet zonder aanpassingen te meten is. Om competenties te meten moeten ze worden opgedeeld in indicatoren die aan een aantal eisen moeten voldoen om ze op een betrouwbare manier te kunnen meten.

3.5. Indicatoren van competenties

Om competenties van medewerkers te meten met een vragenlijst kun je indicatoren gebruiken. Indicatoren zijn observeerbare gedragingen van een persoon die gerelateerd zijn aan de competenties [Von Grumbkow & Jansen, 1996]. Het woord prestatie-indicatoren wordt hiervoor ook gebruikt.

Indicatoren moeten wetenschappelijk bewezen zijn of het moeten indicatoren zijn waar experts op het vakgebied consensus over hebben bereikt. Aan indicatoren worden daarom een aantal eisen gesteld om ze zo objectief mogelijk te maken en ze zo goed mogelijk te laten meten wat ze moeten meten.

- Dekking: zijn alle relevante aspecten opgenomen in de prestatie-indicator(en) ;
- Vergelijkbaarheid: kunnen we de indicator meten en ergens aan relateren;
- Compleetheid: worden alle bronnen die een output genereren gevolgd;

- Beïnvloedbaarheid: is de indicator beïnvloedbaar door de betrokkenen;
- Compatibiliteit: is de indicator af te leiden uit bestaande gegevens;
- Kosteneffectiviteit: zijn de potentiële besparingen hoger dan de kosten van het gebruik van indicatoren;
- Inzichtelijkheid: is het aantal indicatoren beperkt;
- Eenduidigheid: zijn de indicatoren voor alle betrokkenen duidelijk gedefinieerd.

Een indicator is alleen zinvol als deze kan worden vergeleken met iets, om daarmee een beeld te hebben van de (ontwikkeling van de) prestatie. Met andere woorden, er moet een referentie of een norm zijn. Vergelijking is mogelijk in de tijd, binnen een organisatie, met andere organisaties of met een theoretische norm [Kerklaan, 1998].

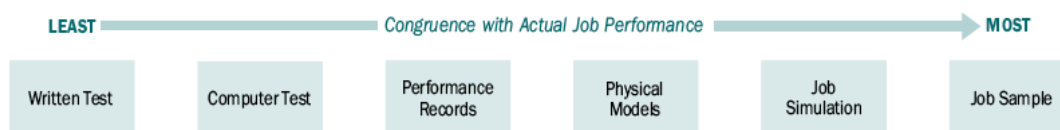
3.6. Instrumenten voor het meten van gedrag

Er zijn een aantal instrumenten ontwikkeld die performance van mensen kunnen beoordelen. Met performance wordt eigenlijk heel breed 'de manier van werken' bedoeld. Niet alleen het zichtbare deel, maar ook het deel dat niet zichtbaar is, de overweging in bepaalde keuzen te maken en de evaluatie van het handelen achteraf.

Al de meetmethoden vereisen kennis van de afnemer van de beoordeling, maar de grootte en specificiteit van de kennis verschilt per instrument. Ook verschilt de afnametijd en de betrouwbaarheid van de conclusies. Verschillende methoden zijn:

- De geschreven test (een schriftelijke vragenlijst);
- De computer test (bijvoorbeeld een online in te vullen vragenlijst);
- Performance records (bijhouden wat iemand presteert bijvoorbeeld het aantal binnen gehaalde orders);
- Fysieke modellen (simulatie met anatomische modellen);
- Werksimulatie (andere simulaties, bijvoorbeeld computersimulaties);
- Werksamples (op de werkvloer beoordeeld worden).

Deze methoden van beoordelen hebben een verschillende voorspelbare waarde op de performance [Kak, 2001]. Dat is te zien in het figuur 3.4. Voor het onderzoek is het belangrijk onderscheid te maken tussen competenties en performance. We nemen aan dat competenties de basis zijn voor de performance. Echter voor de goede voorspellende indicatoren voor job performance geldt echter dat het niet noodzakelijk goede indicatoren van competenties zijn. Verder is het zo dat slechte performance op het werk niet hoeft te komen door slecht ontwikkelde competenties, maar goede performance voorspelt wel dat de benodigde competenties waarschijnlijk aanwezig zijn bij de persoon [Kak, 2001].



Figuur 3.4: Assessment methods and job performance [Kak, 2001].

Spencer [1994] heeft net als Kak [2001] aangetoond dat computersimulaties en samples het meest goede voorspellingen doen voor de job performance en geschreven testen het slechtste. Het voordeel van de beoordelingsmethoden die goede voorspellers zijn voor de

eigenlijke performance is dat er meer reden geeft aan leidinggevendenden om actie te ondernemen wordt als iemand minder goed presteert [Kak, 2001], nadeel is dat het geld kost om de methoden met goede voorspelbaarheid te ontwikkelen en beoordelaars in te huren die de testen willen afnemen.

De laatste jaren zijn er naast de algemene instrumenten ook methoden bijgekomen die een aantal instrumenten om performance assessment te doen combineren. De 360-graden-feedback wordt vaak genoemd. Het 360-graden-feedback instrument heeft als uitgangspunt het bewust maken van mensen hoe ze in de ogen van anderen in de organisatie functioneren. De bedoeling is dat de persoon informatie over zichzelf verzamelt bij relevante anderen. Driehonderd zestig graden feedback geeft hierdoor een meer compleet beeld van de performance/competenties van een persoon dan wanneer aan zelfbeoordeling wordt gedaan [Franco et al., 2000].

Beoordelingsmethoden hebben allemaal voor- en nadelen. Een geschreven test heeft als nadeel dat het kennis, maar geen vaardigheden meet. Bij modellen kan je niet alle competenties meten, samples en simulaties geven een limiet aan de omstandigheden en onderwerpen die je kunt testen. Ook vereisen ze observatie en evaluatie en de wetenschap dat je geobserveerd wordt kan het gedrag beïnvloeden. De voor- en nadelen zijn samengevat in tabel 3.1.

	Assessment Method							
	Job Sample	Job Simulation	Anatomic Model	Clinical Simulation Testing	Records	Computerized Test	Written Test	Performance Appraisal
Advantages								
Approximates real situation	X	X		X				
Assesses single or multiple competencies	X	X	X	X		X	X	X
Patient can report on care	X	X						
Replicable		X	X	X	X	X	X	X
Evaluates full range of competencies	X	X						X
Disadvantages								
Must wait for situation	X							
Requires extensive resources		X		X		X		
Requires trained assessor	X	X	X		X			
Potential bias								X

Tabel 3.1: Voor- en nadelen van verschillende assessment methoden [Kak, 2001].

3.7. Conclusie

In dit hoofdstuk is uitgelegd wat de moeilijkheden en de mogelijkheden zijn bij het meten van competenties van medewerkers.

Om de competenties bij verpleegkundigen te meten is het belangrijk om eerst indicatoren van de competenties op te stellen. Zo kunnen verschillende aspecten van elke competentie

gemeten worden en kan met behulp daarvan een score worden bepaald. De beste manier om competenties bij verpleegkundigen te meten is de 'job simulation' methode. Een nadeel van deze methode is dat deze erg tijdintensief is.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de belangrijkste competenties voor verpleegkundigen in het MST bepaald zijn, hoe de indicatoren zijn vastgesteld en welk meetinstrument in het onderzoek gebruikt is om de score van verpleegkundigen op de competenties te berekenen.

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methodieken die zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

4.2. Algemeen methodologie

In beleids- en organisatieonderzoek zijn twee typen onderzoek te onderscheiden namelijk het kwalitatieve en het kwantitatieve onderzoek. Waar kwalitatief onderzoek zich richt op een eigenschap en vragen stelt naar het waarom, wat en hoe omtrent iets soortgelijks, richt kwantitatief onderzoek zich op de mate waarin een eigenschap voorkomt en stelt vragen als hoeveel en hoe vaak iets voorkomt [Wester, 1995].

Om de onderzoeksvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, zijn de twee typen van onderzoek gecombineerd. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zullen hierdoor toenemen omdat op verschillende, elkaar aanvullende manieren invulling wordt gegeven aan de gegevensverzameling [Wester, 1995].

Het vooronderzoek is een beschrijvend en explorerend onderzoek waarin via literatuurverkenning is bekeken wat de stand van zaken is met betrekking tot competentienmanagement en het meten van competenties. Het verkent hierbij de mogelijke antwoordrichtingen voor de vraagstelling van het onderzoek. Ook is in het vooronderzoek kwalitatief onderzocht wat men in het MST de belangrijke competenties vindt in de verpleegkundige beroepsuitoefening.

Het tweede gedeelte van het onderzoek, het hoofdonderzoek, betreft een kwantitatief onderzoek naar mate waarin verpleegkundigen de competenties beheersen.

4.3. Randvoorwaarden vanuit dit onderzoek

Vanuit het ziekenhuis en vanuit de context van het onderzoek worden voorwaarden gesteld waaraan moet worden voldaan:

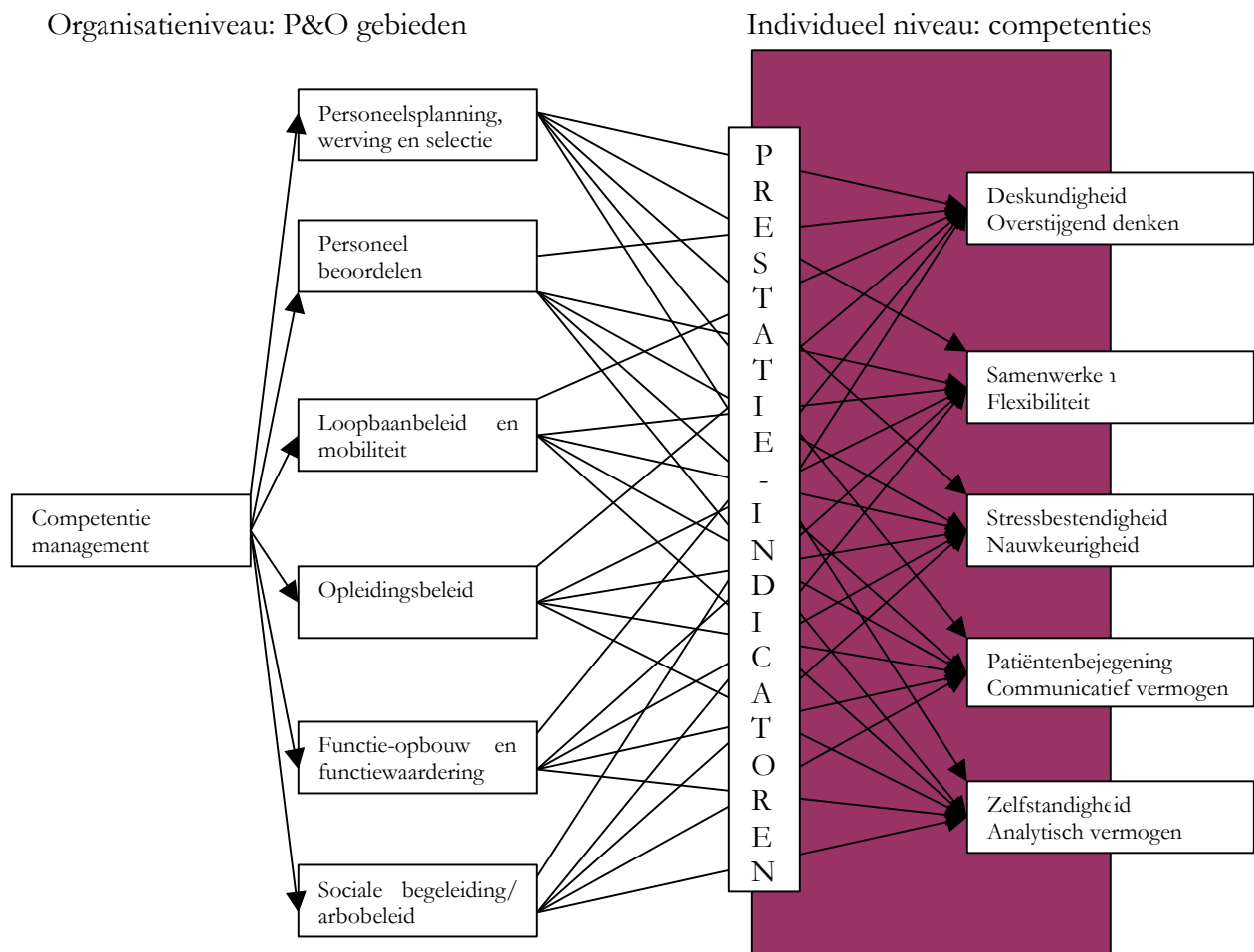
- De meting uitvoeren mag niet veel tijd kosten omdat het ziekenhuis zelf nog een tweede meting wil doen en dit moet naast de normale werkzaamheden gedaan worden
- Er is geen extra geld beschikbaar om de meting uit te voeren
- De 0-meting wordt in dit onderzoek uitgevoerd, de volgende meting over een nader te bepalen aantal maanden/jaar omdat het tijd kost om effect te zien van het competentienmanagement op de competenties van verpleegkundigen

4.4. Het onderzoeksmodel

Competenties van verpleegkundigen worden gemeten omdat uit literatuuronderzoek naar competentienmanagement en instrumenten die competenties kunnen meten blijkt, dat hiermee de effectiviteit van competentienmanagement bepaald kan worden. De competenties zouden moeten verbeteren door de invoering van de nieuwe manier van managen.

De competenties worden gemeten met behulp van indicatoren. Dat zijn observeerbare gedragingen van een persoon die gerelateerd zijn aan de competenties [Von Grumbkow & Jansen, 1996]. Om een zo compleet mogelijke uitspraak te doen over de competenties van de verpleegkundigen is bij het vaststellen van de indicatoren rekening gehouden met zowel kennis als houding en vaardigheden.

Het model voor het onderzoek is te zien in figuur 4.1. Het model is afgeleid van de verschillende HRM-modellen die de invloed van de verschillende HRM-instrumenten op de competenties van medewerkers laten zien.



Figuur 4.1.: Onderzoeksmodel.

Links in de figuur staan de belangrijke P&O gebieden en rechts staan de competenties. De pijltjes geven invloedslijnen aan. Competentiemanagement heeft invloed op de gebieden waarop de afdeling P&O van het MST actief is (personeelsplanning, werving en selectie, beoordeling etcetera). Voor deze gebieden zijn instrumenten in gebruik om het personeel te managen. Een voorbeeld van een instrument op gebied van ‘personeel beoordelen’ is een persoonlijk opleidingsplan (POP). De hypothese is dat inspanningen op de verschillende

personeelsgebieden doorwerken op de competenties van de medewerkers. Door middel van het beoordelen van competenties kun je bijvoorbeeld het effect van trainingen zien. Lage scores op de beoordeling kunnen aanwijzing zijn voor ineffectieve training, slecht design of niet passende training. Deze uitkomsten kunnen weer gebruikt worden in de training te verbeteren [Smith and Merchant, 1990].

Tussen de P&O gebieden en de competenties van verpleegkundigen staan indicatoren, die zijn nodig om de competenties te meten, in hoofdstuk drie is hier meer over uitgelegd. De indicatoren worden in het vooronderzoek bepaald. Daarna is gezocht naar de beste manier om competenties bij verpleegkundigen te meten.

In het onderzoeksmodel dat in dit verslag gebruikt wordt zijn competenties de afhankelijke variabelen en zijn de P&O instrumenten (de praktische uitvoering van competentie management) de onafhankelijke variabelen. In het onderzoek is, om het onderwerp af te bakenen en omdat het personeelsmanagement erg in ontwikkeling is, ervoor gekozen de onafhankelijke variabelen niet te meten.

4.5. De keuze van het instrument

De keuze van het instrument waarmee het effect van competentie management kan worden gemeten hangt af van een aantal factoren. De meest belangrijke is uiteraard de feitelijke informatiebehoefte. Het gaat om het vinden van dat instrument dat in elk geval de gegevens kan opleveren waaraan men behoefte heeft. Wanneer nu meerdere instrumenten in een zelfde behoefte kunnen voorzien, worden aanvullende afwegingen gemaakt zoals:

- Tijd die nodig is om het instrument te ontwerpen;
- Bouw- en onderhoudskosten van het instrument;
- Tijdigheid waarmee de resultaten verkregen worden (het is immers noodzakelijk is dat de aanwijzing op een tijdstip komt dat ingrijpen nog effect kan hebben);
- Het karakter van het instrument (anticiperend; sturend of corrigerend; controlerend);
- De stijl van de organisatie;
- De mogelijkheid om de bestaanscondities van het instrument te vervullen.

[Kerklaan, 1998 II]

In het onderzoek is gekozen om als meetinstrument een vragenlijst, dus een geschreven test, te gebruiken. Een aantal overwegingen hebben aan die keuze ten grondslag gelegen. Ten eerste is het zo dat een schriftelijke vragenlijst weinig geld en afnametijd kost [Baarda, 1998]. Daardoor kunnen relatief veel mensen bereikt worden en is rekening gehouden met het feit dat het ziekenhuis de meting nog een keer moet uitvoeren en daar niet veel tijd voor heeft.

Ten tweede is het belangrijk dat de vragenlijst anoniem wordt ingevuld omdat het bij mensen vrij gevoelig ligt hoe ze presteren in hun werk. Er is zo minder kans op sociaal wenselijke antwoorden [Baarda, 1998]. De vragenlijst kan meerdere competenties meten en de andere meetinstrumenten zijn te duur en te veelomvattend om te gebruiken in een afstudeeronderzoek [Kak, 2001]. Verder is het niet de bedoeling van het onderzoek om leidinggevendenden te vertellen hoe individuele medewerkers scoren om hen vervolgens tot actie aan te zetten, maar om een algemeen beeld te krijgen van de score op de competenties, en dat kan door middel van een schriftelijke vragenlijst.

4.6. Vooronderzoek

Om te voorkomen dat de beschrijvingen van de competenties abstract, nauw en overgesimplificeerd zijn zoals critici van competentie management soms aangeven [Attewell, 1990; Norris, 1991; Sandberg, 1994] is vooronderzoek gedaan om te erachter te komen welke competenties en bijbehorende, indicatoren van belang zijn voor de verpleegkundigen. Deze competenties zullen prioriteit hebben bij de afdeling P&O om verpleegkundigen in te trainen en te sturen.

Het onderzoek naar deze 'kritische' competenties is gedaan in de praktijk bij professionals die direct met de verpleegkundigen te maken hebben. Hierdoor dekt de uiteindelijke vragenlijst de competenties zo goed mogelijk wordt de praktijk goed beschreven. Deze manier van onderzoeken wordt 'Wisdom of Practice' genoemd [Bergenhengouwen, 2002]. Een 'Wisdom of Practice' studie put uit de ervaringen van mensen die een functie uitvoeren of er direct mee te maken hebben. De output is gericht op het gedrag dat de competenties het meest adequaat beschrijft.

Er is gekeken welke mensen het meest te maken hebben met de beroepsuitoefening van de verpleegkundige, dat zijn in het MST de verpleegkundige zelf, de afdelingshoofden en de verpleegkundig opleidingsfunctionarissen. Patiënten hebben ook veel te maken met verpleegkundigen, maar zij zijn niet in het vooronderzoek betrokken omdat zij inhoudelijk niet in staat zijn te zeggen wat verpleegkundigen goed en niet goed doen en wat de kritische competenties hiervoor zijn. Ook dreigt bij deze groep in grotere mate dan in de andere groepen het gevaar dat de mening subjectief gekleurd is omdat ze vaak kort met een verpleegkundige te maken hebben en een afhankelijke, en geen gelijkwaardige relatie hebben met de verpleegkundigen. Naast de genoemde beroepsgroepen is er ook een interview gehouden met een zorgdeskundige. Zij werd aangeraden door een afdelingshoofd omdat ze veel kennis en een duidelijke visie zou hebben over de competenties van verpleegkundigen. In totaal zijn er 16 interviews gehouden. Uit elke oorspronkelijk te interviewen beroepsgroep 5 personen en één extra interview met de zorgdeskundige.

De personen uit die drie beroepsgroepen zijn willekeurig gekozen en gelijk verdeeld over de drie functiegroepen die gekozen zijn voor het vooronderzoek. Met hen zijn gesprekken gevoerd en in die gesprekken is de centrale vraag gesteld: 'Wat is het verschil tussen een goede en een minder goede verpleegkundige?'. Een hulpmiddel bij het beantwoorden van deze vraag is het in gedachte nemen van een goede en een minder goede verpleegkundige en de verschillen op gebied van kennis, houding en vaardigheden zo gedetailleerd mogelijk aan te geven. De taak van de interviewer/onderzoeker was om door te vragen op de antwoorden van de geïnterviewden als die niet duidelijk zijn en om informatie te verkrijgen op een objectieve manier, zonder een bepaalde richting op te sturen.

De afdelingshoofden en verpleegkundig opleidingsfunctionarissen zijn zoveel mogelijk apart geïnterviewd om zo min mogelijk invloed van een andere persoon op de eigen gedachten te hebben, en de verpleegkundigen zijn met maximaal met twee tegelijk geïnterviewd. Dit om bij eventuele drukte op de afdeling toch aan genoeg informatie van verschillende beroepsgroepen te komen.

Nadat in het eerste deel van het gesprek de competenties en indicatoren zijn benoemd werden ze op kaartjes geschreven en heeft de geïnterviewde die kaartjes in volgorde van

belangrijkheid gezet. Deze vorm van informatie verkrijgen heet de 'kaartjesmethode'. De kaartjesmethode is een methode om consensus te krijgen in meningen als er meerdere personen tegelijk worden geïnterviewd. Ook zorgt de kaartjesmethode ervoor dat er tijd bespaard wordt en ze zorgt ervoor dat de data die verkregen is in het interview goed geordend wordt. Het bevordert tevens een heldere kijk op de data omdat de kaartjes apart liggen en verplaatsbaar zijn, in tegenstelling tot data op een lijst [Reach consensus, 2006].

De (dimensies van) competenties die belangrijk worden gevonden door de deskundigen zijn vervolgens gerangschikt op verschillende niveaus omdat de competenties in de gesprekken zijn aangegeven van verschillend niveau waren, van competentie tot indicator van een competentie. De kaartjes zijn in de structuur van een boom met verschillende niveaus boven elkaar neergelegd en er is gekeken welke indicatoren en competenties elkaar overlappen. Zo is uiteindelijk bepaald welke competenties kritisch zijn om een taak van verpleegkundige goed uit te voeren.

Na uitvoering van het vooronderzoek was bekend wat deskundigen op het gebied van verpleegkunde belangrijk vinden aan een verpleegkundige en welke competenties, verdeeld over verschillende dimensies van elke competentie verpleegkundigen in hun ogen zouden moeten bezitten om hun werk goed uit te voeren.

4.7. Onderzoek; schaalconstructie

In het hoofdonderzoek zijn deze competenties vervolgens meetbaar gemaakt. Hiervoor is eerst gekeken naar bestaande, gevalideerde vragenlijsten over de betreffende competenties. De Employability-vragenlijst [Van der Heijden & Van der Heijde, 2005] bleek qua competenties goed overeen te komen.

Een aantal competenties bleken niet in deze lijst voor te komen, voor deze competenties is een nieuwe schaal ontwikkeld. Een schaal bestaat uit een aantal vragen die een bepaald onderwerp nader beschrijven, hiermee wordt de toevalsfactor zoveel mogelijk uitgesloten. De vragen gaan over de indicatoren van de betreffende competentie. Een mogelijk onnauwkeurig antwoord op één vraag heeft hiermee minder gevolgen voor de score op de schaal dan als slechts één vraag gesteld werd over dat onderwerp.

In het onderzoek zijn de schalen geconstrueerd door van elke competentie de, in het vooronderzoek genoemde, indicatoren te bekijken en daarover zoveel mogelijk vragen te formuleren. Deze vragen zijn gecheckt op belangrijke punten waar een vragenlijst aan moet voldoen volgens Kidder [1981]:

- Moet de vraag gesplitst worden?
- Is er extra materiaal nodig om het antwoord te interpreteren?
- Hebben de respondenten de informatie om de vraag te kunnen beantwoorden?
- Moet de vraag meer concreet, specifiek en persoonlijk gesteld worden?
- Is de vraag vrij van vooroordelen?
- Leidt de vraag al een bepaalde richting op?
- Zullen de respondenten de informatie geven die nodig is?
- Kan de vraag verkeerd begrepen worden?
- Zijn er dubbelzinnige woorden in de vraag gebruikt?
- Zou een meer of minder persoonlijke vraag betere resultaten geven?

- Kan de vraag beter meer direct of indirect gesteld worden?
- Wordt het antwoord op de vraag beïnvloed door voorgaande vragen?

De overgebleven en aangepaste vragen zijn voorgelegd aan mensen uit het veld om commentaar te krijgen op de duidelijkheid en de bruikbaarheid van de vragen. Andere mensen controleerden de vragenlijst op schrijffouten en foute zinsconstructies.

De vragen die overbleven als meest bruikbaar zijn opgenomen in de definitieve vragenlijst, hierbij zijn ze willekeurig door de oorspronkelijke vragen heen gezet en zijn de antwoordcategorieën van de oorspronkelijke lijst overgenomen. Als er daardoor twee vragen na elkaar gesteld werden die het tegenovergestelde van elkaar beweerden zijn de vragen op een andere plaats gezet om niet suggestief te worden.

Er zijn per competentie maximaal tien vragen geformuleerd om de vragenlijst niet te lang te maken en toch betrouwbaar te kunnen meten hoe de betreffende verpleegkundige op de competentie scoort. Hiervoor moeten minimaal 3 items in een schaal zitten [Cook et al, 1981]. Als er erg veel items in een schaal zitten kunnen moeheid en vooroordelen een rol gaan spelen [Anastasi, 1976].

De vragen in die nieuwe vragenlijst zijn per antwoordcategorie geclusterd en niet per competentie waar de vraag betrekking op heeft. Dit is gedaan voor de duidelijkheid van de respondenten en om mensen met vragen niet een bepaalde richting op te sturen.

4.8. Onderzoek; respondenten

De meeste studies over gedrag in organisaties zijn uitgevoerd met behulp van zelfrapportage over de betreffende competenties. Ondanks de populariteit van die retrospectieve rapporten zijn veel onderzoekers sceptisch over de resultaten die komen van vragenlijsten waarin mensen zichzelf moeten beoordelen. Ze geloven dat deze resultaten sterk beïnvloed worden door problemen met 'informant fallibility': de mogelijkheid dat fouten gemaakt worden door de beoordelaars. Zelf-beoordelingen blijken een minder grote relatie te hebben met beoordelingen die door anderen gedaan zijn, dan beoordelingen van peers (bijvoorbeeld collega's of medestudenten), leidinggevend en ondergeschikten [Harris & Schaubroeck, 1985]. Zelfbeoordelingen zijn ook minder accuraat dan beoordelingen van peers of leidinggevend als ze vergeleken worden met objectieve criterium metingen. Het probleem dat zich voordoet is dat respondenten niet altijd in staat zijn om het verleden accuraat te herinneren en die herinnering te beoordelen. Golden [1992] en andere onderzoekers hebben geconcludeerd dat die inaccuraatheid kan komen door verkeerde rationalisaties, te vergaande simplificaties en gebrek aan geheugen. Ook is het zo dat mensen van nature de neiging hebben om zichzelf in een positief licht te zien en daar ook hun beoordeling door laten beïnvloeden [Nisbett & Wilson, 1997].

Kak [2001] heeft ook onderzoek gedaan naar voor- en nadelen van beoordelaars en heeft deze in een tabel gezet (zie tabel 4.2).

	Type of Assessor						
	Self	Trainer	Peer	Supervisor	Untrained Patients	Trained Patients	Expert Observer
Advantages							
Can observe competence or performance	X	X	X	X	X	X	X
Can evaluate competence or performance		X	X	X		X	X
Has many opportunities to observe performance	X		X	X			
Disadvantages							
Bias due to halo effect		X	X	X			
Provokes anxiety		X		X			X

Tabel 4.2: Voor- en nadelen van verschillende assessoren [Kak, 2001]

In deze tabel is te zien dat peer-beoordeling minder bevooroordeeld is dan zelf-beoordeling. Er bestaan echter een aantal mogelijkheden om de problemen die optreden bij zelf-beoordeling te reduceren. Mabe & West [1982] hebben onderzocht dat de validiteit van zelf ratings groter is als de proefpersonen weten dat ze vergeleken worden met externe criteria, als ze eerdere ervaring hebben met zelf-beoordeling, als er wordt geïnstrueerd dat ze zichzelf moeten vergelijken met anderen en als anonimiteit gewaarborgd wordt.

Er is in het onderzoek voor gekozen om zelf-beoordeling te doen en de vragenlijst daarnaast ook door een collega-verpleegkundige, een ‘peer’, te laten invullen om de metingen zo betrouwbaarder te maken. Er had ook gekozen kunnen worden om een leidinggevende de vragenlijst te laten invullen voor ondergeschikten, maar leidinggevend in het ziekenhuis hebben een vrij grote ‘span of control’ van ongeveer 35 medewerkers en dit zou kunnen leiden tot veel extra werk. Ook kan het druk geven op de ondergeschikten omdat een leidinggevende in een machtiger positie staat dan een collega wat betreft promotie, ontslag en dergelijke. Zoals in tabel 4.2 ook is te zien heeft de collega veel mogelijkheden om de verpleegkundige over wie de lijst ingevuld moet worden aan het werk te zien en kan daardoor ook het werk en de competenties van de verpleegkundige goed beoordelen.

Voor het uitdelen van de vragenlijst moest worden besloten welke collega’s elkaar gingen beoordelen. Om mensen in te delen en omdat de vragenlijst niet verplicht is werd er eerst een belangstellingsregistratie gedaan op de negen afdelingen met elk gemiddeld 40 verpleegkundigen in dienst. De afdelingen zijn willekeurig gekozen uit het cluster van de personeelsfunctionaris die het onderzoek begeleid heeft. De verpleegkundigen konden een antwoordformulier invullen (bijlage 3). Op dat formulier kon ook aangegeven worden dat er geen interesse was en dan werd gevraagd naar de reden daarvan.

In eerste instantie was er een lage respons. Daarom is besloten om op de afdelingen presentaties te houden over het (doel van het) onderzoek. Daardoor is de respons toegenomen met 50%. Niet iedere non-respons werd ondersteund door een reden, maar een aantal wel. Eén respondent gaf aan het ethisch niet aan zichzelf te kunnen verantwoorden om de vragenlijst over de haar toegewezen collega in te vullen. Deze persoon heeft de vragenlijst alleen over zichzelf ingevuld. De non-respons verschilde per afdeling, de afdelingen met de hoogste respons hadden veelal afdelingshoofden die enthousiast waren over het onderwerp competentie management.

Voor de verpleegkundigen die aangaven mee te willen doen is vervolgens gekeken, aan de hand van de dienstlijst en eventuele clusters waarin verpleegkundigen samen werken, welke verpleegkundigen regelmatig met elkaar werken. Die mensen zijn willekeurig onder elkaar op een lijst gezet en een persoon wordt beoordeeld door degene die boven hem op de lijst staat en beoordeelt zichzelf en degene die onder hem op de lijst staat. De naam van degene die beoordeeld moest worden is opgeschreven in de brief die de vragenlijst begeleidde en daarna is deze samen met de vragenlijst, met alleen de nummers van de respondenten erop, rondgestuurd naar de thuisadressen van de verpleegkundigen. Zo is de anonimiteit van de respondenten zoveel mogelijk gewaarborgd.

4.9. Onderzoek; obstakels

Uit literatuuronderzoek blijkt dat, naast management op ontwikkeling van competenties, ook nog andere factoren de competenties van medewerkers vergroten, namelijk ervaring [Benner, 1984]; werkers in de gezondheidszorg worden competenter naarmate de tijd vordert. De vaardigheden van werknemers worden ook vergroot als er beter gekwalificeerd personeel aangenomen wordt, als huidig personeel getraind wordt op de vaardigheden of bij een combinatie van deze twee. Een kanttekening hierbij is dat het effect van vaardige werknemers verloren gaat als ze niet gemotiveerd zijn om hun taken uit te voeren [Delaney 1996].

De motivatie van werknemers kan op verschillende manieren beïnvloed worden door de vorm en de structuur van de organisatie. Een voorbeeld hiervan is dat de organisatie beloningssystemen kan invoeren als werknemers bepaalde doelen in hun ontwikkelingsproces hebben gehaald. Er is onderzoek gedaan dat heeft bewezen dat beloningssystemen positieve invloed hebben op de performance van de organisatie [Gerhart 1992]. De vakbekwaamheid en de motivatie van de werknemers hebben invloed op de individuele competenties en zijn belangrijke strategische hulpbronnen bij de realisatie van de ondernemingsdoelen [Baisier, 2002].

Ook het beoordelen van competenties en het belonen van mensen op basis van deze beoordeling is een manier om competenties van medewerkers te vergroten en effectieve werkrachten te ontwikkelen. Managers geven de werknemer feedback. Ze kijken wat goed is en welke gebieden ontwikkeld moeten worden. Werknemers kunnen met deze informatie zorgen dat ze beter presteren op hun werk [Daft 1997].

Deze aspecten staan dus een valide, longitudinale, meting in de weg. Om toch te zorgen dat alleen de invloed van competentie management gemeten wordt is ervoor gekozen om de vragenlijst bij twee groepen af te nemen. De eerste groep wordt na de eerste meting gemanaged op competenties en de tweede niet. De verandering in de competenties bij de verpleegkundigen uit die twee groepen kan dan vergeleken worden en de verbetering die de groep zonder competentie management ondergaan heeft kan 'afgetrokken' worden van de verbetering van de andere groep.

Aan het onderzoek doen negen afdelingen mee. Zeven daarvan beginnen op korte termijn met het invoeren van competentie management en de andere twee worden als referentiegroep gebruikt. De afdelingen zijn allemaal klinische afdelingen. De poliklinieken zijn niet meegenomen omdat dit de representeerbaarheid van de meting verkleint. De groepen zijn zo homogeen mogelijk gehouden.

4.10. Onderzoek: wetenschappelijke verantwoording

Een aantal veel gebruikte termen om te bekijken of de gebruikte vragenlijst wetenschappelijk verantwoord is, worden hieronder genoemd en gerelateerd aan het onderzoek:

Betrouwbaarheid

Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat de uitkomsten, bij een tweede gebruik van het meetinstrument, hetzelfde moeten zijn [Warning, 2002].

De betrouwbaarheid van het gebruikte meetinstrument is vergroot door verschillende vragen over dezelfde competentie te stellen. Ook zijn verschillende dimensies van de competenties bevraagd en zijn statistische tests gebruikt om te bekijken of er vragen af moesten vallen zoals factoranalyse en de berekening van de Crohnbach's alpha. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is verder vergroot door een referentiegroep te gebruiken en de afdelingenwillekeurig te kiezen.

Validiteit

Validiteit is er in drie soorten, inhoudsvaliditeit, interne en externe validiteit. Bij Inhoudsvaliditeit wordt de vraag gesteld: weerspiegelt het meetinstrument het bedoelde begrip in zijn verschillende aspecten goed?

Om hiervoor zorg te dragen is een vooronderzoek uitgevoerd. Hierin is gevraagd wat de kritische competenties zijn voor verpleegkundigen en is daar ook uitleg over gevraagd. Hieruit kwamen competenties op verschillende uitvoerniveaus en indicatoren van de competenties naar voren. Vanuit deze indicatoren zijn vragen ontwikkeld. Er zijn ongeveer tien vragen per competentie gesteld om ervoor te zorgen dat alle belangrijke aspecten van de competentie bevraagd worden. Hierdoor mag aangenomen worden dat de schaal meet wat hij geacht wordt te meten. Deze vorm van validiteit heet 'inhoudsvaliditeit' en is de enige vorm die voorafgaande aan het onderzoek wordt vastgesteld [Swanborn, 1994].

Bij interne validiteit gaat het om de kwaliteit van de conclusie van het onderzoeksontwerp. We onderscheiden binnen deze vorm de statistische en de causale interpretatie validiteit. De eerste vorm gaat over de vraag of de conclusie over de aan of afwezigheid van een statistisch verband tussen twee variabelen juist is. De tweede gaat over de vraag of het acceptabel is om het gevonden statistisch verband als causaal te interpreteren [Swanborn, 1994]. De eerste soort gaat pas een rol spelen als er werkelijk conclusies verbonden worden aan de onderzoeken en dat gebeurt in dit onderzoek na de tweede meting. De tweede soort van validiteit is zoveel mogelijk nagestreefd door het literatuuronderzoek te doen naar de modellen die de invloed van Human Resource Management op de prestaties van medewerkers beschrijven. Veel onderzoekers geloven in het causaal verband welke in het onderzoeksmodel gebruikt wordt, maar er zijn onderzoekers die er sceptisch over zijn (zie hoofdstuk drie). In het hoofdstuk met de resultaten wordt nog iets verder ingegaan op de interne validiteit.

Externe validiteit houdt zich bezig met de vraag: 'In hoeverre is de conclusie generaliseerbaar naar algemener begrippen, populaties, andere omgevingen dan waar het onderzoek gedaan is [Swanborn, 1994]. Om dit te onderzoeken is de biografische data uit de vragenlijst van belang. In 'Feiten en cijfers over het verpleegkundig beroep' [Windt, 2006] is onderzocht dat de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in ziekenhuizen 39.1 jaar is, in dit onderzoek is de gemiddelde leeftijd 38 jaar. In 'Feiten en cijfers' is onderzocht dat 12.1% van de

verpleegkundigen in de ziekenhuizen man is tegenover 10.3% van de respondenten van dit onderzoek. Die verhoudingen komen redelijk overeen.

Over het aantal uren dat de verpleegkundige per week werkt is vanuit het onderzoek data verkregen. Deze kan vergeleken worden met data uit het rapport 'Feiten over Verpleegkundige beroepen 2003' [Windt, 2003]. De respondenten van het onderzoek werken gemiddeld 30 uur per week, dat is 83% van voltijdswEEK, uit het rapport van Windt [2003] blijkt dat verpleegkundigen gemiddeld 71% van een voltijdswEEK werken.

Wat opleiding betreft heeft 46% van de respondenten van het onderzoek hbo-verpleegkunde gestudeerd en evenveel verpleegkundigen hebben de 'oude' inservice A opleiding gevolgd. Uit het landelijke onderzoeksrapport blijkt dat 16% de opleiding hbo-verpleegkunde heeft gevolgd en 58% de inservice A opleiding tot verpleegkundige, 18% heeft mbo-verpleegkunde gestudeerd. De discrepantie tussen deze cijfers kan komen door de, in het verleden gemaakte, keuze van het Medisch Spectrum Twente voor een mix van hbo-verpleegkundigen (waar inservice opgeleide verpleegkundigen uit het ziekenhuis ookonder vallen) en verzorgenden op de afdelingen van het ziekenhuis. Door de data over opleiding en werkweek van verpleegkundigen wordt de groep respondenten minder representatief voor verpleegkundigen in Nederland en dat verkleint de externe validiteit. De andere gegevens komen redelijk overeen.

De validiteit van dit onderzoek is nog vergroot door kwalitatief en kwantitatief onderzoek naast elkaar te gebruiken zoals ook eerder in dit hoofdstuk is genoemd [Wester, 1995].

Nauwkeurigheid

De schalen van het 'Employability' meetinstrument [Van der Heijden & Van der Heijde, 2005] zijn op een wetenschappelijke manier samengesteld, wat een grote nauwkeurigheid impliceert. Een andere factor die de nauwkeurigheid beïnvloed is de hoogte van de respons. Een hogere respons zorgt voor een grotere nauwkeurigheid [Warning, 2002]. In het onderzoek zijn 9 afdelingen met iedere ongeveer 40 verpleegkundigen uitgenodigd te participeren. Van deze 360 mensen hebben 39 personen positief op de uitnodiging gereageerd. Een respons van 10% is niet hoog, daardoor is de nauwkeurigheid niet optimaal.

Representativiteit

Met representativiteit wordt bedoeld of een meting bij een beperkte groep mensen uit een bedrijf ook iets zegt over het hele bedrijf [Warning, 2002]. Bij een hoge respons is deze vraag niet meer van belang omdat dan geen sprake meer is van een steekproef. Bij een lage respons is het van belang te kijken of de mensen die hebben meegedaan dezelfde verdeling hebben als alle mensen van het bedrijf qua leeftijd, opleiding, geslacht en ervaring. Vanuit het Medisch Spectrum Twente zijn gegevens verkregen over de verpleegkundigen die er werkzaam zijn. Daaruit blijkt dat bijna 10% van de verpleegkundigen van het mannelijk geslacht is, wat overeenkomt met de gegevens van de respondenten van het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in het MST is 40 jaar, de respondenten uit het onderzoek zijn gemiddeld iets jonger; namelijk 38 jaar oud. De verpleegkundigen binnen het MST werken gemiddeld 70% van een voltijd werkweek, de respondenten uit het onderzoek werken meer, gemiddeld 83%. Wat opleidingsniveau betreft kan geen vergelijking worden gemaakt tussen de respondenten uit het onderzoek en de verpleegkundigen uit het MST.

Uit de bovenstaande gegevens blijkt dat de verpleegkundigen die aan het onderzoek hebben meegewerkt qua leeftijd en geslacht redelijk overeenkomen met de overige verpleegkundigen uit het ziekenhuis. De respondenten werken gemiddeld iets meer uren per week dan de

gemiddelde verpleegkundige in het MST. Er zijn geen grote verschillen aan te geven aan de hand van de biografische data.

Subjectiviteit

Bij het invullen van een vragenlijst geven mensen hun subjectieve mening over de items. Om de subjectiviteit te verkleinen is bij deze vragenlijst gebruik gemaakt van peer-assessment. Daarmee wordt bedoeld dat iemand de vragenlijst over zichzelf invult en dat er ook iemand anders is die de lijst over die persoon invult. De beide antwoorden worden gebruikt om conclusies te trekken en zijn minder subjectief dan wanneer één persoon een mening geeft.

Daarnaast is de subjectiviteit verkleind door meerdere vragen over één competentie te stellen.

Passendheid

Met passendheid wordt bedoeld of de methode van meten past bij het te meten onderwerp en bij de te meten populatie. Hierop is ingegaan in het hoofdstuk 'Het meten van competenties'. De methode van een vragenlijst is niet de meest ideale methode om competenties te meten volgens de literatuur, maar wel de best passende methode als de omstandigheden van het onderzoek, met name de tijdsinvestering, in acht worden genomen.

Constructie van de schalen

In de vragenlijst is bij het grootste deel van de vragen gebruik gemaakt van een zes-punts Likert Schaal. Door deze schaal te gebruiken is sprake van gesloten vragen; een respondent kan niet zelf de antwoorden invullen, maar moet uit bestaande antwoorden kiezen. Hierdoor wordt is gelijk duidelijk in welke richting de antwoorden moeten worden gekozen. Ook maakt het gebruik van gesloten vragen de vergelijking en verwerking van de vragen makkelijker. Een nadeel van gesloten vragen is dat ze niet altijd aansluiten bij de specifieke situatie van de respondent.

De items worden gemeten op een ordinale schaal, dat wil zeggen dat er een rangschikking is tussen de zes punten op de schaal, maar er is niet te zeggen dat het verschil tussen punt 1 en 3 twee keer zo groot is als het verschil tussen 1 en 2. De Likert schaal is de meest gebruikte schaal in onderzoeken.

Naast de zes-punts Likert schaal wordt er bij een aantal vragen een vijfpuntsschaal gebruikt. Deze vragen gaan over perceptie van de eigen gezondheid en daarin wordt men, door een neutraal antwoord in het midden van de schaal, niet gedwongen een keuze te maken voor een positief of negatief antwoord. Ook zijn er een aantal vragen naar de werkervaring van de respondenten en de thuissituatie die open en multi-pele choice zijn zoals 'geslacht' en 'geboortejaar'.

Betrouwbaarheid van de schalen

De consequentheid en nauwkeurigheid van de schalen moet hoog zijn om toevallige fouten in het meten te voorkomen. Deze eis kan bereikt worden door na te gaan of er verschil is tussen de gevonden score (het resultaat van de afgenomen test) en de ware score (gemiddelde van een (in gedachten) oneindig aantal afgenomen testen). Gevonden score min ware score is errorscore. Als men een echt betrouwbare test wil hebben dan moet de som van de variantie van de test voornamelijk uit de som van de variantie van de ware scores bestaan en weinig uit de som van de variantie van de errorscores. Om dat te kunnen meten zou de test vele keren afgenomen moeten worden bij verschillende personen. Omdat dat niet

mogelijk en zinnig is kan ook gebruik gemaakt worden van een andere methode om de betrouwbaarheid van een test te meten.

Een praktische methode om de betrouwbaarheid van een meetinstrument te bepalen is door het berekenen van coëfficiënt alpha betrouwbaarheid. Cronbach heeft aangetoond dat alpha gelijk is aan de gemiddelde splitsingsbetrouwbaarheid, berekend over alle mogelijk splitsingen van een test in twee helften (de Groot, 1961). Deze methode wordt in de analyse van de vragenlijst gebruikt en de scores worden vergeleken met de scores op de 'Employability' vragenlijst. Daarnaast wordt factoranalyse gebruikt om extra informatie te kunnen geven over de betrouwbaarheid van de in dit onderzoek ontwikkelde schalen.

4.11. Analyse van de gegevens

Uit dit onderzoek komen gegevens naar voren die op verschillende manieren worden geanalyseerd. Ten eerste is er het literatuuronderzoek. De gevonden artikelen zijn eerst gerangschikt naar onderwerp en vervolgens geanalyseerd naar de deelvragen die eerder dit hoofdstuk zijn besproken.

De door de onderzoekspopulatie ingevulde enquêtes zijn ingevoerd in SPSS 11 voor MacOSX. Voordat de data in SPSS is ingevoerd is een codeboek ontwikkeld voor de vragenlijst. De antwoorden op de vragen zijn op een kwantitatieve manier geanalyseerd. Nadat alle vragenlijsten waren ingevoerd is het databestand steekproefsgewijs gecontroleerd op invoerfouten. Vervolgens zijn frequentietabellen en grafieken samengesteld. Door middel van factoranalyse en bepaling van de Cronbach's alpha zijn de schalen getest op betrouwbaarheid. Vervolgens zijn met een formule de scores van de verpleegkundigen op de verschillende competenties bepaald en is de score van de eigen-beoordeling vergeleken met de score van de peer-beoordeling door middel van een gepaarde t-toets.

4.12. Conclusie

In dit hoofdstuk is de methodologie van het onderzoek uitgelegd. Er is verklaard en verantwoord wat er in het vooronderzoek en het onderzoek voor methodieken gebruikt worden.

In het vooronderzoek worden de belangrijkste competenties voor de verpleegkundige beroepsuitoefening met hun indicatoren bepaald door middel van interviews met medewerkers uit het ziekenhuis die veel met verpleegkundigen te maken hebben.

In de hoofdfase van het onderzoek wordt een vragenlijst ontwikkeld op basis van de bestaande employability-vragenlijst. Deze wordt voorgelegd aan een aantal verpleegkundigen waardoor de benodigde data wordt verzameld om de vraag te beantwoorden hoe verpleegkundigen nu scoren op de verschillende competenties. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de analyse van deze gegevens besproken.

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het vooronderzoek en het hoofdonderzoek besproken.

5.2. Vooronderzoek

De interviews om te bepalen wat de meeste belangrijke competenties zijn en welke indicatoren daarbij horen zijn gehouden met verpleegkundigen, afdelingshoofden en verpleegkundig opleidingsfunctionarissen en met een zorgdeskundige. In totaal zijn er 16 interviews gedaan.

Uit de interviews die gehouden zijn kwamen de volgende competenties als kritische competenties naar voren (tabel 5.1).

Nr Competentie	Competentie	Aantal keer genoemd
1	Patiëntenbejegening/houding	24
2	Vakkennis	17
3	Kennis en initiatief op afdeling/ organisatieniveau	14
4	Communiceren/luisteren	13
5	Analytisch vermogen	10
6	Nauwkeurig werken	7
7	Samenwerken	4
8	Stressbestendig zijn	4
9	Kostenbewust zijn	3
10	Flexibel zijn	2
11	Zelfstandig kunnen werken	2
12	Creatief zijn	1

Tabel 5.1 : Competenties genoemd in vooronderzoek.

De meeste competenties zijn door alle geïnterviewde groepen evenveel benoemd. Opvallend is echter dat kennis en initiatief op afdeling/organisatieniveau niet genoemd werd door de verpleegkundigen die geïnterviewd zijn.

Als de genoemde competenties vergeleken worden met de competentieset van de 'verpleegkundige I' (bijlage 7) die het ziekenhuis heeft geformuleerd is te zien dat de lijsten vrij goed overeenkomen. Er worden alleen soms andere benamingen gebruikt. Een competentie die in het competentieprofiel staat en niet als competentie uit het vooronderzoek is gekomen is 'resultaatgerichtheid'.

De vergelijking van de items die uit het onderzoek komen met de competenties uit de competentieset is te zien in tabel 5.2.

Nr. Competentie	Competentie	Genoemd in competentieset
1	Patiëntenbejegening/houding	X (klantgerichtheid, integriteit)
2	Vakkennis	X (deskundigheid)
3	Kennis en initiatief op afdeling/ organisatieniveau	
4	Communiceren/luisteren	X (luisteren, communiceren)
5	Analytisch vermogen	
6	Nauwkeurig werken	X (nauwkeurigheid)
7	Samenwerken	X (samenwerken)
8	Stressbestendig zijn	
9	Kostenbewust zijn	X (kostenbewustzijn)
10	Flexibel zijn	
11	Zelfstandig kunnen werken	
12	Creatief zijn	

Tabel 5.2: Vergelijking resultaten vooronderzoek en bestaande competentieset.

Als de laatste twee competenties niet meegenomen worden (omdat die het minst worden genoemd) kan geconcludeerd worden dat de lijst voor een groot deel overeenkomt met de competentieset voor de verpleegkundige I. De competenties die de verpleegkundige I extra moet hebben zijn: resultaatgerichtheid en kwaliteitsgerichtheid.

De verpleegkundige II en de senior verpleegkundige hebben de volgende competenties extra ten opzichte van de verpleegkundige I: plannen&organiseren en regelen. Deze komen redelijk overeen met 'kennis en initiatief op afdeling/organisatieniveau' en worden door de deelnemers aan het vooronderzoek belangrijk gevonden voor elke verpleegkundige in het ziekenhuis.

De lijst met competenties uit het vooronderzoek is ook vergeleken met de vragenlijst 'Employability' [Van der Heijden & Van der Heijde, 2005]. Deze bevat de competenties te zien in tabel 5.3.

Competentie	Definitie	Relatie met vooronderzoek competentie(s)
Occupational Expertise	Domein gerelateerde kennis en vaardigheden	2, 11
Anticipation and Optimisation	Vorbereiden op en aanpassen aan toekomstige veranderingen op een persoonlijke en creatieve manier en met het doel het beste eruit te halen	5, 12
Personal Flexibility	De capaciteit om zich makkelijk aan te passen aan allerlei veranderingen binnen de interne en externe arbeidsmarkt die niet raken aan het werkdomein van de persoon	10
Corporate Sense	Meedoen en presteren in verschillende werkgroepen zoals organisaties, teams, gemeenschappen en andere netwerken. Delen van verantwoordelijkheden, kennis, ervaringen, gevoelens, credits, fouten doelen etc.	3, 7, 8, 9
Balance	Een compromis kunnen vinden tussen de belangen van de collega's en zichzelf alsook de belangen van de werkgever en zichzelf	7, 12

Tabel 5.3: Competenties uit de Employability lijst en hun definitie en de relatie met resultaten uit het vooronderzoek.

Hierin wordt de competentie 'kennis en initiatief op afdeling/organisatieniveau' ook meegenomen in 'corporate sense'.

Omdat de competenties uit het vooronderzoek soms maar een klein deel van de indicatoren uit de employability-vragenlijst bedekken is het niet meer mogelijk om zonder de schalen uit elkaar te pluizen de score te berekenen van de oorspronkelijke competenties. Dit is een nadeel van het gebruik van een bestaande vragenlijst.

De competenties die niet in de vragenlijst voorkwamen en wel uit het vooronderzoek zijn:

- Patiëntenbejegening;
- Nauwkeurig werken;
- Communicatie.

Voor deze competenties is een nieuwe schaal ontwikkeld op de manier zoals in de methodologie is beschreven.

5.3. Onderzoek; respons en non-respons

Er zijn verschillende manieren gebruikt om mensen te stimuleren deel te nemen aan het onderzoek. Daarbij kon ook steeds aangegeven worden waarom verpleegkundigen niet wilden meedoen. Het verzoek is bij 360 verpleegkundigen neergelegd, daarop kwamen 60 positieve reacties. Van de verpleegkundigen die niet wilden meedoen is in slechts 10 gevallen een reden opgegeven. De volgende redenen kwamen daarbij naar voren:

- Ontevredenheid over eerdere onderzoeken/projecten waar veel moeite in gestopt werd, maar die uiteindelijk niet doorgingen
- Algehele ontevredenheid over de organisatie en geen wil om voor het management iets te doen
- Vakantie
- Moeilijke brief waardoor verwacht werd dat de vragenlijst ingewikkeld zou zijn
- Vakantie en minder aandacht voor onderzoeken in die periode
- De afzender van de brief niet kennen en hem daarom opzij leggen/weggooien

In totaal hebben 39 van de 60 personen (65%) de vragenlijst over zichzelf ingevuld en hebben van die groep 38 personen de vragenlijst over een collega ingevuld. Van 26 personen zijn 2 vragenlijsten ontvangen; die van zichzelf én die door de collega ingevuld over deze persoon.

5.4. Onderzoek; biografische data

Van de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld hebben is algemene biografische informatie ontvangen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is ten tijde van het onderzoek 38 jaar met een standaarddeviatie van 9.

Van de respondenten hebben er 38 de Nederlandse nationaliteit en heeft één persoon de Britse nationaliteit. Er deden 4 mannen (10.3%) en 35 vrouwen mee aan het onderzoek.

Van de deelnemers heeft 3.3% een opleidingsniveau van LBO/VMBO/MAVO, 1.7% een opleidingsniveau MBO/HAVO. Dertig procent heeft HBO/VWO als hoogste opleidingsniveau en eveneens 30% heeft de in-service opleiding tot verpleegkundige gevolgd.

Qua burgerlijke staat is 13.3% ongehuwd, 48.3% is getrouwd/samenwonend en 3.3% is gescheiden.

Van de deelnemers heeft 63.3% zorgtaken voor kinderen, 45% heeft zorgtaken voor ouders/familieleden, 38.3% heeft zorgtaken voor anderen.

Bij de vragen over gezondheid heeft meer dan de helft van de respondenten aangegeven zich even gezond te voelen als anderen (56.4%). De respondenten werken gemiddeld 30 uur per week met een standaarddeviatie van 7 uur.

5.5. Onderzoek: de vragenlijst

Als basis voor de vragenlijst is de Employability-vragenlijst gebruikt [Van der Heijden & Van der Heijde, 2006]. De nieuwe vragen zijn in willekeurige volgorde door de oorspronkelijke vragenlijst gezet. Alle vragen zijn gesteld in de vorm van een 6-punts Likert schaal met drie hoofd-antwoordcategorieën, die meegenomen zijn uit de Employability vragenlijst:

- 1 Helemaal niet/geen – nauwelijks - in niet zo'n sterke mate - in tamelijk sterke mate - in sterke mate - in zeer sterke mate;
- 2 Nooit – zelden – soms - tamelijk vaak – vaak - zeer vaak;
- 3 Zeer slecht - tamelijk slecht - niet zo goed - tamelijk goed – goed - zeer goed.

En nog een aantal categorieën die bij expliciete vragen horen zoals: van zeer laag tot zeer hoog, zeer negatief tot zeer positief, zeer weinig gevarieerd tot zeer gevarieerd, zeer onzeker tot zeer zeker , zeer langzaam tot zeer snel. De vragenlijst is te vinden in bijlage 6.

5.6. Resultaten analyse deel één

De vragenlijst gebruikt in dit onderzoek is onder te verdelen in twee delen. Het eerste deel bevat 5 competenties met schalen die door middel van de Employability studie al gevalideerd zijn. Het tweede deel zijn drie competenties waarvoor de schaal binnen dit onderzoek is opgesteld.

Middels het computerprogramma SPSS is voor de vijf competenties uit de vragenlijst van het Employability onderzoek [Van der Heijden & Van der Heijde, 2006] de betrouwbaarheid gemeten met behulp van de Crohnbach's alpha. Deze was al berekend voor de schalen in het kader van het Employability onderzoek bij ICT- professionals en hun leidinggevenden, werkzaam in kleine en middelgrote bedrijven in 7 landen, waaronder Nederland. In de onderstaande tabel zijn de uitkomsten van die berekening te zien samen met de uitkomsten uit het onderzoek bij verpleegkundigen. Voor de berekening zijn alle vragenlijsten meegenomen, ook de vragenlijsten waarbij geen meting van de peer beschikbaar was.

Een verschil tussen beide studies is dat bij de indicator-ICT studie gebruik is gemaakt van een eigen en een supervisor meting van competenties bij werknemers en bij het onderzoek bij verpleegkundigen is gebruik gemaakt van een eigen en een peer-beoordeling.

<i>Competenties</i>	<i>ICT onderzoek Totaal n=1127</i>	<i>VPK onderzoek n=39</i>
Occupational Expertise		
Employee	0.93	0.91
Supervisor/peer	0.95	0.91
Anticipation & Optimisation		
Employee	0.82	0.68
Supervisor/peer	0.89	0.84
Personal Flexibility		
Employee	0.79	0.77
Supervisor/peer	0.87	0.86
Corporate Sense		
Employee	0.81	0.58
Supervisor/peer	0.88	0.77
Balance		
Employee	0.79	0.76
Supervisor/peer	0.82	0.78

Tabel 5.4: Interne consistentie gemeten m.b.v. Crohnbach's alpha van ICT –Indicator studie en onderzoek onder verpleegkundigen.

In tabel 5.4 is te zien dat de betrouwbaarheid onder de supervisors en de peers groter is dan als iemand over zichzelf oordeelt. Dit kan te maken hebben met de eerder genoemde nadelen van zelf-beoordeling waaronder de vooroordelen, zie hoofdstuk 2.

De interne betrouwbaarheid van beide onderzoeken komt redelijk overeen, behalve voor de eigen beoordeling bij de competentie ‘anticipation & optimisation’ en de eigen-beoordeling van ‘corporate sense’. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het aantal respondenten in het verpleegkundig onderzoek klein is en dat daardoor een vertekend beeld gezien wordt. Ook kan het zijn door de verschillen tussen de beroepsgroepen, maar daarvoor zou de peer meting ook sterk moeten afwijken en dat doet hij niet.

Dezelfde twee competenties (‘anticipation and optimisation’ en ‘corporate sense’) scoren vrij laag qua betrouwbaarheid, eigenlijk moet die boven 0.7 zijn [Nunnally, 1978]. De crohnbach's alpha komt hier onder de 0.7, maar coëfficiënten boven 0.6 zijn nog bruikbaar voor onderzoek, als het niet om praktische toepassing gaat [Hui & Lee, 2000; Pierce, et al., 1993].

De genoemde competenties zijn extra onderzocht. Hierbij was te zien dat vooral de vraag ‘Ik voel me betrokken bij het bereiken van de missie van de afdeling’ de score omlaag haalt (de crohnbach's alpha zou 0.62 worden als die vraag weggelaten wordt), maar omdat bij de peer-meting niet hetzelfde geldt is besloten niks met deze gegevens te doen.

5.7. Resultaten analyse deel twee

Bij de drie overige competenties is eerst een factoranalyse uitgevoerd, wederom middels het programma SPSS. Met een factoranalyse kun je checken of het aantal dimensies van in dit geval een competentie samenhangen met elkaar. Door de factoranalyse kun je zien of deze veronderstelling juist is. Echter met een factoranalyse is niet te zien of de items samen ook een betrouwbare schaal vormen, daarom wordt er ook nog een betrouwbaarheidsanalyse over de schaal uitgevoerd [Factoranalyse, 2006].

Factoranalyse is de meeste gebruikte methode om data te reduceren en om schalen te verfijnen [Ford, McCallum & Tait, 1986].

De factoranalyse is in dit onderzoek uitgevoerd met de 'principal component analysis' (PCA), de meeste gebruikte methode volgens een review van Hinkin [1995]. Er is geen rotatie gebruikt en de factoren zijn onderverdeeld in drie componenten. Factorladingen groter dan of gelijk aan 0.3 zijn geaccepteerd als passende lading. De factoranalyse is gebruikt om te toetsen of de items die samen een competentie vormen ook daadwerkelijk bij deze dimensie passen. Hiervoor moet een PCA uitgevoerd worden zonder rotatie. Vervolgens moeten alle items uit de subset een hoge lading hebben op de eerste factor [Factoranalyse, 2006].

Bij elk van de drie competenties is de eerste factor bestudeerd. Gebruikelijk is dat deze een eigenwaarde van minimaal 1 moet hebben om het component te mogen handhaven [Hinkin, 1995] en dat is voor alle eerste componenten het geval. Als uitgangspunt is genomen dat alle vragen met een lading van minimaal 0.3 werden meegenomen in de analyse. Als de factoranalyse van de verpleegkundigen zelf en de peer verschillende uitkomsten geeft is besloten dat de factor meegenomen wordt als hij in één van de twee lijsten een lading krijgt van minimaal 0.3. Het resultaat van de factoranalyse staat in tabel 5.5, en elk van de drie competenties wordt hieronder uitgewerkt. In bijlage 8 staan de SPSS tabellen.

	Communicatie	Patiëntenbejegening	Nauwkeurigheid
Communicatie 1	(.690)		
Communicatie 2	.498 (.660)		
Communicatie 3	.350 (.545)		
Communicatie 4	(.628)		
Communicatie 5	.547 (-)		
Communicatie 6	.644 (.476)		
Communicatie 7	.651 (.525)		
Communicatie 8	.796 (.762)		
Communicatie 9	.467 (.736)		
Communicatie 10	.698 (.346)		
Patiëntenbejegening 1		.625 (.800)	
Patiëntenbejegening 2		.769 (.823)	
Patiëntenbejegening 3		.592 (.755)	
Patiëntenbejegening 4		(.390)	
Patiëntenbejegening 5		.687 (.734)	
Patiëntenbejegening 6		.733 (.696)	
Patiëntenbejegening 7		.551 (-)	
Patiëntenbejegening 8		.684 (.681)	
Patiëntenbejegening 9		.704 (.808)	
Patiëntenbejegening 10		.433 (.765)	
Nauwkeurigheid 1			.678 (.680)
Nauwkeurigheid 2			.476 (.827)
Nauwkeurigheid 3			(.617)
Nauwkeurigheid 4			(.618)
Nauwkeurigheid 5			(.738)
Nauwkeurigheid 6			.665 (.667)
Nauwkeurigheid 7			.704 (.676)
Nauwkeurigheid 8			.743 (.688)
Nauwkeurigheid 9			(.559)
Nauwkeurigheid 10			.622 (.466)

Tabel 5.5: Factorladingen op 'communicatie', 'patiëntenbejegening' en 'nauwkeurigheid' (ongeroteerd, factorladingen <0.3 zijn niet getoond, extractiemethode: Principal Component Analysis).

Communicatie

Bij de eigen-beoordeling van communicatie kunnen in verband met een lading onder de 0.3 de volgende vragen te laag scoren om mee te doen (bijlage 8):

Vraag 33: Ik vraag na aan patiënten of ze begrijpen wat ik bedoel.

Vraag 38: Ik geef kritiek op een opbouwende manier.

Bij deze factoranalyse valt op dat een aantal items die hoog scoren op de eerste factor, negatief scoren op de tweede factor. Een mogelijke interpretatie kan zijn dat de tweede factor betrekking heeft 'communicatie' waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen 'algemene gesprekstechnieken' ('samenvattingen maken in gesprek' en 'navragen of gesprekspartner begrijpt wat ik bedoel') en het meer specifieke 'feedback geven en ontvangen' ('iets doen met feedback', 'opbouwend kritiek geven' en 'taalgebruik aanpassen aan gesprekspartner in gesprek').

Bij de peer-beoordeling heeft vraag 64: 'Ik kan een klinische les geven' een lading die te laag is om meegenomen te mogen worden in de eerste component (bijlage 8). Omdat voor alle drie de vragen geldt dat ze in de andere vragenlijst wel worden meegenomen in de eerste component is besloten de vragen in de schaal te behouden.

Bij de peer-beoordeling komt ook voor dat items hoog scoren op de eerste factor en negatief scoren op de tweede factor. De verklaring is hierbij niet hetzelfde als bij de eigen-beoordeling, het lijkt er in dit geval op dat de tweede factor onderscheid maakt tussen 'mondelinge en schriftelijke uitdrukingsvaardigheden' ('klinische les geven', 'opschrijven wat je bedoelt' en 'taalgebruik aan gesprekspartner aanpassen') en 'feedback geven en ontvangen' ('opbouwende kritiek geven', 'iets doen met feedback' en 'mensen laten uitpraten'). Deze laatste component ziet er wel anders uit dan bij de eigen-beoordeling.

Patiëntenbejegening

Bij factoranalyse over de schaal van patiëntenbejegening is te zien dat de eerste component alle vragen bevat behalve vraag 31: 'Ik spreek patiënten met 'u' aan' (bijlage 8).

Bij de eigen-analyse van patiëntenbejegening is ook sprake van items die hoog laden op de eerste factor en negatief op de tweede. Bij de tweede factor lijkt het alsof er onderscheid wordt gemaakt tussen twee onderdelen van patiëntenbejegening, namelijk de 'omgang met de patiënt' (patiënten met u aanspreken, patiënten positief benaderen en het leuk vinden met patiënten te werken) en het gevoelsleven van de verpleegkundige dat bij die omgang komt kijken (inleven in de patiënt, betrokkenheid bij de patiënt, patiënten aanvoelen en omgaan met patiënten met een andere overtuiging).

De vraag 'ik spreek patiënten met 'u' aan' krijgt bij de peer-beoordeling een lading van 0.39. Bij de factoranalyse van de peer met betrekking tot patiëntenbejegening worden in de eerste component alle vragen meegenomen behalve vraag 56: 'Ik zorg dat ik niet te sterk betrokken raak bij mijn patiënten'. Deze vraag geeft bij de eigen-beoordeling een lading van 0.551. Omdat voor beide items geldt dat ze in de andere lijst wel meegenomen worden de vragen in de schaal gehouden. Bij de peer-beoordeling is in de tweede factor ook het gevoelsleven van de verpleegkundige bij de omgang met patiënten te zien. Deze schaal zou in tweeën gesplitst kunnen worden, in dit onderzoek is heeft dat geen meerwaarde voor de opdrachtgever en is het niet gedaan.

Nauwkeurigheid

Bij de factoranalyse van de nauwkeurigheid zouden bij de eigen resultaten de volgende vragen niet ingesloten worden:

Vraag 42: Ik vergeet soms dingen voor patiënten te doen.

Vraag 43: Ik ben slordig.

Vraag 45: Als ik iets verkeerd doe bedenk ik hoe ik dat in de toekomst kan voorkomen.

Vraag 76: Ik houd in het verpleegkundig dossier bij welke handelingen ik uitvoer bij de betreffende patiënt (bijlage 8).

Bij de eigen-beoordeling worden er in de tweede factor twee subcategorieën onderscheiden van 'nauwkeurigheid', verantwoording af kunnen leggen voor je handelen als verpleegkundige (protocollen gebruiken en opzoeken wat je niet weet) en het als dan niet 'netjes' werken (dingen vergeten, slordig zijn, bijhouden wat je doet en de afdelingsregels kennen).

Bij de peer analyse krijgen we echter andere uitkomst, daarbij hebben alle factoren een lading van groter dan 0.3 bij de eerste component en zouden we dus alle vragen in de schaal kunnen behouden (tabel 5.10). Bij de peer-analyse wordt in de tweede factor ook een onderscheid gemaakt tussen twee subcategorieën, echter niet zoals bij de eigen-analyse. Hier wordt bij het ' (niet) netjes werken' ook het kostenaspect meegenomen en komen 'opzoeken wat je niet weet' en de 'afdelingsregels kennen' samen in een schaal met de vraag 'als ik iets verkeerd heb gedaan zoek ik uit hoe ik het in de toekomst kan voorkomen' waardoor het ook onder 'verantwoording' valt, maar net met een ander accent dan bij de eigen-analyse.

Omdat er volgens de factoranalyse en de regels die er in dit onderzoek bij zijn gebuikt geen vragen wegvallen is voor alle drie de schalen de interne betrouwbaarheid gemeten met behulp van de Cronbach's alpha. De resultaten zijn te zien in tabel 5.6.

<i>Competenties</i>	<i>VPK onderzoek n=?</i>
Communicatie	
Employee	0.70
Peer	0.77
Patiëntenbejegening	
Employee	0.80
Peer	0.84
Nauwkeurigheid	
Employee	0.67
Peer	0.78

Tabel 5.6: De cronbach's alpha voor de drie nieuw ontwikkelde schalen.

In deze tabel is net als bij deel één van de analyse te zien dat de betrouwbaarheid binnen de schaal bij de peer-beoordeling hoger ligt dan bij de eigen beoordeling.

Een waarde van 0.67 is eigenlijk te laag, dus naar de competentie nauwkeurigheid is dieper gekeken. Als vraag 76 wordt verwijderd zou de betrouwbaarheid omhoog gaan naar 0.69 en als vraag 45 verwijderd wordt stijgt de betrouwbaarheid naar 0.69. Dit zijn dezelfde vragen die ook uit de factoranalyse naar voren kwamen als minder passend in de component. Als bij de peer-beoordeling deze vragen weggehaald zouden worden gaat de betrouwbaarheid omhoog naar respectievelijk 0.85 en 0.83. Om deze reden worden de vragen niet meegenomen in de verdere analyse.

5.8. Resultaten score berekening

Na het betrouwbaar maken van de schalen wordt nu de score van de verpleegkundigen op de verschillende competenties berekend. Die score berekenen we alleen als minimaal $n/2 + 1$ van de vragen uit de schaal zijn beantwoord door de betreffende persoon. De score is op zo'n manier berekend dat de scores voor de verschillende competenties onderling vergelijkbaar zijn, hiervoor is gebruik gemaakt van de volgende formule:

* anticipation and optimisation schaalconstructie.

compute anti=((means.4 (vraag17, vraag18, vraag26, vraag27, vraag32, vraag77, vraag80))-1)/5. des anti.

De scores zijn dus berekend op een schaal van één tot tien en alle scores zijn voldoende. Patiëntenbejegening en occupational expertise score het hoogst (tabel 5.7). Deze competenties komen overeen met de meest genoemde belangrijke competenties voor verpleegkundigen. Dat is dus een mooie uitkomst oor het ziekenhuis. De derde competentie uit het vooronderzoek is echter 'kennis en initiatief op afdelingsniveau' en die komt overeen met de laagst scorende competentie 'anticipation & optimisation'. Het is daarom belangrijk om als ziekenhuis te werken aan deze competentie.

Om vast te stellen of de gemiddelden van de eigen- en de peer-analyse aan elkaar gelijk zijn is de t-toets uitgevoerd. De 0-hypothese luidt dat beide groepen aan elkaar gelijk zijn, de alternatieve hypothese luidt dat de gemiddelden van beide groepen ongelijk zijn aan elkaar. Deze gepaarde vergelijking tussen de eigen- en de peer-beoordeling laat zien dat er een verschil zit tussen beide metingen (tabel 5.7). In de meeste gevallen denken de collega's beter over de verpleegkundigen dan zij dat zelf doen. Alleen bij patiëntenbejegening is dit niet het geval en bij nauwkeurigheid komen de meningen precies overeen (figuur 5.1).

Het verschil tussen de eigen score en de score die de peer geeft is niet bij alle competenties significant, alleen bij occupational expertise, anticipation & optimisation en corporate sense. Een verschil tussen de beoordelingen komt vaker voor, het kan echter een indicatie zijn voor een systematische fout. Alleen is er tussen de verschillende metingen is geen patroon te ontdekken. Bij de data uit de indicator-studie was ook een verschil tussen de eigen metingen en de metingen van de supervisor waar te nemen (tabel 5.8), alleen was de correlatie tussen de twee sets van metingen in dat onderzoek groter (varieert rond de 0.4) en was hier bij alle vergelijkingen tussen supervisor en employee sprake van een significant verschil.

	N	Score	St. Dev.	T-waarde	Sig. (2-tailed)	Correlation	Sig (2-tailed)
Occupational Expertise Employee Peer	39	7.25 7.69	0.92 0.87	-2.104	0.046	0.210	0.304
Anticipation&Optimisation Employee Peer	39	5.65 6.27	1.00 1.27	-2.445	0.022	0.272	0.179
Personal Flexibility Employee Peer	39	6.36 6.53	1.01 1.15	0.888	0.383	0.225	0.268
Corporate Sense Employee Peer	39	5.85 6.53	1.01 1.20	-2.951	0.007	0.365	0.067
Balans Employee Peer	39	6.77 6.97	0.90 0.94	-0.957	0.348	0.170	0.418
Nauwkeurigheid Employee Peer	39	7.32 7.32	0.80 0.80	-0.626	0.537	0.325	0.105
Patiëntenbejegening Employee Peer	39	7.95 7.48	0.80 0.91	1.695	0.102	0.186	0.363
Communicatie Employee Peer	39	7.12 7.19	0.75 0.91	-1.377	0.181	0.297	0.141

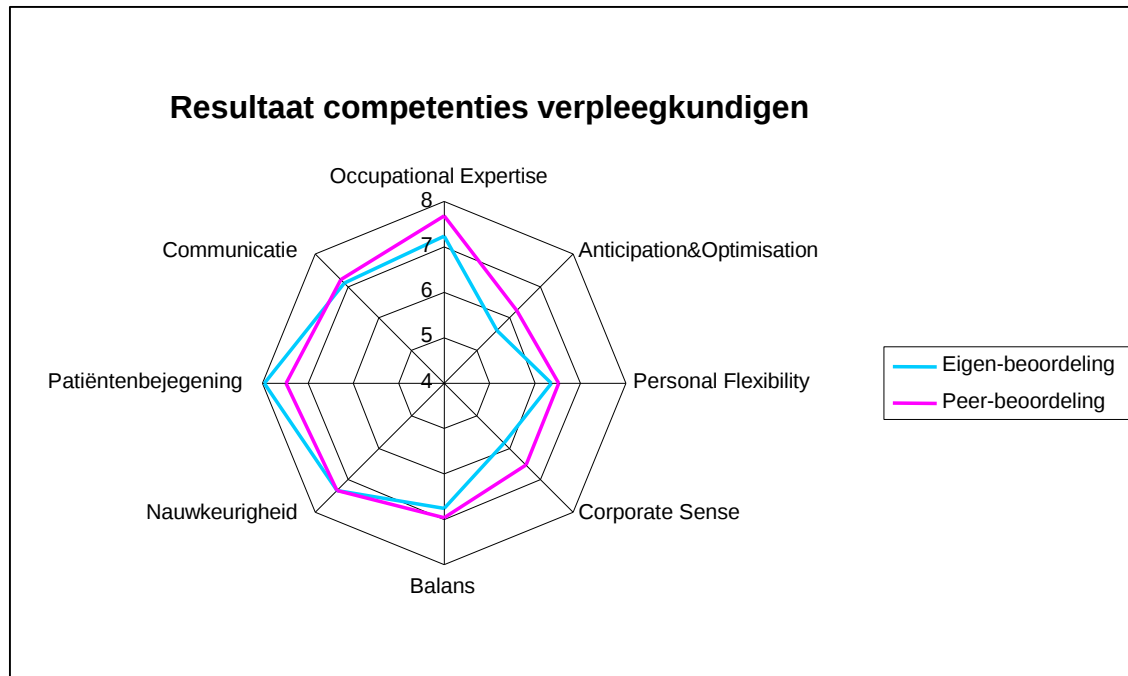
Tabel 5.7: Scores van verpleegkundigen op de competenties.

Bij een systematische fout zouden de verschillen in dezelfde richting moeten zijn. Omdat dat niet het geval is wordt een systematische fout in het onderzoek bij verpleegkundigen niet waarschijnlijk geacht.

	N	Score	St. Dev.	T-waarde	Sig. (2-tailed)	Correlation	Sig (2-tailed)
Occupational Expertise Employee Supervisor	893	4.62 4.56	0.62 0.75	2.614	0.009	0.547	0.000
Anticipation&Optimisation Employee Supervisor	893	4.05 4.18	0.74 0.81	-4.727	0.000	0.418	0.000
Personal Flexibility Employee Supervisor	893	4.27 4.32	0.61 0.74	-2.201	0.028	0.463	0.000
Corporate Sense Employee Supervisor	893	4.00 4.18	0.76 0.89	-5.721	0.000	0.382	0.000
Balans Employee Supervisor	893	4.22 4.09	0.65 0.64	-5.406	0.000	0.418	0.000

Tabel 5.8: Paired samples t-test and Pearson correlation for the supervisor and employee employability dimensions ratings.

Deze tabel kan helaas niet vergeleken worden met de tabel van de verpleegkundigen omdat de score op een andere manier is berekend.



Figuur 5.1: Resultaat score op competenties bij verpleegkundigen in radardiagram.

5.9. Conclusie

Uit de resultaten van het eerste deel blijkt dat er een betrouwbare schaal is ontwikkeld om de competenties: patiëntenbejegening, communicatie en nauwkeurigheid bij verpleegkundigen te meten.

De resultaten van deel twee van de analyse wijken qua betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) iets af van de resultaten van het Employability-onderzoek, waarschijnlijk is de reden daarvoor de kleine onderzoekspopulatie. Maar de schalen zijn ook in dit onderzoek betrouwbaar gebleken.

Voor elke competentie zijn twee scores berekend, de eerste is de score die verpleegkundigen zichzelf geven, de tweede is gegeven door een collega. De scores die collega's geven blijken over het algemeen iets hoger dan de scores die verpleegkundigen zichzelf geven en bij drie competenties was dat verschil significant, namelijk bij 'occupational expertise', 'anticipation & optimisation' en 'corporate sense'. Bij de laatste twee genoemde competenties kan het verschil worden verklaard doordat de competenties vrij impliciet te noemen zijn. Het is meer een gevoel dat iemand heeft dan gedrag dat iemand laat zien waardoor het bij deze competenties moeilijker kan zijn om iemand anders hierop te beoordelen. Bij 'occupational expertise' gaat dat argument maar voor een deel op. Bij de beoordeling van deze competentie zou bescheidenheid een rol kunnen spelen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de personen die in de verschillende afdelingsteams werkzaam zijn een vriendschappelijke band hebben gekregen en daarom de neiging hebben elkaar hoger in te schatten. Uit onderzoek naar teamgedrag blijkt dat die neiging aanwezig kan zijn [Sanders, 2006].

De resultaten op de competenties die voor verpleegkundigen in het Medisch Spectrum Twente belangrijk worden gevonden zijn over het algemeen ruim voldoende. Het hoogst scoort de competenties 'nauwkeurigheid' (7.32), 'patiëntenbejegening' (7.72) en 'occupational expertise' (7.47). Deze staan in de top 6 van de competenties uit het vooronderzoek.

De competenties ‘anticipation & optimisation’ (5.96) en ‘corporate sense’ (6.19) scoren vergeleken met de andere competenties aan de lage kant en op gebied van die competenties kunnen de leidinggevenden en personeelsadviseurs nog extra aandacht besteden.

6. *Conclusies en aanbevelingen*

Het doel van dit onderzoek was om een meetinstrument te ontwikkelen waarmee het effect van competentie management te meten zou zijn. Bij de start van dit onderzoek zijn een aantal vragen opgesteld waarop een antwoord moest worden gevonden om dit doel te bereiken. In dit hoofdstuk worden de vragen beantwoord op basis van de resultaten uit het onderzoek. Vervolgens wordt een reflectie gedaan op de resultaten en worden aanbevelingen gedaan.

6.1. **Conclusies**

De onderzoeksvragen die gesteld werden in dit onderzoek waren de volgende:

1. Wat zijn de competenties die voor verpleegkundigen belangrijk zijn in hun beroepsuitoefening?
2. Hoe meet je die competenties?
3. Hoe scoren de verpleegkundigen nu op die competenties
4. Wanneer is een goed moment om de tweede meting te doen en zo het daadwerkelijk effect te bepalen van competentie management?

De eerste vraag is beantwoord in het vooronderzoek. Aan verschillende groepen in het ziekenhuis die raakvlakken hebben met de verpleegkundigen en aan verpleegkundigen zelf is de vraag gesteld welke competenties het verschil maken tussen een gemiddeld presterende verpleegkundige en een uitmuntende verpleegkundige.

Daaruit kwamen de volgende competenties naar voren: patiëntenbejegening, vakkennis, kennis en initiatief op afdeling/organisatieniveau, communiceren/luisteren, analytisch vermogen, nauwkeurigheid, samenwerken, stressbestendigheid, kostenbewustzijn en flexibiliteit.

Om deze competenties te kunnen meten, is gekeken of er bestaande, gevalideerde vragenlijsten waren die vragen stelden over de genoemde competenties. Uit dat onderzoek bleek dat veel van de competenties bevraagd worden in de 'employability vragenlijst' waarin de volgende hoofdgroepen van competenties bevraagd worden: balans, corporate sense, flexibility, anticipation & optimisation en occupational expertise. Veel van de competenties die belangrijk worden gevonden in het MST vallen onder deze items. Omdat de competenties patiëntenbejegening, communiceren en nauwkeurigheid niet in de vragenlijst voorkomen is voor die competenties een schaal ontwikkeld met vragen die de verschillende dimensies van de competenties bevragen.

De vragen uit de employability vragenlijst en de vragen over de drie competenties die daar niet in voorkwamen zijn samengevoegd in een nieuwe vragenlijst. Daarin zijn ook de vragen naar biografische informatie vanuit de employability lijst meegenomen.

De vragenlijst is ingevuld door 39 verpleegkundigen zelf en om de betrouwbaarheid te vergroten is de lijst ook door een collega over de betreffende verpleegkundige ingevuld. De betrouwbaarheid van de schalen is onderzocht en ze blijken valide te zijn.

De antwoorden van de respondenten zijn geanalyseerd en daarmee wordt de derde onderzoeksvraag beantwoordt: er zijn scores uitgekomen voor verpleegkundigen op alle acht de competenties. Als naar de uitkomsten gekeken wordt is te zien dat er op twee competenties laag gescoord wordt ten opzichte van de anderen en dat zijn: 'Corporate sense' en 'Anticipation & Optimisation'.

De doelstelling van het onderzoek luidde: ontwikkel een instrument dat kan meten of de te nemen maatregelen op gebied van personeelsbeleid (competentiemanagement) bijdraagt aan de ontwikkeling van de competenties van verpleegkundigen.

In dit onderzoek is de 0-meting met betrekking tot de competenties uitgevoerd. De vragenlijst kan nog een keer gebruikt worden als is gestart met het managen op competenties. Ten tijde van de afronding van dit onderzoek wordt nog gezocht naar een nieuwe, vaste Human Resources manager binnen het Medisch Spectrum Twente. De huidige interim manager buigt zich over de positie van de afdeling binnen het ziekenhuis, de nieuwe manager gaat het beleid voor de aankomende jaren bepalen en kan daarbij de uitkomsten van dit onderzoek gebruiken.

Uit literatuuronderzoek over leren en competentieontwikkeling blijkt dat na het volgen van een cursus de score op de betreffende competentie het eerste jaar stijgt, maar dat deze stijging in de jaren erna weer afneemt [Kim et al., 2000; Kak 2001]. Om die reden is het moeilijk om exact een moment voor de tweede vragenlijst aan te geven.

Voor de bepaling kunnen een aantal schattingen gedaan worden over het vaststellen van het beginniveau van alle verpleegkundigen, het zoeken naar een geschikte manier om de competenties te vergroten en de duur van bijvoorbeeld trainingen die gegeven worden. Dan is een jaar na het verschijnen van dit document een goed punt om de 1-meting uit te voeren als alles volgens plan verloopt.

Omdat de peer- en de eigenbeoordeling significant verschillen blijft het nodig om de vragenlijst bij de volgende meting, behalve door de betreffende persoon, ook door een collega in te laten vullen.

6.2. Verklaringen

Uit de 0-meting is gebleken dat verpleegkundigen relatief laag scoren op de competenties 'Anticipation & Optimisation' en 'Corporate Sense'. Bij de eerste competentie gaat om het voorbereiden op en aanpassen aan (toekomstige) veranderingen op een persoonlijke en creatieve manier om de best mogelijke resultaten te behalen.

Bij 'Corporate Sense' gaat het om deelnemen en resultaat behalen in verschillende werkgroepen, zoals organisaties, teams, gemeenschappen en andere netwerken. Het delen van verantwoordelijkheid, kennis, ervaring, gevoelens, credits, fouten, doelen etcetera.

Een verklaring voor de lage score op de competentie 'Anticipation & Optimisation' zou kunnen zijn dat verpleegkundigen in vergelijking met andere beroepsgroepen vrij lang voor dezelfde werkgever blijven werken. In 2005 duurde het dienstverband van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen gemiddeld 10.6 jaar, in 2000 was dat nog 9.1 jaar en het getal blijft

stijgen Het verloop van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen was in 2005 6.1% terwijl dat in 2000 nog 13.4% was. Daarnaast ligt de gemiddelde leeftijd vrij hoog en is deze aan het stijgen, in 2005 was de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen 39.1 jaar [Windt et al, 2005].

De lage score op de competentie 'Corporate Sense' kan verklaard worden door een aantal gevoelens die leven bij verpleegkundigen en die door middel van een panel vertegenwoordigers vanuit de beroepsgroep onderzocht zijn. In dat panel wordt genoemd dat verpleegkundigen wel te horen krijgen wat er vanuit de top van de organisatie besloten wordt maar dat hun inbreng in het proces voorafgaande aan dat besluit minimaal is [Veer, 2004]. Zestig procent van de verpleegkundigen geeft aan dat de top van hun organisatie niet of nauwelijks op de hoogte is van de feitelijke problemen van de verpleging en verzorging. Verpleegkundigen in ziekenhuizen scoren op deze vraag zelf lager dan verpleegkundigen werkzaam in andere sectoren [Veer, 2004].

De helft van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart daarnaast geen of weinig waardering vanuit de directie voor de verpleging en verzorging. De verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en ziekenhuizen ervaren de minste waardering [Jongh, 2006]. Meer waardering ervaren de panelleden van hun directieleidinggevenden: 81% ondervindt voldoende of veel waardering. Negentien procent van de verpleegkundigen en verzorgenden voelt zich niet of weinig gewaardeerd [Jongh, 2006].

6.3. Beperkingen

De resultaten van dit onderzoek kunnen door een aantal redenen vertekend zijn:

- De inhoudsvaliditeit van de schalen kan verhoogd worden door van elke competentie eerst een theoretisch raamwerk te maken. Vanuit dat raamwerk kunnen dan vragen worden gemaakt [Hinkin, 1995], in tegenstelling tot het ontwikkelen van vragen vanuit de mening van respondenten uit het vooronderzoek.
- Het aantal respondenten (n=39) is laag waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek afneemt.
- Omdat het aantal respondenten relatief laag is (n=39) is de factoranalyse minder betrouwbaar. Het liefst moet het aantal respondenten 10x zo groot zijn als het aantal factoren (gemiddeld 10 in dit onderzoek) [Nunally, 1978]. Aan die eis is niet voldaan.
- Van de steekproef weten we alleen dat de leeftijd en de verhouding man-vrouw redelijk gelijk is aan het gemiddelde van de verpleegkundigen in Nederland. In 'Feiten en cijfers over het verpleegkundig beroep' [Windt, 2006] is namelijk onderzocht dat de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in ziekenhuizen 39.1 jaar is, in dit onderzoek is de gemiddelde leeftijd 38 jaar. In 'Feiten en cijfers' is onderzocht dat 12.1% van de verpleegkundigen in de ziekenhuizen man is tegenover 10.3% in dit onderzoek. De data over de werkweek van verpleegkundigen en het opleidingsniveau wijken af van de landelijke data [Windt, 2003] waardoor de representativiteit afneemt.
- Doordat in het onderzoek een schriftelijke vragenlijst is gebruikt waarin vragen over gedrag worden gesteld zit er een zekere subjectiviteit binnen de antwoorden.
- Door het gebruik van een bestaande vragenlijst zijn de competenties die uit het vooronderzoek naar voren kwamen deels vervangen door andere competenties.

Hierdoor kunnen de scores op de competenties die uit het vooronderzoek naar voren kwamen niet meer apart berekend worden. Dit is een nadeel voor de opdrachtgever van dit onderzoek.

6.4. Wetenschappelijke en praktische relevantie

Wetenschappelijke relevantie

Tot op heden is er weinig longitudinaal onderzoek verricht naar het effect van competentie management op competenties van medewerkers. Omdat er binnen dit onderzoek een valide meetinstrument is ontwikkeld en een 0-meting is uitgevoerd kunnen de gegevens van de 1-meting die nog gaat volgen een aanvulling zijn op de wetenschappelijke literatuur en de modellen over dit onderwerp. Een vervolgonderzoek zou daarom erg interessant zijn.

Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken wat de redenen zijn voor de verschillende scores van verpleegkundigen op de competenties op dit moment. Dit zou mede inzicht kunnen geven in de succes- en faalfactoren van het HRM-beleid en daardoor de modellen die in het theoretisch kader zijn genoemd aan kunnen scherpen of af kunnen zwakken.

Praktische relevantie

De gevonden resultaten zijn relevant voor de praktijk van de verpleegkundige beroepsuitoefening. Verpleegkundigen blijken op de competenties ‘anticipation & optimisation’ en ‘corporate sense’ relatief laag te scoren en met deze informatie kan de nieuwe HR manager aan de slag. Als deze factoren beter scoren wordt de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen ook groter [Jongh, 2006]. En met een verhoogde arbeidstevredenheid blijven verpleegkundigen hun werk uitvoeren en dit geeft een bijdrage aan het terugdringen van het verwachte personeelstekort in de zorg. Verder kan grotere werktevredenheid bijdragen aan een verbeterde uitstraling van het beroep en dat is hard nodig om meer scholieren in te laten stromen bij de opleiding tot verpleegkundige en uiteindelijk tot de gezondheidszorg.

6.5. Aanbevelingen

De resultaten op de competenties die voor verpleegkundigen in het Medisch Spectrum Twente belangrijk worden gevonden zijn over het algemeen ruim voldoende. De competenties ‘anticipation & optimisation’ en ‘corporate sense’ scoren vergeleken met de andere competenties aan de lage kant en op gebied van die competenties kunnen de nieuwe HR manager, de leidinggevend en de personeelsadviseurs nog wat aandacht besteden.

Voor de eerste competentie zou gedacht kunnen worden aan het opzetten van een flexibele werkomgeving. Verpleegkundigen werken soms al jaren op dezelfde afdeling, door aan job rotation te gaan doen, of door dat te stimuleren vanuit de leidinggevend en zou deze competentie al beter kunnen scoren.

Om de ‘corporate sense’ onder verpleegkundigen te vergroten zou de invloed van verpleegkundigen in de besluitvormingsprocessen binnen het ziekenhuis vergroot moeten worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) in te

stellen. Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen uit ziekenhuizen met een VAR zich meer betrokken voelen bij de besluitvorming [Jongh, 2006]. Verder zou ook de kennis van verpleegkundigen over besluitvormende processen vergroot kunnen worden door een aantal verpleegkundigen te scholen. Voor deze scholing zouden bijvoorbeeld de senior verpleegkundigen in aanmerking kunnen komen. Omdat zij op elke afdeling binnen het ziekenhuis werkzaam zijn kunnen zij goed dienen als extra laag tussen het management en de werkvloer en daarmee ook de afdelingshoofden een deel van hun taken uit handen nemen.

Verder is het belangrijk om de resultaten uit dit onderzoek terug te koppelen naar de verpleegkundigen van de werkvloer om te laten zien dat de tijdsinvestering niet voor niks is geweest en dat er iets mee wordt gedaan.

De laatste aanbeveling die gegeven wordt is om de 1-meting ook echt uit te voeren. Dit kan nog een grote schat aan informatie opleveren waar het ziekenhuis veel voordeel mee zou kunnen doen.

- Anastasi A., 1976, *Psychological Testing*, 4th edition, New York: Macmillan.
- Aragon, S. R. and Johnson, S. D., 2002, Emerging roles and competencies for training in e-learning environments, *Advances in Developing Human Resources*, 4(4), pp. 424 – 439.
- Arthur, J.B., 1994, Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover, *Academy of Management Journal*, 37: 87-104
- Arts, A.J.R., 1999, Afdelingsverslag, resultaten kwaliteitsmeting, afstudeerverslag universiteit Maastricht, faculteit der gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting beleid en beheer, Medisch Spectrum Twente, Enschede
- Ashworth, P.D., & Saxton, J. (1990). On 'Competence', *Journal of Further and Higher Education*, 14, 3-25.
- Attewell, P. (1990) What is skill?, *Work and Occupations*, 4, pp. 422 – 448
- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 1998. *Methoden en technieken*. Houten: Educatieve Partners Nederland B.V.
- Baartman, L.K.J., Bastiaens, T.J., Kirschner, P.A., 2004, Requirements for Competency Assessment Programmes, Paper presented at the Onderwijs Research Dagen 2004, Utrecht, Open University of the Netherlands
- Baisier L., 2002, Een klare kijk op competentie management, Competenties als leidraad van personeelsbeleid: op een tweesprong?, *De gids op maatschappelijk gebied*, nr. 7 september 2002
- Bashook P.G., 2004, *Behavioural Health Workforce, best practices for passing competence and performance*, University of Illinois, College of Medicine, Chicago
- Becker B.E. Huselid M.A. Pickus P.S. Spratt M.F., 1997, HR as a source of shareholder value: research and recommendations, *Human Resource Management*, 36/1: 39-47
- Beer, M., Spector, B., Lawrence, P.R., Mills, D.Q., Walton, R.E., 1984, *Managing Human Assets*, Free Press, New York
- Benner, P. 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. California: Addison-Wesley.
- Berghenegouwen, Mooijman & Tillema, 2002, *Strategisch opleiden en leren in organisaties*, derde druk, Stenfert Kroese, Groningen

Bergenhengouwen G.J., ten Horn, H.F.K., Mooijman, E.A.M., 1995, Competentieontwikkeling, Kerncompetenties van organisaties als leidraad voor de ontwikkeling van medewerkers, in Handboek Effectief Opleiden

Birenbaum, M. (1994). Toward adaptive assessment - The student's angle, *Studies in Educational Evaluation*, 20, 239-255.

Birenbaum, M. (1996). Assessment 2000: Towards a pluralistic approach to assessment. In M. Birenbaum & F.J.R.C. Dochy (Eds.), *Alternatives in assessment of achievement, learning processes and prior knowledge*. (pp. 3-29). Boston: Kluwer Academic Publishers.

Boon, J. and van der Klink, M. (2002) Competencies: the triumph of a fuzzy concept, *Academy of Human Resource Development Annual Conference*, Honolulu, HA, 27 February – 3 March, in: *Proceedings*, Vol.1, pp. 327 – 334.

Boselie P., Paauwe J., Jansen P., 2001, Human resource management and performance: lessons from the Netherlands, *International Journal of Human Resource Management* 12:7, november

Boyatzis, R.E., 1982, *The Competent Manager*, Londen, John Wiley & Sons

Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P., 1989, Situated cognition and the culture of learning, *Educational Research*, 18, 32-42.

Campbell, A. and Sommers Luchs, K. S., 1997, *Core Competency-Based Strategy* (London: Thomson).

Cook JD, Hepworth SJ, Wall TD & Warr PB, 1981, *The experience of Work*, San Diego: Academic Press

Cornelissen K, 2002, Wat is competentie management en hoe ga je ermee om? Welke resultaten zijn er te behalen? Welke valkuilen kom je tegen? Functiemediair via <http://www.interimportal.nl/competentiemanagement.html>

Daft R.L., 2001, *Organization Theory and Design*, seventh edition, South-Western College Publishing, Cincinnati

Daft R.L., 1997, *Management*, fourth edition, The Dryden Press, Fort Worth

Delamare Le Deist, F., Winterton, J., 2005, What is Competence?, *Human Resource Development International*, vol. 8. Nr. 1 P27-46, Toulouse Business School, France

Delaney J.T. Huselid M.A., 1996, The impact of human resource management practices on perceptions of organizational performance, *Academy of Management journal*, 39: 949-969

Dierick, S., Dochy, F., & Van de Watering, G. (2001). Assessment in het hoger onderwijs: Over de implicaties van nieuwe toetsvormen voor de edumetrie. [Assessment in higher

education: About the implications of new assessment forms for edumetrics] Tijdschrift voor Hoger Onderwijs, 19(1), 2-18.

Everwijn, S. E. M., Bomers, G. B. J., & Knubben, J. A. (1993). Ability- or competence-based education : bridging the gap between knowledge and ability to apply. Higher Education, 25, pp. 425-438.

Factoranalyse, Retrieved September 2006 from:
<http://studion.fss.uu.nl/Bouwstenenonline/3a7factoranalyse.doc>

Fletcher, S. (1992) Competence Based Assessment Techniques, London: Kogan Page

Fombrun, C.J. & N.M. Tichy & M.A. Devanna (1984) Strategic Human Resource Management. New York: Wiley.

Ford, McCallum & Tait, 1986, The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis, Personnel Psychology 39: 291-314

Gerhard B. en Milkovich G.T., 1992, Employee compensation: Research en practice, M.D. Dunnette & L.M. Hough, Handbook of industrial and organizational psychology, vol. 3 481-569

Grumbkow, J. von, Jansen, P.G.W., 1996, Management Development, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer

Guest D.E., 1997, Human Resource Management and performance: a review and research agenda, The International Journal of Human Resource Management, 8:3 June 1997

Guest D.E., 2001, Human resource management, when research confronts theory, International Journal of Human Resource Management 12:7 november 2001: 1092-1106
Guiver-Freeman M., 2001, Praktisch competentiemanagement, eerste druk, Academic Service, Schoonhoven

Hay Group, Towers Perrin, Hewitt Associates LLC, M. William Mercer Inc. and American Compensation Association (1996) Raising the Bar: Using Competencies to Enhance Employee Performance (Scottsdale, AZ: American Compensation Association).

Heijde, C.M. van der, Heijden van der, B.I.J.M., 2005, The development and psychometric evaluation of a multi-dimensional measurement instrument of employability. International Congress Series Vol 1280, 142-147. Elsevier BV

Heijden B.I.J.M. van der, Heide C.M. van der, Deliverable 1.1 Report on Theoretical Background and Research Model, Indic@tor Study

Heijden, Th. J. Van der, Reidinga, M., Schutte, R., Volz, A.B., 1999. Competentiemanagement, van belofte naar verzilvering - Monografieën Personeel en Organisatie, Deventer, Samson/NPV

Hinkin TR, 1995, A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations, Journal of Management 21: 967-988

Hodkinson, Ph. (1992). Alternative models of competence in vocational education and training. Journal of Further and Higher education, 16(2), 30-39.

Hornman, M., Gloudemans, M., 2005, Ondersteuning Management Coaching: plan van aanpak invoering competentie management in zorg, Management Kennisbank, VPSO Zorg & personeel

Hui, C. & Lee, C. (2000). Moderating effects of organization-based self-esteem on organizational uncertainty: Employee response relationships. Journal of Management, 26, 215-232.

Huselid, M.A., 1995, The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance, Academy of Management Journal, 38, pag. 635-672

Jong A de. 2001, Bevolkingsprognose 2000-2050: Achtergronden van vruchtbaarheidsontwikkelingen. Mndstat bevolking (CBS) 2001c ; 2(49): 39-44

Jongh DM Veer AJE de, Bolle FJJ, Kruif J.Th.C.M, 2006, De aantrekkelijkheid van het beroep 2005; een peiling onder het panel verpleegkundigen en verzorgenden, een uitgave van het LEVV, AVVV en Nivel, Utrecht

Kak N., Burkhalter B., Cooper M., 2001, Measuring the Competence of Health Care providers, Published for U.S. Agency for International Development (USAID) by Quality Assurance (QA) Project

Kalleberg, A.L. and Moody, J.W. (1994) 'Human Resource Management and Organizational Performance', American Behavioral Scientist, 7(37): 948-62.

Kennedy T., Regehr G., Rosenfield J., Roberts W, Lingard L., 2003, Degrees of Gap between knowledge and behaviour: a qualitative study of clinician action following an educational intervention, Paper presented at the American Educational Research Association, Chicago

Kerklaan, L., 1998, Indicatoren: simpel, snel en motiverend, Managementsite.nl

Kerklaan, L., 1998 II, Het meten van prestaties met behulp van indicatoren, Managementsite.nl

Kidder L.H., 1981, Research Methods in Social Relations, fourth edition, Publishes for the Society for the Psychological Study of Social Issues, Holt, Rinehart and Winston New York

Kim, Y.M., F. Putjuk, A. Kols, and E. Basuki. 2000. Improving provider-client communication: Reinforcing IPC/C training in Indonesia with self-assessment and peer

review. Operations Research Results 1(6). Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.

Klarus, R., 1998, Competenties Erkennen, een studie naar modellen en procedures voor leerwegaafhankelijke beoordeling van beroepscompetenties, Een wetenschappelijke proeve op het gebied van de Sociale Wetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen

Klink, M. van der, Boon, J., 2002, The investigation of competencies within professional domains, open university of the Netherlands

Kluytmans, F., 2001, Leerboek personeelsmanagement, vierde druk, Wolters-Noordhoff, Groningen

Kruijff, M., Stoker, J., 2003, Managen met Competenties, eerste druk, Berenschot Fundatie, Reed Business Information, Amsterdam

Kruijff, M.A. & J.I. Stoker, 1999, Managen met competenties, Een permanente dialoog tussen mens en organisatie, z.pl., Berenschot Fundatie/Elsevier bedrijfsinformatie bv

Lap, H.H.M. en Reijn, M.C., 1998, Competenties en competentie management: mode of succesformule?, HRM Issue Paper 13

Lawler, E., 1993, From job-based tot competency-based organizations, Journal of organizations behaviour, vol 15, Deventer, Kluwer

Lazear, E.P. (1996) Performance Pay and Productivity. Cambridge: NBER working paper series.

Leget, J. (1997) Personeelbeleid en Succes van Organisaties: Resultaatgericht Human Resources Management in Nederland, Dissertation. Deventer: Kluwer.

Windt, W. van der, Calsbeek, H., Talma, H., Hingstman, L., 2003, Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003, onderzoek van Nivel en Prismant in opdracht van LEVV, Elsevier Gezondheidszorg Utrecht

MacDuffie J.P., 1995, Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry, Industrial and Labour Relations Review 48 pag. 197-221

Manders, F & Vloeberghs, D. (1993). Leerboek strategisch personeelsbeleid. Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

McClelland D. C., 1973, Testing for competence rather than for intelligence, The American psychologist, ISSN 0003-066X

McClelland, D.C. (1998) 'Identifying competencies with behavioral-event interviews', Psychological Science 9: 331-9

McNabb, R. and Whitfield, K. (1999) 'New Work Practices, Compensation Systems and Financial Performance in UK Workplaces'. Paper presented at the first Dutch HRM Conference, November. Rotterdam: Erasmus University.

Medisch Spectrum Twente, 2003, Jaarverslag 2002, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Medisch Spectrum Twente, 2004-1, Beleidsplan 2004-2008, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Medisch Spectrum Twente, 2004-2, Wegwijs in het MST, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Medisch Spectrum Twente, 2004-3, Beleidsnotitie Functiehuis Verpleegkundige MST, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Medisch Spectrum Twente, 2004-4, Beleidsplan afdeling P&O; 'Balans in doelen van Medisch Spectrum Twente én doelen voor haar medewerkers. Werken aan resultaat én ontwikkeling. De zorg voor de patiënt, de basis voor ons handelen!', Medisch Spectrum Twente, Enschede

Miller GE., 1990, The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*; 65:563-7

Mitrani, A., Dalziel, M. and Fitt, D. (1992) *Competency Based Human Resource Management* (London: Kogan Page).

Nadler, D. A. and Tushman, M. (1999) The organisation of the future: strategic imperatives and core competencies for the 21st century, *Organisational Dynamics*, 27(1), pp. 45 – 58.

Nijs, W. De en Doorewaard J.A.C.M., 1998, Human resource management: concepten en benaderingen, In: *Organisatieontwikkeling en human resource management*: 23-49, Lemma, Utrecht

Norris, N. (1991) The trouble with competence, *Cambridge Journal of Education*, 21(3), pp. 1 – 11

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. 2nd edition. New York: McGraw-Hill.

Paauwe J, 2004, *HRM and Performance, achieving long-term viability*, eerste druk, Oxford University Press Inc., New York

Paauwe J. Richardson R., 1997, Introduction, *International Journal of Human Resource Management*, 8:3 June

Parra B. de la, Slotman R., Tillema H., Spannenburg T., 2000, *Managen van competenties in organisaties*, eerste druk, Lemma BV, Utrecht

Pierce, J.L., Gardner, D.G., Dunham, R.B., & Cummings, L.L. (1993). Moderation by organizationbased self esteem of role condition: Employee response relationships. *Academy of Management Journal*, 36, 271-288.

Pool, A., Pool-Tromp C., Veltman-van Vught F., Vogel, S. 2001, *Met het oog op de toekomst*, vierde druk, NIZW, Utrecht

Post W, Imhoff E van, Dykstra P van, Poppel F., 1997, *Verwantschapsnetwerken in Nederland: verleden, heden, toekomst*. Den Haag: NIDI; Rapport 49.

Prahalad C. K., Hamel, 1990, The Core Competence of the Corporation
Gary, *Harvard business review*; vol. 68 (1990), afl. 3 (mei), pag. 79

Purcell J. Kinnie N. Hutchinson S., 2003, Open Minded, Inside the Black Box: An Overview, *People Management* 15-5

'Reach consensus' Retrieved march 2006 from:
<http://www.ncrel.org/sdrs/areas/issues/educatrs/profdevl/pd2reach.htm>

RIVM, 2005, *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, versie 3.2, • © RIVM, Bilthoven.

Rogers E.W. Wright P.M., 1998, Measuring organizational performance in strategic human resource management: probleem, prospects and performance information markets, *Human Resource Management Review*, volume 8 nr. 3

Roselaers Management Consultants, 2004, *Opleiden Middelkader RAV-en; een stappenplan*, in opdracht van SOVAM, Sectorfonds voor de Ambulancezorg

Ruwaard en Kramers, 1997, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*, De som der delen, Elsevier De Tijdstroom, Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieuhygiëne Bilthoven / Maarssen

Salazar-Lindo, E., E. Chea-Woo, J. Kohatsu, and P.R. Miranda. 1991. Evaluation of clinical management training programme for diarrhoea. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 9:227-34.

Sandberg, J. (1994) *Human Competence at Work: An Interpretive Approach* (Go • teburg: Bas)

Sanders K, Schyns B., 2006, Trust, conflict and cooperative behaviour - Considering reciprocity within organizations, *Personnel Review* 35 (5): 508-518

Seezink, M. R. Van der Klink & J. M. M. Van der Sanden, 2003, *Percepties van Portfolio Assessment*, paper gebaseerd op de scriptie, Seezink, A. (2003). *Het Portfolio: Ondersteunende Functie binnen Competentiegericht Onderwijs?* Doctoraalscriptie Universiteit Maastricht.

Schuler, S.R., E.N. McIntosh, M.C. Goldstein, and B.R. Pandi. 1985. Barriers to effective family planning in Nepal. *Studies in Family Planning* 16:260–70.

Sluijs, E., van en Kluytmans, F., 1996, *Management van Competenties*, M&O, nr. 3

Smith, J.E., and S. Merchant. 1990. Using competency exams for evaluating training. *Training and Development Journal* 65–71.

Southgate, L., and D. Dauphinee. 1998. Maintaining standards in British and Canadian medicine: The developing role of the regulatory body. *British Medical Journal* 316:697–700.

Sopaninks, P., 2002, *Competentiemaangement op maat*, Management-Team Magazine, nummer 3, Haarlem

Spencer, J. and Spencer, S. M. (1993) *Models for Superior Performance*. New York: Wiley.

Spencer, L.M., D.C. McClelland, and S.M. Spencer. 1994. *Competency assessment methods*. Boston: Hay/McBer Research Press.

Straetmans, G.J.J.M., Sluijsmans, D.M.A., Bolhuis, B.G., & Van Merrienboer, J.J.G. (2003). Integratie van instructie en assessment in competentiegericht onderwijs. [Integration of instruction and assessment in competency-based education] *Tijdschrift voor Hoger Onderwijs*, 21,171-198.

Swanborn P.G., 1994, *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: nieuwe editie*, Vijfde druk, Boom, Meppel

Torka N., 2003, *Flexibel maar toch betrokken*, Ph. D. Thesis, University of Twente

Van Zuthem HJ, 1967, *Arbeid en Arbeidsbeleid*, TU Twente

Veer, A. J.E. de, Francke AL, Poortvliet EP, 2004, *Het Panel; grote afstand tussen organisatietop en verpleegkundige*, TVZ nummer 5

Velsen, T. Van, Gloudemans, M., 2005, *Competentiemanagement als noodzaak voor veranderingen in de zorg*, Management Kennisbank, VPSO Zorg & personeel

Verburg, R.M. (1998) *Human Resource Management: Optimale HRM-praktijken en Configuraties*, Dissertation. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Vermetten, Y., Daniëls, J., & Ruijs, L. (2001). Inzet van assessment: Waarom, wat, hoe, wanneer en door wie? Beslismodel voor een beargumenteerde keuze van assessmentvormen in onderwijs en opleiding. OTEC report 2001/13.

Volz, A.B. & L. Aalbers, 1998, 'Denken in competenties, werken met talenten. Competentiemanagement volgens Twijnstra Gudde', *Gids voor Personeelsmanagement*, vol. 77, afl. 1, p. 17-19.

Vroom, V. C., 1964, Work and motivation. New York: Wiley. Brownell, P., & McInnes, M. (1986). Budgetary participation, motivation, and managerial performance. *Accounting Review*, 61(4), 587–600.

Warning, J., De methodiek van de QuickScan Werkdruk 3.0, FNV, Uitgeverij Kerckbosch, Full Moon Humatics.

Wee, E. ter, Klarus, R., 2003, Van Beroepspraktijk naar competenties, Stoas Onderzoek, Wageningen

Wester, F. 1995. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho bv.

W. van der Windt, H. Calsbeek, H.F. Talma, L. Hingstman, 2006, Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2005, Nivel/LEVU Utrecht

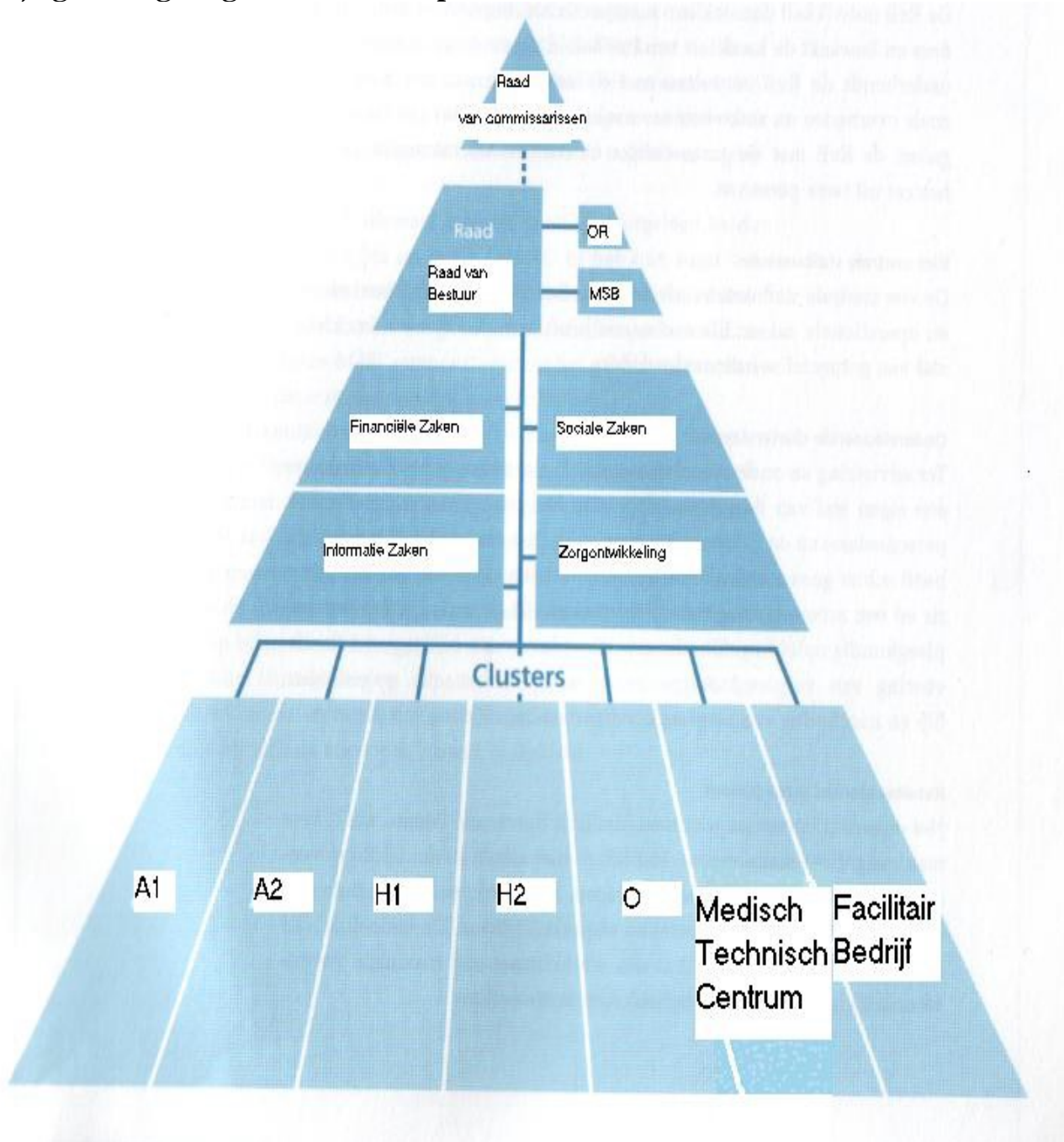
W. van der Windt, H. Calsbeek, H.F. Talma, L. Hingstman, 2003, Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003, Elsevier Gezondheidszorg en LEVV, uitgevoerd door Nivel

Wolf, A., 1994, Het meten van competenties: de ervaringen in het Verenigd Koninkrijk, *Europees Tijdschrift Beroepsopleiding*, 1, 33-40.

Wolf, A., 1995, Competence-based assessment, Buckingham: Open University Press.

Wortmann, E., Sellink, R., 2002, De juiste persoon op de juiste plaats, *Controllers Magazine*, Mind Group, Eindhoven

Bijlage 1: Organogram Medisch Spectrum Twente



Bijlage 2: Competentieset Medisch Spectrum Twente

	Competentie	Definitie	1-5
1	Aanpassingsvermogen	Doelmatig blijven handelen door zich aan te passen aan een nieuwe of veranderende werkomgeving, taken, verantwoordelijkheden of mensen.	
2	Ambitie	Er naar streven hoger op te komen in de organisatie; gedrag vertonen dat erop gericht is carrière te maken en succes te boeken, Zich de moeite geven zichzelf te ontwikkelen om dit te bereiken.	
3	Anticiperen	Over de huidige taakstelling heen kijken, veranderingen in de bestaande situatie voorzien en dan daarop doeltreffend inspelen.	
4	Assertiviteit	In staat een adequate, rustige doch efficiënte reactie te geven. Komt op voor zichzelf, uit zijn wensen zonder zichzelf of anderen onnodig te kwetsen.	
5	Beleidsmatig handelen	In staat zijn reële ideeën en voorstellen te leveren, acties geven blijk van een goede inschatting van de situatie. Heeft strategisch inzicht in besluitvorming.	
6	Besluitvaardigheid	Beslissingen nemen door het ondernemen van acties of zich vastleggen door het uitspreken van meningen.	
7	Coachen	Anderen helpen hun ontwikkelingsmogelijkheden te zien en te benoemen; hen helpen bij het optimaal benutten en versterken van competenties, zowel in de functie als in de loopbaan.	
8	Commercieel handelen	Doelgericht vorm geven aan verkoopsituaties, hierbij rekening houdend met de verschillende belangen die spelen. Aanprijzen van producten en diensten. Anderen overtuigen van de voordelen en de waarde.	
9	Communiceren	In begrijpelijke taal, mondeling en schriftelijk, een boodschap duidelijk maken aan een ander.	
10	Creativiteit	Met oorspronkelijke oplossingen komen voor problemen die met de functie verband houden. Nieuwe werkwijzen bedenken ter vervanging voor bestaande.	
11	Delegeren	Eigen beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden op duidelijke wijze toedelen aan de juiste persoon.	
12	Deskundigheid	Over de benodigde vakkennis en functie-gerelateerde vaardigheden beschikken om de functie op een professionele wijze ten uitvoer te brengen.	
13	Didactische vaardigheid	De eigen vakkennis helder, duidelijk en zonodig boeiend en enthousiasmerend overbrengen op een ander, opdat de ander zich deze kennis eigen maakt.	
14	Doorzettingsvermogen	Is in staat om lange tijd achtereen en/of intensief met een probleem bezig te houden of een opvatting te verdedigen, ook als sprake is van tegenwerking of tegenslag.	
15	Energie	Gedurende een lange periode in hoge mate actief zijn wanneer de functie dat vraagt. Hard werken, uithoudingsvermogen hebben.	

16	Feedback geven	Op een directe manier het gedrag van een ander ter sprake brengen zodat deze zich bewust wordt van zijn gedrag en de effecten hiervan op anderen.	
17	Flexibiliteit	Bij problemen of kansen de eigen gedragsstijl veranderen ten einde een gesteld doel te bereiken.	
18	Groepsgericht leiderschap	Richting en sturing geven aan een groep medewerkers, coördineren van de dagelijkse werkzaamheden, samenwerkingsverbanden tot stand brengen en handhaven.	
19	Helikopterview	Kan feiten en problemen in een breder verband zien door het onderkennen van verwantschappen met onderwerpen van grotere omvang.	
20	Individueel gericht leiderschap	Is in staat richting en sturing te geven aan een medewerker in het kader van diens taakvervulling en verdere ontwikkeling.	
21	Informatie verwerking	Is in staat relevante informatie te verzamelen, op te nemen, te ordenen en te verwerken.	
22	Initiatief	Problemen of belemmeringen signaleren en zo snel mogelijk oplossen. Alert zijn en anticiperen op kansen, nieuwe situaties of problemen, en er in een vroeg stadium naar handelen.	
23	Innovatie	Zich met een onderzoekende en nieuwsgierige geest richten op toekomstige vernieuwing van strategie, producten, diensten en/of markten.	
24	Integriteit	Handhaven van algemeen aanvaarde sociale en ethische normen die met de functie te maken hebben.	
25	Inzet	Gedrag dat getuigt van het stellen van hoge eisen aan eigen werk. Laten zien niet tevreden te zijn met een gemiddelde prestatie.	
26	Klantgerichtheid	Onderzoeken van de wensen en behoeften van de (interne) klant en laten zien vanuit dat perspectief te denken en handelen.	
27	Kostenbewustzijn	Bewust zijn van eigen invloed op kosten en hiernaar handelen.	
28	Kwaliteitsgerichtheid	Hoge eisen stellen aan de kwaliteit van eigen werk en aan dat van anderen; voortdurend verbetering nastreven.	
29	Leervermogen	In staat zijn nieuwe informatie op te nemen en deze in het werk effectief toe te passen; vermogen te leren uit interactie, overleg en samenwerking met anderen en de leerpunten snel kunnen omzetten in effectiever interpersoonlijk gedrag.	
30	Loyaliteit	In staat zich te identificeren met de belangen, problemen en doelstellingen van de organisaties. Zich voegen naar beleid, procedures en regels binnen de organisatie.	
31	Luisteren actief	Tonen belangrijke informatie op te pakken uit mondelinge mededelingen. Doorvragen, ingaan op reacties.	
32	Nauwkeurigheid	Werkzaamheden met grote mate van accuratesse verrichten. Verwerkt gegevens en/of verricht handelingen met een grote mate van precisie.	
33	Omgeving bewustzijn	Goed geïnformeerd zijn over maatschappelijke en	

		politieke ontwikkelingen of andere omgevingsfactoren en deze kennis effectief benutten voor de eigen organisatie.	
34	Onderhandelen	Is in staat doelgericht contacten aan te leggen en te onderhouden, gericht op het bereiken van overeenstemming. Vasthouden aan eigen standpunt, maar kan waar nodig toegeven.	
35	Ondernemerschap	Signaleren van kansen in de markt, zowel voor bestaand als nieuwe producten en diensten. Daarnaar handelen en daarbij risico's durven nemen.	
36	Ontwikkelen	Analyseren van ontwikkelbehoeften en het (laten) uitvoeren van ontwikkelingsactiviteiten.	
37	Oordeelvorming	Kan gegevens en mogelijke handelswijzen, in het licht van relevante criteria, tegen elkaar afwegen en tot een realistische beoordeling komen.	
38	Optreden	Zichzelf in houding en gedrag zo presenteren dat de eerste indruk bij anderen positief is; deze indruk in bestendig respect of sympathie handhaven.	
39	Organisatie bewustzijn	Laten zien te begrijpen hoe een organisatie functioneert; bij acties rekening houden met de gevolgen voor de eigen organisatie en/of de klant.	
40	Overtuigingskracht	Is in staat anderen te overtuigen van een bepaald standpunt en instemming te krijgen met bepaalde plannen, ideeën en producten.	
41	Plannen en organiseren	Op effectieve wijze doelen en prioriteiten bepalen en benodigde tijd, acties, middelen en mensen aangeven en vervolgens doelmatig organiseren om deze doelen ten uitvoer te brengen.	
42	Presenteren	Een goede indruk geven van zichzelf en daarmee de organisatie. Informatie en diensten professioneel aanbieden. Zich presenteren zoals de organisatie gezien wil worden door de buitenwereld.	
43	Probleem analyse	Signaleren van problemen, herkennen van belangrijke informatie, verbanden leggen tussen gegevens. Opsporen van mogelijke oorzaken van problemen.	
44	Regelen	Gebeurtenissen coördineren, logistiek verzorgen en afspraken maken opdat een gesteld doel gerealiseerd wordt.	
45	Resultaatgerichtheid	Zich ondanks problemen of tegenslag handelingen en besluiten blijven richten op het daadwerkelijk realiseren van beoogde resultaten.	
46	Samenwerken	Actief bijdragen aan een gezamenlijk resultaat ook wanneer dit niet direct van persoonlijk belang is.	
47	Strategische oriëntatie	Is in staat doelstellingen voor langere termijn vast te stellen en te vertalen naar een strategische planning.	
48	Sensitiviteit	Zich bewust tonen van andere mensen, de omgeving en de eigen invloed hierop. Gedrag dat getuigt van het onderkennen van de gevoelens en behoeften van anderen.	
49	Sociabiliteit	Is in staat zichzelf zonder moeite onder andere mensen te begeven, gemakkelijk naar anderen toe te stappen, zich gemakkelijk in gezelschap kunnen bewegen.	

50	Stressbestendig	In staat zijn effectief te blijven presteren onder tijdsdruk, bij tegenslag, teleurstelling of tegenspel.	
51	Verantwoordelijkheid	Nakomen van gemaakt afspraken en de consequenties ervan aanvaarden. Bij in gebreke blijven de gevolgen voor eigen rekening nemen en de nadelige gevolgen voor anderen zoveel mogelijk wegnemen.	
52	Visie	Kan afstand nemen van de dagelijkse praktijk en deze in een breder verband plaatsen. Is in staat zich op langere termijn te richten.	
53	Voortgangscontrole	Opstellen en uitvoeren van procedures om de voortgang van processen, taken of activiteiten van medewerkers en van zichzelf te bewaken en te controleren.	
54	Werken met details	Langdurig en effectief kunnen omgaan met detailinformatie.	
55	Zelfinzicht	Heeft inzicht in de eigen identiteit, waarden, overtuigingen, sterke en zwakke kanten, competenties, interesses, ambities en gedragingen.	
56	Zelfstandigheid	Is in staat zonder hulp van anderen taken te verrichten, probeert op eigen kracht probleemsituaties de baas te worden. Handelt volgens eigen overtuiging, onafhankelijk van anderen.	

Bijlage 3: Brief belangstellingsregistratie

Enschede, 05-09-2005

Beste verpleegkundige,

Het MST gaat de komende jaren meer aan competentie ontwikkeling doen. Er komt dus meer aandacht voor het ontwikkelen van competenties gericht op het goed kunnen uitoefenen van de huidige- of een mogelijk toekomstige functie.

Onderzoek

Om te bekijken of het invoeren van competentie ontwikkeling echt effect heeft wordt een onderzoek gedaan onder verpleegkundigen. Dit betreft een 0-meting in de vorm van een vragenlijst. Dit is nodig om een goed beeld te krijgen van de aanwezige kennis, vaardigheden en houding van verpleegkundigen. Na de invoering van competentie ontwikkeling wordt dezelfde meting nogmaals gedaan om te bekijken of competenties ook daadwerkelijk zijn toegenomen. Graag zouden we u willen vragen mee te doen aan dit onderzoek om het meten van competentie ontwikkeling mogelijk te maken.

Vragenlijst

Aan mij is de vraag gesteld om een meetinstrument voor dit onderzoek te ontwikkelen. Dit als afstudeeropdracht voor mijn studie Technische Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente. Mijn naam is Eline Nap en ik ben ook als verpleegkundige verbonden aan het Medisch Spectrum Twente. Het meetinstrument is een vragenlijst en wordt door uzelf ingevuld en u wordt gevraagd de lijst over iemand anders in te vullen.

Wij garanderen u dat de vragenlijsten anoniem, en niet op het individuele niveau, worden verwerkt. Wij hanteren de gedragscode van het NIP, Nederlands Instituut van Psychologen, die gebaseerd is op de principes integriteit, respect, verantwoordelijkheid en deskundigheid.

We willen graag weten of u mee wilt doen aan dit onderzoek. U kunt dit aangeven door middel van de onderstaande antwoordcoupon voor 12 september op te sturen naar; Personeelszaken, Ariënsplein, T.a.v. J. Lohuis. De vragenlijst wordt dan eind augustus naar u opgestuurd. Mocht u over het onderzoek nog vragen hebben, belt u mij dan gerust. Ik ben bereikbaar onder nummer 06-50201351

Uw medewerking is belangrijk voor het invoeren van competentie ontwikkeling en dus ook voor uw eigen ontwikkeling. Alvast hartelijk bedankt voor de moeite.

Met vriendelijke groeten, mede namens Jan Lohuis, personeelsfunctionaris cluster A1,
Eline Nap



Antwoordcoupon

Naam:

Afdeling:.....

Ik wil ☐ wel meedoen aan het onderzoek
☐ niet meedoen aan het onderzoek omdat

.....

Bijlage 4: Reminder

Enschede, 13-10-2005

Beste verpleegkundige,

Een aantal weken geleden heeft u aangegeven mee te willen doen aan het onderzoek naar 'Competentieontwikkeling bij verpleegkundigen'.

Hiervoor heeft u een vragenlijst ontvangen, maar die heb ik nog niet van u teruggehad. Als u de lijst inmiddels wel hebt ingevuld en opgestuurd wil ik u daarvoor bedanken en kunt u deze brief als 'niet verzonden' beschouwen.

Als u de vragenlijst nog niet hebt ingevuld wil ik u er nog graag wijzen hoe belangrijk het is dat u dat alsnog doet. Er kunnen namelijk alleen resultaten uit de meting komen als we over iedere deelnemer twee metingen hebben. Nu hebben we van veel mensen nog alleen de eigen meting of alleen de meting van de collega. Deze zijn op het moment dus niet bruikbaar voor analyse en dat is zonde van de moeite van uw collega's en ook jammer voor de resultaten van het onderzoek.

Ik wil u daarom vragen of u de vragenlijst alsnog wilt invullen en opsturen naar afdeling Personeelszaken, Ariënsplein, ter attentie van J. Lohuis.

Als er iets tussen is gekomen of als er problemen zijn met de vragenlijst, of als u de vragenlijst niet meer hebt hoor ik het graag en probeer ik het te verhelpen.

Nogmaals, bedankt voor de moeite!

Groetjes van Eline Nap
06-50 20 1351

Bijlage 5: Brief bij vragenlijsten

Enschede, 12-09-2005

Beste

In de afgelopen weken heeft u aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek 'Competentieontwikkeling bij verpleegkundigen'. Met dit onderzoek wordt het effect gemeten van een nieuwe vorm van leidinggeven, gericht op de ontwikkeling van de medewerkers genaamd 'competentiemanagement'.

Hiervoor wordt eerst een zogenaamde 0-meting gedaan om een goed beeld te krijgen van de aanwezige kennis, vaardigheden en houding van verpleegkundigen. Na de invoering van competentie management wordt een tweede meting gehouden om te bekijken of de kennis, vaardigheden en houding van verpleegkundigen zijn verbeterd.

Vragenlijst loopbaanpotentieel

Het meetinstrument bestaat uit een al bestaande vragenlijst over loopbaanpotentieel (Van der Heijde & Van der Heijden, 2005¹). De vragenlijst is uitgebreid met competenties die specifiek zijn voor het verpleegkundige beroep.

Werkwijze

In de envelop zitten twee verschillende vragenlijsten. De eerste gaat over uzelf, en in de tweede wordt u gevraagd de vragen te beantwoorden over

Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer dertig minuten en is niet moeilijk. De meeste vragen in de vragenlijst bestaan uit vragen met 6 antwoordcategorieën. U wordt gevraagd de categorie te omcirkelen die het meest van toepassing is. We vragen u de vragenlijsten zo volledig mogelijk in te vullen, en dit zonder hulp van anderen te doen. Het gaat hier om uw mening. Indien anderen helpen leidt dit tot onbetrouwbare metingen.

Wilt u de formulieren binnen een week nadat u dit leest in de bijgevoegde antwoordenvolp met de interne post opsturen naar 'Personeelszaken Ariënsplein' t.a.v. Jan Lohuis?

Mocht u over de vragenlijst nog vragen hebben, belt u mij dan gerust. Ik ben bereikbaar onder nummer 06-50201351

Wij garanderen u dat de vragenlijsten anoniem worden verwerkt. Wij hanteren de gedragscode van het NIP, Nederlands Instituut van Psychologen, die gebaseerd is op de principes integriteit, respect, verantwoordelijkheid en deskundigheid.

Uw medewerking is van belang voor het invoeren van competentie management in het Medisch Spectrum Twente. Alvast hartelijk bedankt voor de moeite.

Met vriendelijke groeten,
Eline Nap

¹ C.M. van der Heijde and B.I.J.M. van der Heijden. The development and psychometric evaluation of a multi-dimensional measurement instrument of employability. International Congress Series Vol 1280, june 2005, 142-147. Elsevier BV

Bijlage 6: Vragenlijst (vertrouwelijk)

Bijlage 7 Competentieprofiel verpleegkundigen I, II en senior

Verpleegkundige I	Verpleegkundige II	Senior Verpleegkundige
<i>Kerncompetenties MST:</i> -Deskundigheid -Klantgerichtheid -Kwaliteitsgerichtheid -Resultaatgerichtheid -Kostenbewustzijn	<i>Kerncompetenties MST:</i> -Deskundigheid -Klantgerichtheid -Kwaliteitsgerichtheid -Resultaatgerichtheid -Kostenbewustzijn	<i>Kerncompetenties MST:</i> -Deskundigheid -Klantgerichtheid -Kwaliteitsgerichtheid -Resultaatgerichtheid -Kostenbewustzijn
<i>Functiegebonden competenties:</i> -Integriteit -Nauwkeurigheid -Samenwerken -Luisteren -Communiceren	<i>Functiegebonden competenties:</i> -Integriteit -Nauwkeurigheid -Samenwerken -Luisteren -Communiceren	<i>Functiegebonden competenties:</i> -Integriteit -Nauwkeurigheid -Samenwerken -Luisteren -Communiceren
	<i>Extra competenties t.o.v.vpk I</i> -Plannen & organiseren -Regelen -Didactische vaardigheid	<i>Extra competenties t.o.v.vpk I</i> -Plannen & organiseren -Regelen -Didactische vaardigheid
		<i>Extra competenties t.o.v.vpk II</i> -Groepsgericht leidinggeven -Voortgangscontrole

Kerncompetenties zijn competenties die voor elke functie in het MST vereist zijn.

Functiegebonden competenties zijn competenties die voor een specifieke functie vereist zijn.

Extra competenties zijn competenties die bovenop de kern- en functiegebonden competenties vereist zijn om de functie adequaat te kunnen uitoefenen.

Bijlage 8, SPSS uitkomsten factoranalyse

	Component		
	1	2	3
vraag na aan patiënten of ze begrijpen wat ik bedoel		,697	
maak in gesprek samenvattingen van wat gezegd is	,498	,591	
doe iets met feedback	,350	-,406	
geef kritiek op opbouwende manier		-,500	
klinische les geven	,547		,539
opschrijven wat ik bedoel	,644		,398
taalgebruik aanpassen aan persoon waar ik mee praat	,651	-,324	
goed luisteren	,796		
laat mensen uitpraten	,467		-,711
patiënten overtuigen	,698		
Eigenwaarde	2,989	1,525	1,313
Fractie verklaarde variantie	29,893	15,254	13,129

Tabel 1: Factoranalyse communicatie

	Component		
	1	2	3
PEER70 goed luisteren	.762		
PEER72 laat mensen uitpraten	.736	-.395	
PEER33 vraag na aan patiënten of ze begrijpen wat ik bedoel	.690		-.579
PEER34 maak in gesprek samenvattingen van wat gezegd is	.660		-.506
PEER38 geef kritiek op opbouwende manier	.628	-.566	
PEER37 doe iets met feedback	.545	-.424	
PEER64 klinische les geven		.713	.300
PEER66 opschrijven wat ik bedoel	.476	.625	.301
PEER68 taalgebruik aanpassen aan persoon waar ik mee praat	.525	.589	
PEER74 patiënten overtuigen	.346		-.492
Eigenwaarde	3,437	2,055	1,266
Fractie verklaarde variantie	34,366	20,553	12,660

Tabel 2: Factoranalyse peer communicatie

	Component		
	1	2	3
VRAAG28 houd rekening met wensen patiënt op gebied van zorg	.625		-.377
VRAAG29 benader patiënten op positieve manier	.769	-.343	
VRAAG30 leuk om te werken met patiënten	.592	-.650	
VRAAG31 spreek patiënten met 'u' aan		-.321	.648
VRAAG52 inleven in patiënten	.687	.471	
VRAAG54 geduldig blijven	.733		.382
VRAAG56 niet te sterk betrokken raken bij patiënten	.551	.502	.319
VRAAG58 patiënten aanvoelen	.684	.522	
VRAAG60 vriendelijk tegen vervelende patiënten	.704		
VRAAG62 omgaan met patiënten met andere overtuiging	.433	.448	-.451
Eigenwaarde	3,872	1,718	1,096
Fractie verklaarde variantie	38,723	17,176	10,956

Tabel 3: Factoranalyse patiëntenbejegening

	Component		
	1	2	3
PEER28 houd rekening met wensen patiënt op gebied van zorg	.800		
PEER29 benader patiënten op positieve manier	.823		
PEER30 leuk om te werken met patiënten	.755		.438
PEER31 spreek patiënten met 'u' aan	.390		.573
PEER52 inleven in patiënten	.734	.423	
PEER54 geduldig blijven	.696		-.456
PEER56 niet te sterk betrokken raken bij patiënten		.944	
PEER58 patiënten aanvoelen	.681		
PEER60 vriendelijk tegen vervelende patiënten	.808		-.358
PEER62 omgaan met patiënten met andere overtuiging	.765		
Eigenwaarde	4,765	1,182	1,040
Fractie verklaarde variantie	47,655	11,819	10,399

Tabel 4: Factoranalyse peer patiëntenbejegening

	Component		
	1	2	3
heb kritische houding naar eigen werk	,678		
plan werkzaamheden nauwkeurig	,476		
vergeet dingen voor patiënten te doen		,827	
slordig		,670	
iets verkeerd doen, bedenken wat het kan voorkomen in toekomst			,831
gebruik protocollen	,665	-,357	
zoek op wat ik niet weet	,704	-,331	
kostenbewust werken	,743		
verpleegkundig dossier bijhouden wat je doet		,456	,519
op hoogte van afdelingsregels	,622	,429	
Eigenwaarde	2,771	1,862	1,152
Fractie verklaarde variantie	27,715	18,625	11,520

Tabel 5: Factoranalyse nauwkeurigheid

	Component		
	1	2	3
PEER39 heb kritische houding naar eigen werk	.680		-,311
PEER40 plan werkzaamheden nauwkeurig	.827		
PEER42 vergeet dingen voor patiënten te doen	.617	-,441	
PEER43 slordig	.618	-,472	
PEER45 iets verkeerd doen, bedenken wat het kan voorkomen in toekomst	.738	.367	
PEER46 gebruik protocollen	.667		.481
PEER48 zoek op wat ik niet weet	.676	.479	
PEER49 kostenbewust werken	.688	-,363	
PEER76 verpleegkundig dossier bijhouden wat je doet	.559		-,411
PEER78 op hoogte van afdelingsregels	.466	.436	.536
Eigenwaarde	4,360	1,119	1,025
Fractie verklaarde variantie	43,597	11,190	10,253

Tabel 6: Factoranalyse peer nauwkeurigheid