



zorgzaam & professioneel

'Zorgen voor de zorg van de toekomst'

Een exploratief onderzoek naar de ervaringen van hbo verpleegkundigen over de benutting van hun competenties en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen.



Universiteit Utrecht

Suzanne Coolen, 3629678

s.c.m.coolen@students.uu.nl

Master Strategisch Human Resource Management, leerkring SHRM

Scriptiebegeleider: MSc. Corine Buers

24-07-2014

'Zorgen voor de zorg van de toekomst'

Een exploratief onderzoek naar de ervaringen van hbo verpleegkundigen over de benutting van hun competenties en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen.

Student	Suzanne Coolen, 3629678 s.c.m.coolen@students.uu.nl
In opdracht van	TweeSteden ziekenhuis te Tilburg Wilma Jackson, hoofd Leerhuis, TweeSteden ziekenhuis Sacha van Dijk, opleidingsadviseur, TweeSteden ziekenhuis
Instelling	Universiteit Utrecht Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO) Master Strategisch Human Resource Management
Cursus	Leerking SHRM, masterthesis Ephorus code: 2013-USG6070
Scriptiebegeleidster	MSc. Corine Buers, Universiteit Utrecht
Tweede beoordelaar	Prof. dr. Mandy van der Velde, Universiteit Utrecht

Utrecht, juli 2014

Inhoudsopgave

	Pagina:
1. Inleiding	p.9
1.1 Veranderingen in de zorg	
1.2 Aanleiding van dit onderzoek	p.12
1.3 Probleemstelling	p.13
1.4 Relevantie	p.14
1.4.1 Maatschappelijke relevantie	
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie	
1.5 Leeswijzer	p.15
2. Theoretisch kader	p.16
2.1 Definiëring van competenties van hbo verpleegkundigen	
2.1.1 Definiëring van competenties	
2.1.2 Competenties van hbo verpleegkundigen	p.17
2.2 Benutting van competenties	p.20
2.3 Het managen van competenties met behulp van HR	p.22
2.4 Mogelijk verklarende factoren competentiebenutting	p.26
2.4.1 Person-environment fit	p.27
2.4.2 AMO model	p.29
2.5 Loopbaanverwachtingen van hbo verpleegkundigen	p.31
2.6 Slotparagraaf	p.33
3. Methoden	p.34
3.1 Onderzoeksbenadering	
3.2 Onderzoeksorganisatie	p.35
3.3 Respondenten	
3.4 Dataverzameling	p.37
3.5 Analysemethode	p.39
3.6 Kwaliteit van de data	
4. Resultaten	p.43
4.1 Ervaren benutting van competenties door hbo verpleegkundigen	
4.1.1 Vraag naar competenties	
4.1.2 Aanbod en benutting van competenties	p.45
4.2 Bevorderende en belemmerende factoren voor de benutting van competenties	p.53
4.3 Loopbaanverwachtingen van hbo verpleegkundigen	p.60
5. Conclusie en discussie	p.67

6.	Reflectie en aanbevelingen	p.73
6.1	Reflectie op de theorie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	
6.2	Reflectie op de methoden en de van de rol onderzoeker	p.76
6.3	Praktische aanbevelingen	p.78
	Literatuurlijst	p.80
	Bijlagen	p.86
Bijlage I	CANMEDS: competentiemodel voor hbo verpleegkundigen vanaf 2020	
Bijlage II	Competenties en kerncompetenties TweeSteden ziekenhuis	
Bijlage III	Overzicht respondenten	
Bijlage IV	Benadering respondenten – uitnodiging interviews	
Bijlage V	Topiclijst interviews hbo verpleegkundigen niveau 5	
Bijlage VI	Transcripten interviews	
Bijlage VII	Codeboom	
Bijlage VIII	Paper publieke dimensie	

Voorwoord

Na zo'n vijf maanden bezig te zijn geweest met mijn onderzoek, ligt hij hier voor u: mijn masterscriptie, waarmee een einde komt aan een geweldige studententijd. Toen in november gevraagd werd een eerste opzet te maken voor mijn scriptie had ik nog totaal geen idee waar ik precies heen wilde, maar één ding stond vast: het zal gaan over de zorg. Vanwege mijn interesse in deze sector heb ik tijdens de kerstvakantie twee meeloopdagen gehad bij de afdelingen cardiologie en geriatrie in het TweeSteden ziekenhuis. In overleg met dit ziekenhuis werd vervolgens al snel besloten dat ik mijn afstudeeronderzoek hier zou kunnen doen en dat het gebrek aan onderscheid tussen mbo een hbo verpleegkundigen hierbij een rol zou gaan spelen.

Net voordat de dataverzameling eind mei van start ging en de eerste interviews op de planning stonden, kreeg ik het geweldige nieuws om met ingang van 1 september aan de slag te kunnen als trainee bij de overheid. Vanaf dat moment heb ik dan ook alles op alles gezet om voor augustus mijn scriptie goed af te kunnen ronden. Ik ben er echter van overtuigd dat dit mij nooit alleen was gelukt en daarom wil ik een paar mensen graag ontzettend bedanken.

Allereerst had mijn scriptie nooit deze vorm gekregen zonder het advies, de kritische vragen en betrokkenheid van mijn begeleidster Corine Buers. Ontzettend bedankt voor alle tijd en feedback tijdens dit gehele proces. Ook Tine van Kessel, mijn lieve buddy, wil ik bij deze bedanken voor het tussentijds checken van mijn scriptie, het geven van feedback en voor alle motiverende en oppeppende woorden.

Daarnaast had ik dit onderzoek natuurlijk nooit tot uitvoering kunnen brengen zonder de medewerking van het TweeSteden ziekenhuis en de respondenten. Wilma en Sacha, jullie zijn toppers! Bedankt dat ik altijd even mocht aankloppen voor input en frisse ideeën als ik even vast liep en daarnaast bedankt voor bij de hulp bij het verzamelen van mijn respondenten.

Tot slot mogen natuurlijk ook mijn vrienden en het thuisfront niet ontbreken. De bemoedigende en motiverende woorden als ik het even niet meer zag zitten, had ik af en toe echt even nodig om er weer vol frisse moed tegen aan te kunnen gaan.

Met trots presenteer ik het eindresultaat van dit onderzoek. Ik wens u heel veel leesplezier toe en hoop dat dit onderzoek u meer inzicht biedt over de benutting van de competenties waarover hbo verpleegkundigen beschikken en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen.

Suzanne Coolen

Samenvatting

Titel: Zorgen voor de zorg van de toekomst. Een exploratief onderzoek naar de ervaringen van hbo verpleegkundigen over de benutting van hun competenties en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen.

Inleiding: Op het moment doen zich veel veranderingen voor in de zorg. Zo blijven mensen langer thuis wonen en hebben zij steeds vaker meerdere ziektebeelden tegelijk. Hiermee wordt de zorg steeds complexer, waardoor er in de toekomst meer competenties van verpleegkundigen gevraagd zullen worden. Naar verwachting zal er vanwege deze complexiteit dan ook een grotere behoefte komen naar hbo verpleegkundigen in het bijzonder. Op het moment doen zij echter vaak precies hetzelfde werk als hun mbo collega's, wat leidt tot onderbenutting van hun competenties en daarmee aan een gebrek aan uitdaging en zelfs vervroegde uitstroom. Dit is zorgwekkend, aangezien deze groep verpleegkundigen in de toekomst hard nodig zal zijn om gehoor te kunnen geven aan de toenemende vraag naar zorg.

Het doel van het onderzoek is om een beter inzicht te krijgen over de benutting van competenties van de huidige hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis, de bevorderende en belemmerende factoren die hierop van invloed zijn en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen. De onderzoeksvraag luidt: *“Hoe ervaren hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties in het TweeSteden ziekenhuis en wat betekent dit voor de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van hun loopbaan?”*

Methode: Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van hbo verpleegkundigen over hun competentiebenutting en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen, is gekozen voor een cross sectioneel, kwalitatief onderzoek met een exploratief karakter en een interpretatieve visie. Dit in de vorm van een case study design. In totaal zijn er veertien verpleegkundigen geïnterviewd van zes verschillende afdelingen in het TweeSteden ziekenhuis. Bij deze dataverzameling is gebruik gemaakt van een topiclijst. De data analyse verliep door middel van open, axiale en selectieve codering om zo de hoofd en subcategorieën te identificeren.

Conclusie: De verpleegkundigen werkzaam bij het TweeSteden ziekenhuis ervaren onderbenutting bij zowel hun kennis als hun vaardigheden. Met name de kennis en vaardigheden die betrekking hebben op het stuk kwaliteitszorg en innovatie worden volgens de respondenten zwaar onderbenut. Deze competenties behoren tot de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar, welke dus niet goed tot hun recht lijken te komen. Deze onderbenutting is volgens hen afhankelijk van zowel individuele factoren zoals autonomie en eigen initiatief. Deze dienen echter wel te worden gefaciliteerd middels omgevingsfactoren zoals de teamleider, het team, de afdeling en het ziekenhuis zelf. Tot slot geven de verpleegkundigen aan dat deze onderbenutting deels hun loopbaanverwachtingen beïnvloedt. Zij hechten namelijk veel waarde aan uitdaging en deze lijken zij op het moment

niet altijd te vinden in hun werk. Wel verwachten zij bijna allemaal werkzaam te blijven in de zorg, maar niet voor lange tijd op dezelfde plek, in de directe zorg. In de toekomst zien zij zichzelf als teamleider, nurse practitioner, maar ook als leraar of ondernemer. Daarnaast wordt ook het verpleegkundige vak niet altijd volledig uitgesloten, maar dan wel op een die meer afwisseling en actie lijkt te bieden.

Aanbevelingen: Dit onderzoek leidt tot een aantal aanbevelingen. De eerste aanbeveling is gebaseerd op de belangrijkste bevinding dat de hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis onderbenutting ervaren bij de competenties die horen bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar. Om in de toekomst hbo verpleegkundigen uitgedaagd te houden voor het verpleegkundig beroep, wordt daarom aangeraden hen meer tijd en ruimte te geven om hun rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar te kunnen benutten. Dit door in de toekomst meer verzorgende taken, zoals bijvoorbeeld het wassen van de patiënt, over te dragen aan mbo verpleegkundigen en verzorgenden. De verpleegkundigen geven ook zelf aan dat dit hen al een hoop meer ruimte zou kunnen geven. Hierdoor kunnen zij zich bezig houden met de meer overstijgende taken, zoals het opstellen van nieuwe protocollen en de innovatie van de zorg. Hierdoor sluiten de werkzaamheden beter aan bij dat wat de hbo'ers hebben geleerd tijdens hun studie en zullen zij zich beter kunnen onderscheiden van de mbo verpleegkundigen. Tot slot wordt aangeraden om op meerdere afdelingen de functie van eerste verpleegkundige te introduceren. Dit biedt meer uitdaging en doorgroeiperspectief en komen de competenties van hbo verpleegkundigen beter tot uiting.

Keywords: verpleegkundigen, hbo, competenties, zorg, ziekenhuizen, functieprofiel, human resource management, loopbaan, kwalitatief onderzoek.

1. Inleiding

De zorg in Nederland is volop in beweging. Op het moment doen zich een aantal veranderingen voor, die grote gevolgen zullen gaan hebben. Zo zien we onder andere dat de zorg steeds complexer wordt, wat zal leiden tot een grotere vraag naar hbo verpleegkundigen. Zij zullen naar verwachting beter gehoor kunnen geven aan deze complexere zorgvraag. Zorgwekkend is dat veel hbo verpleegkundigen momenteel echter uitstromen vanwege het feit dat zij dezelfde werkzaamheden verrichten als mbo verpleegkundigen, waardoor zij onderbenutting van hun competenties ervaren. Dit leidt vaak tot een gebrek aan uitdaging bij deze groep en daarmee tot vervroegde uitstroom. Om gehoor te geven aan de zorgvraag in de toekomst, zullen deze competenties beter benut moeten worden. Dit is van groot belang om de hbo verpleegkundigen te behouden. In 2025 wordt namelijk een tekort verwacht van maar liefst 450.000 zorgmedewerkers. Eerder onderzoek laat weliswaar zien dat er sprake is van onderbenutting, maar het is nog onduidelijk om welke competenties het precies gaat, welke factoren hier een rol in spelen en wat dit betekent voor de loopbaanverwachtingen.

Dit onderzoek zal daarom aandacht besteden aan de manier waarop hbo verpleegkundigen deze benutting ervaren, waarbij gekeken wordt naar de bevorderende en belemmerende factoren en de gevolgen hiervan voor de manier waarop deze hbo verpleegkundigen momenteel hun loopbaan voor zich zien. In deze inleiding wordt de context rondom deze ontwikkelingen verder uitgewerkt.

1.1 Veranderingen in de zorg

Verwacht wordt dat de zorg in Nederland in de nabije toekomst steeds complexer zal gaan worden. Mensen worden namelijk ouder, hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd en wonen daarnaast langer thuis, waardoor zij zeker in het ziekenhuis terecht komen (V&VN, 2012; Meurs & Rooijen, 2006; van der Windt, Bos & Francke, 2007). Deze ontwikkeling vergt extra competenties van verpleegkundigen en zij zullen hierdoor naar verwachting meer uitgedaagd gaan worden in hun werkzaamheden. Zo krijgen de verpleegkundigen door de toename van het aantal mensen met chronische ziekten een grotere rol bij de preventie, het bevorderen van een gezonde leefstijl en bij het ondersteunen van zelfmanagement. Deze toenemende complexiteit in de zorg en daarmee de behoefte aan andere competenties, heeft als gevolg dat de vraag naar hoger opgeleide (hbo bachelor en hbo master) verpleegkundigen in Nederlandse ziekenhuizen in de toekomst groter wordt (V&VN, 2012).

Op het moment zien we dat mbo en hbo verpleegkundigen in de praktijk vaak precies dezelfde functies vervullen. Met name in algemene ziekenhuizen, zo'n 90% van het totaal aantal ziekenhuizen in Nederland, verrichten verpleegkundigen vaak dezelfde werkzaamheden ongeacht het niveau van de opleiding die zij hebben gevolgd en de competenties waarover zij dus beschikken (Bosman, Van Elk, Jeanney & De Vos, 2002; Meurs & Rooijen, 2006; Taminou & Boer, 2004; V&VN, 2012). Dit ondanks het feit dat de

mbo en hbo opleidingen verpleegkunde inhoudelijk op veel punten van elkaar verschillen. Zo leren hbo verpleegkundigen tijdens hun studie bijvoorbeeld ook om Evidence Based te werken, onderzoeken uit te voeren en wordt er ten opzichte van de mbo opleidingen bovendien meer aandacht besteed aan reflectie en het zelf opstellen van protocollen (Gloude-mans, Schalk & Reynaert, 2010 en 2013). Dit gebrek aan een duidelijk onderscheid tussen mbo en hbo verpleegkundigen brengt een aantal ongewenste consequenties met zich mee.

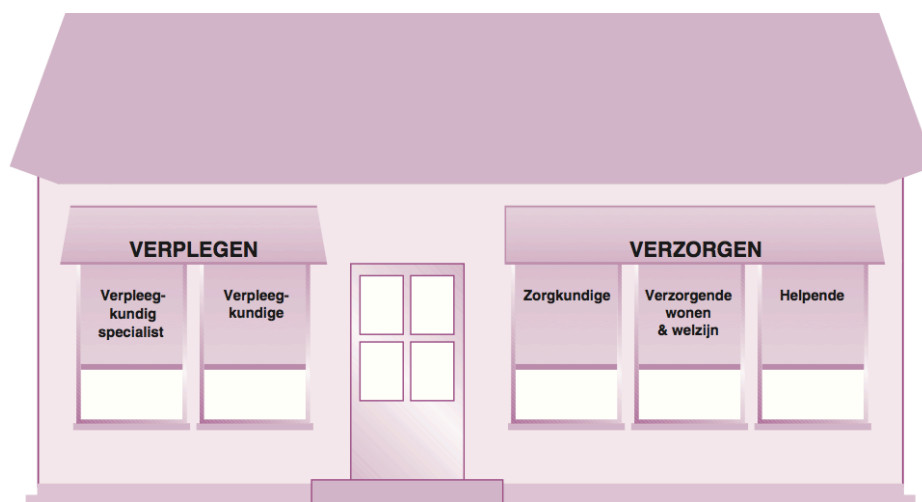
Zo leidt de onduidelijke verdeling tussen verantwoordelijkheden en werkzaamheden enerzijds tot het overvragen van de competenties van mbo verpleegkundigen en tegelijkertijd tot het ondervragen van de competenties die hbo verpleegkundigen hebben (Meurs & Rooijen, 2006). In het rapport over het 'leren van de toekomst voor de verpleegkundigen vanaf 2020' wordt dit niet optimaal gebruiken van de verworven kennis door hbo verpleegkundigen omschreven als kapitaalvernietiging, wat gevolgen heeft voor de werkprestaties. Onderzoek door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2000, laat zien dat zowel de overvraging van mbo verpleegkundigen als de ondervraging van hbo verpleegkundigen, bij beide groepen leidt tot stress, een verhoogd risico op een burn-out en demotivatie (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000; V&VN, 2012).

Daarnaast leidt dit gebrek aan onderscheid tot een vervroegde uitstroom van met name verpleegkundigen op hbo niveau (Mistiaen Kroezen, Triemstra & Francke, 2011; Van der Velden, Francke & Batenburg 2011). Dit is zorgwekkend gezien het verwachte tekort aan zorgpersoneel en in het bijzonder de toenemende behoefte aan juist verpleegkundigen met een hbo achtergrond (V&VN, 2012). Er doet zich hier de laatste jaren een opvallend verschijnsel voor: het aantal verpleegkundigen dat momenteel staat ingeschreven bij het BIG-register is namelijk aanzienlijk groter dan het aantal personeelsleden dat ook daadwerkelijk werkzaam is als verpleegkundige. Dit verschil wordt bovendien de laatste jaren alleen nog maar groter (Veer, Spreeuwenberg & Francke, 2010; Van der Velden et al., 2011). In het verslag van V&VN wordt over deze vervroegde uitstroom van hbo verpleegkundigen het volgende gesteld: *"Verpleegkundigen zijn ambitieus. Vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn relatief vaak gericht op carrière: zij 'vliegen uit', vinden elders functies met nieuwe uitdagingen. Dit binnen de zorg, maar ook zeker daarbuiten. Het is van belang om hen voor de zorg te behouden door loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden te creëren. Dat geldt overigens voor alle verpleegkundigen. Loopbaanmogelijkheden en een aantrekkelijke werkomgeving kunnen de inspiratie bieden die nodig is voor het werkplezier én voor het verhogen van de kwaliteit van zorg"* (Projectgroep V&V, 2020: 8).

Prof. dr. Marieke Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap aan de universiteit van Utrecht, sluit zich hierbij aan. Ook zij constateert dat hbo verpleegkundigen vaak exact hetzelfde werk doen als verpleegkundigen met een mbo diploma, waardoor zij snel de uitdaging missen in hun werk. Dit met het gevolg dat de hbo'ers vroegtijdig stoppen en elders op zoek gaan naar meer uitdaging (Van der Velden et al., 2011).

Om deze uitstroom te voorkomen is het volgens zowel mensen in het veld als de overheid, ondersteund door diverse rapporten, noodzakelijk om de functie van hbo verpleegkundigen passend bij hun niveau te maken, zodat zij de toekomst meer uitgedaagd worden. Op het moment worden er door de overheid allereerst acties ondernomen om te zorgen dat de huidige verpleegkundigen in ziekenhuizen en andere zorginstellingen de steeds complexer wordende zorg kunnen blijven leveren. Zo maakte minister Edith Schippers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onlangs de ‘Subsidieregeling Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg’ bekend. Door met het oog op de toekomst zorginstellingen te stimuleren om in de competenties van hun verpleegkundig personeel te investeren, hoopt de minister de kwaliteit van de zorg in Nederland te waarborgen. De complexer wordende zorg vraagt volgens minister Schippers namelijk om een constante investering in de competenties van de medewerkers, gedurende hun gehele loopbaan (V&VN, 2014; Rijksoverheid, 2014; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2009).

Daarnaast zijn er de afgelopen jaren door de overheid concrete plannen samengesteld om met ingang van 2020 een duidelijker onderscheid te maken tussen mbo en hbo verpleegkundigen. Het huidige beroepenhuis, dat stamt uit 1997, zal hierdoor ingrijpend gaan veranderen. Met de invoering van deze nieuwe functies beoogt de overheid de competenties waarmee de hbo verpleegkundigen zich onderscheiden van mbo’ers, beter tot hun recht te laten komen (V&VN, 2012). Deze differentiatie houdt onder andere in dat een hbo opleiding vereist zal zijn om de titel van verpleegkundige te krijgen. Er zullen dan in plaats van drie, voortaan twee soorten niveaus voor het verpleegkundige beroepsgroep te onderscheiden zijn: de *verpleegkundige* (artikel 3 Wet BIG) en daarnaast de *verpleegkundig specialist* (artikel 14 Wet BIG). Beiden hebben verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Om verpleegkundig specialist te kunnen worden is naast een hbo-bachelor ook een hbo-master opleiding vereist. De mbo opleiding, niveau 4, zal de studenten in de toekomst niet langer opleiden tot verpleegkundige, maar tot zorgkundige. Naar verwachting zal het beroepenhuis er vanaf 2020 als volgt uit zal gaan zien:



Figuur 1: Visualisatie van het beroepenhuis verpleegkundigen en verzorgen 2020 (V&VN, 2012)

Deze maatregelen hebben niet alleen positieve gevolgen voor hbo verpleegkundigen zelf, zoals een betere benutting van hun competenties en daarmee meer uitdaging tijdens het werk, maar zullen ook een positieve invloed hebben op de prestaties van het ziekenhuis. Recent onderzoek laat namelijk zien dat het niveau van de opleiding die verpleegkundigen hebben genoten, direct in relatie kan worden gebracht met het aantal sterftegevallen dat een ziekenhuis kent. Een groot Europees onderzoek uit 2014 van Aiken et al., toonde dit verband tussen het opleidingsniveau en de sterftecijfers aan. Het liet zien dat wanneer er in een ziekenhuis 10 procent meer hbo opgeleide verpleegkundigen werken, het overlijdensrisico van de patiënt 7 procent lager is (Aiken, et al., 2014; NRC, 2014). De uitkomst van dit onderzoek kan voor ziekenhuizen een extra motivatie zijn om in de toekomst meer hbo verpleegkundigen in dienst te nemen, om zo de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.

1.2 Aanleiding van dit onderzoek

Niet alleen de overheid grijpt in om de competenties van hbo verpleegkundigen beter tot hun recht te laten komen, ook ziekenhuizen zelf zijn zich bewust van de ontwikkelingen. Zij zien in dat er maatregelen genomen moeten worden om meer hbo verpleegkundigen aan te trekken en te behouden en dat ze zullen moeten investeren in het huidige arbeidspotentieel om in de toekomst aan deze complexe zorgvraag te kunnen voldoen. Op het moment ligt de landelijke verhouding tussen mbo en hbo verpleegkundigen op 20% hbo tegenover 80% mbo. Veel ziekenhuizen in Nederland hebben als doelstelling om deze verhouding de komende jaren gelijkwaardiger te maken. Dit om betere kwaliteit zorg te kunnen leveren en zo de prestaties van het ziekenhuis te verbeteren (Veer et al., 2010;).

Er is echter nog een hoop onduidelijkheid over de manier waarop de huidige groep hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties ervaart, om welke competenties het hier precies gaat en wat ziekenhuizen hier aan zouden kunnen doen. Gezien bovenstaande landelijke ontwikkelingen en de doelstelling van ziekenhuizen om meer hbo verpleegkundigen in dienst te willen hebben, is een beter inzicht hierin van belang. Centrale vragen zijn dan ook: vinden deze hbo verpleegkundigen genoeg uitdaging in hun werk en wat betekent dit voor de verwachtingen die zijn hebben over hun loopbaan?

Niet alleen in de praktijk, maar ook op het gebied van wetenschappelijke studies is dit nog een onderbelicht vraagstuk. Eerdere onderzoeken die zijn verricht naar de benutting van competenties richten zich met name op de gevolgen voor organisaties, waarbij slechts wordt gekeken naar de wijze waarop competenties effectief kunnen worden ingezet om de doelen van een organisatie te kunnen bereiken (van Dam, Kraayvanger, van Tol & Vlaskamp, 2004). Opvallend hier is dat bij deze studies geen aandacht wordt besteed aan de ervaringen van de verpleegkundigen zelf (Van der Velden, 2011; Veer et al., 2010; Hyson, Best & Moore, 2010). Dit terwijl een beter inzicht over wat er leeft op de werkvloer juist van groot belang kan zijn voor ziekenhuizen om maatregelen te treffen omtrent deze onderbenutting. Deze onderzoeken gaan vooral over het invoeren van een nieuw functieprofiel en taakverrijking of taakversmalling (Beckers & Nijhuis, 2005; Berg, 2005; van Dam, Kraayvanger, van Tol &

Vlaskamp, 2004). Er is wel een onderzoek bekend over competentiebenutting van verpleegkundigen, maar dit onderzoek is gedaan in Amerikaanse ziekenhuizen (Hyon, Best en Moore, 2007). Gezien de andere competentieprofielen die daar gebruikt worden, biedt dit niet veel inzichten voor de Nederlandse zorgsector.

Dit onderzoek zal zich onderscheiden van eerder onderzoek door zich juist te richten op dat wat er leeft bij de verpleegkundigen zelf, door aandacht te besteden aan hun persoonlijke ervaringen over de benutting van hun competenties en de gevolgen hiervan voor hun loopbaan. Daarbij zal aandacht zijn voor de relatie met de werkomgeving, aangezien uit de literatuur blijkt dat de omgeving waarin een medewerker werkt van invloed is op hun competentiebenutting en werkprestaties (Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens, 1999; Kristof-Brown, Zimmerman & Johnson, 2005; Boxall & Purcell, 2011)

1.3 Probleemstelling

Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen van de hbo verpleegkundigen over de benutting van hun competenties en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen.

De onderzoeksvraag die centraal staat in dit onderzoek, luidt als volgt:

“Hoe ervaren hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties in het TweeSteden ziekenhuis en wat betekent dit voor de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van hun loopbaan ?”

Deze vraag zal worden onderzocht bij hbo verpleegkundigen die werkzaam zijn in het TweeSteden ziekenhuis te Tilburg. Het betreft hier een algemeen ziekenhuis, dat beter inzicht wil over de manier waarop hun hbo verpleegkundigen momenteel hun competenties tot uiting kunnen brengen. Deze uitkomsten kunnen onder andere helpen bij het implementeren van de functiedifferentiatie die er binnenkort aan zit te komen. Ook in dit ziekenhuis ligt de verhouding tussen mbo en hbo verpleegkundigen momenteel op 20% hbo en 80% mbo verpleegkundigen, net zoals landelijk gezien het geval is. Het ziekenhuis heeft als doelstelling meer hbo'ers in dienst te willen nemen, om zo gehoor te geven aan de complexere zorgvraag. Een evenredige verhouding van 50% mbo en 50% hbo verpleegkundigen lijkt hen een mooi streven.

Om te exploreren hoe de hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis, de huidige benutting van hun competenties ervaren, zal gebruik worden gemaakt van verschillende deelvragen:

- Hoe ervaren hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties in het TweeSteden ziekenhuis?

- Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de benutting van hun competenties?
- Wat voor verwachtingen hebben de hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis over hun loopbaan?
- Op welke manier speelt de benutting van hun competenties een rol bij de verwachtingen die deze hbo verpleegkundigen hebben over hun loopbaan?

1.4 Relevantie

De motivatie voor het uitvoeren van dit onderzoek om antwoord te krijgen op bovenstaande onderzoeksvraag, komt voort uit de relevantie voor zowel de maatschappij als de wetenschap, welke hieronder worden toegelicht.

1.4.1 Maatschappelijke relevantie

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de gehele zorgsector, zoals de aanbieders van de opleidingen in de zorg, maar daarnaast ook voor de studenten verpleegkunde, huidige verpleegkundigen, ziekenhuizen en overige zorginstellingen. Verwacht wordt dat door de complexere vraag naar zorg er in het ziekenhuis een groter beroep moet worden gedaan op de competenties hbo verpleegkundigen. Meer inzicht in de ervaringen van deze verpleegkundigen over de huidige benutting van hun competenties en het beeld dat zij hebben over hun loopbaan in de zorg is daarom relevant voor de toekomst van de zorg in Nederland. Vanwege de vergrijzing in Nederland en daarnaast ook door de steeds verder toenemende levensverwachting, wordt de druk op het personeel in de gezondheidszorg verhoogd. Dit heeft als oorzaak dat het aanbod van verpleegkundigen niet net zo hard groeit als de toename in de vraag naar zorg (Chan, 2008). Verwacht wordt dat er vanaf 2025 een tekort zal zijn van maar liefst 450.000 zorgmedewerkers. Met name hbo verpleegkundigen wordt een gebrek verwacht (Veer et al., 2010). Een tekort aan verpleegkundigen heeft gevolgen voor de volksgezondheid en daarmee direct invloed op te maatschappij. Deze ontwikkeling maakt het relevant om een duidelijk beeld te krijgen over de manier waarop de huidige hbo verpleegkundigen hun werk ervaren en hoe zij hun professionele toekomst in de zorg voor zich zien. Als blijkt dat zij niet genoeg uitgedaagd worden en daarom geneigd zijn over te stappen naar ander soort werk of bijvoorbeeld een management functie, kunnen ziekenhuizen hier op inspelen door meer uitdaging en verdieping aan te bieden. Daarnaast kan een beter inzicht over deze benutting helpen bij het opstellen van de nieuwe functieprofielen die met ingang van 2020 ingevoerd gaan worden in het ziekenhuis.

1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

Huidige wetenschappelijke onderzoeken over de competenties van verpleegkundigen richten zich met name op de gevolgen van de benutting voor de organisaties, maar besteden hierbij geen aandacht aan de manier waarop verpleegkundigen dit zelf ervaren.

Daarnaast zijn deze onderzoeken vooral gericht op de manier waarop organisaties nieuwe competentieprofielen het best kunnen implementeren, waarbij slechts aandacht is voor de feitelijk omschreven functieprofielen en niet voor de ideeën die de medewerkers hierover hebben (Berg, 2005; Dam et al., 2004; Kenbeek & Rademakers, 2006; Beckers & Nijhuis, 2005). De bijdrage van dit wetenschappelijk onderzoek is dat er juist aandacht is voor de persoonlijke ervaringen van de hbo verpleegkundigen in de praktijk. Uit eerder onderzoek blijkt dat het creëren van draagvlak op de werkvloer bij dergelijke veranderingen, de meeste tijd en energie vraagt (Meijer et al., 2007). Hiervoor is het belangrijk om eerst te kijken wat er precies speelt op de werkvloer, om er zo achter te komen hoe deze benutting leeft bij de verpleegkundigen zelf.

Daarnaast is het merendeel van de HR-studies over competenties in de zorgsector verricht in de Verenigde Staten, waar een compleet ander systeem wordt gehanteerd in vergelijking met Nederland (Boselie, 2010). In de Verenigde Staten wordt geen onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen op mbo niveau en hbo niveau en worden er andere competenties gevraagd. Bovendien wordt er in Verenigde Staten, in tegenstelling tot Nederland, geen groot tekort verwacht aan verpleegkundigen. Hierdoor is het lastig om deze onderzoeken in Nederlandse context te plaatsen (Hysong et al., 2007; Lofmark, Smide en Wikblad (2006). Dit geeft aanleiding om het onderzoek uit te voeren in een Nederlands ziekenhuis.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk twee van het onderzoek wordt een theoretisch kader geschetst, welke een basis vormt voor het onderzoek. Deze theoretische uiteenzetting is een weergave van wat er in de wetenschappelijke literatuur over de benutting van competenties, mogelijk verklarende factoren en andere gerelateerde onderwerpen is geschreven. Vervolgens wordt de methodologische verantwoording van het onderzoek beschreven in hoofdstuk drie. Dit dient als een verantwoording voor de gemaakte keuzes omtrent de gehanteerde methoden en technieken om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen. Daarna worden in hoofdstuk vier de onderzoeksresultaten weergegeven, waarbij per topic kort de resultaten worden genoemd naar aanleiding van wat de respondenten hebben verteld. Hierbij wordt gebruik gemaakt van citaten. In hoofdstuk vijf volgt aan de hand van deze resultaten de conclusie en discussie, waarbij antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. Tevens zal hier een koppeling worden gemaakt tussen de empirie en de theorie. In hoofdstuk zes komen de beperkingen van het onderzoek aan bod, welke leiden tot aanbevelingen voor eventueel wetenschappelijk vervolgonderzoek. Tot slot wordt er afgesloten met een aantal praktische aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

Dit theoretisch kader is het resultaat van een literatuuronderzoek welke dient als belangrijke basis om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Het doel van dit hoofdstuk is het beschrijven van theorieën en het verhelderen van concepten die in dit onderzoek centraal staan. Het zal handvatten bieden om inzicht te krijgen in hoeverre hbo verpleegkundigen hun competenties tot uiting kunnen brengen tijdens hun werk en wat voor gevolgen dit heeft voor de manier waarop zij hun loopbaan voor zich zien. Hiervoor zal allereerst algemeen het begrip competenties worden besproken en wordt daarnaast een onderscheid gemaakt tussen de vraag en het aanbod van competenties. Vervolgens komt aan bod hoe deze competenties door organisaties kunnen worden gemanaged en wordt het hoofdstuk afgesloten met de factoren die mogelijk een rol spelen bij de benutting.

2.1 Definiëring van competenties van hbo verpleegkundigen

Zoals eerder besproken in de inleiding worden lang niet alle geleerde competenties die hbo verpleegkundigen hebben opgedaan tijdens hun vierjarige opleiding ook werkelijk benut (Taminau & Boer, 2004). De competenties waarover verpleegkundigen beschikken, worden ook wel de aangeboden competenties genoemd. In de praktijk blijken deze echter lang niet altijd aan te sluiten bij de competenties die de zorginstelling waarvoor zij werken van hen vraagt. Alvorens in paragraaf 2.1.2 wordt ingegaan op de specifieke competenties waar hbo verpleegkundigen aan dienen te voldoen, is het belangrijk om eerst een helder beeld te schetsen van competenties in het algemeen. Er zal daarom in paragraaf 2.1.1 aandacht worden besteed aan de verschillende benaderingen van competenties, waarbij uiteenlopende omschrijvingen uit de huidige literatuur worden aangehaald.

2.1.1 Definiëring van competenties

In de literatuur worden verschillende definities gegeven aan het begrip competentie. Allereerst kan competentie in zijn algemeenheid worden gezien als een verzamelterm voor vier afzonderlijke aspecten, namelijk: het talent, de kennis, de vaardigheden en tot slot de houding van een persoon. Door te letten op deze gehele 'waaier' van competenties, kan een persoon in zijn geheel worden beoordeeld en wordt er een duidelijk beeld gevormd van wat hij of zij kan en waar deze persoon toe in staat is (Rodriguez, Patel, Bright, Gregory en Gowing, 2002). Aansluitend verdeelt ook Kralingen (2003) competenties onder in vier elementen, alleen wordt het door hem anders verwoord en voegt hij het element 'willen' eraan toe. Volgens Kralingen (2003) bestaat een competentie namelijk uit het kunnen, het willen, het weten en het zijn. Hierbij heeft het 'kunnen' betrekking op de vaardigheden, het 'weten' op de kennis van een persoon, en slaat het 'zijn' op het talent en de persoonskenmerken zoals ook door Rodriguez et al. (2002) omschreven. Tot slot beoogt Kralingen (2003) dat ook het 'willen' een belangrijk kenmerk is van competentie, waarbij het draait om de motivatie en de drijfveren van de medewerker (Kralingen, 2003; Grit, Guit & van der Sijde, 2007).

Cluitmans (2002) omschrijft competenties wat uitgebreider door er de meetbaarheid van de

prestaties, de training en de ontwikkeling van een medewerker aan toe te voegen. Zijn definitie luidt: *“Een competentie is een kluster aan verwante kennis, vaardigheden en houdingen die van invloed is op een belangrijk deel van iemands taak (een rol of verantwoordelijkheid), die samengaat met de prestatie op de taak, die kan worden gemeten en getoetst aan aanvaarde normen, en die kan worden verbeterd door middel van training en ontwikkeling”* (Cluitmans, 2002, p. 23).

Naast deze omschrijvingen voor competenties in het algemeen, wordt er door Pool (2001) een specifieke definitie gegeven voor competenties gericht op het werk. Het gaat hierbij dus niet zozeer om de algemene competenties van een persoon in het dagelijks leven, maar specifiek om de competenties van een werkend persoon. Volgens Pool (2001) kunnen deze zogenaamde beroepscompetenties gezien worden als: *“het vermogen en de wil van een persoon om effectief gedrag in een werksituatie te tonen”*. Net zoals Rodriguez et al. (2002), maakt hij dus een onderscheid tussen afzonderlijke aspecten. Het draait volgens Pool (2001) bij beroepscompetenties om de vijf volgende elementen: motieven, persoonlijke kenmerken, zelfbegrip, kennis en vaardigheden.

Kortom: wanneer we de verschillende definities naast elkaar leggen, zien we dat het bij competenties gaat om de kennis en vaardigheden waarover een persoon beschikt en de mate waarin die persoon bereid is om deze tot uiting te brengen.

2.1.2 Competenties van hbo verpleegkundigen

Leistra et al. (1999) gaan nog een stapje verder bij het omschrijven van competenties, door zich in het bijzonder te richten op het beroepsprofiel van een verpleegkundige. In de context van het werk dat verpleegkundigen doen, stellen zij dat competenties ook wel gezien kunnen worden als een synoniem voor bekwaamheid. Een verpleegkundige moet namelijk in staat zijn om steeds weer, bij elke patiënt en elke situatie, opnieuw een juiste inschatting te maken over de te verrichten zorg. In *Het Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, worden competenties door Leistra et al. (1999) omschreven als *“een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie. Competenties zijn contextueel. Een competentie is afhankelijk van een juiste inschatting en beoordeling van situaties om kennis en vaardigheden op het goede moment en op een goede manier te hanteren. Competentie kan ook wel gezien worden als de bekwaamheid van een medewerker”*.

Er worden in de literatuur dus uiteenlopende definities gegeven voor competenties. De omschrijving zoals gegeven wordt door Leistra et al. (1999) zal gebruikt worden als het uitgangspunt voor competenties in dit onderzoek, doordat deze zich specifiek richt op de context waarin verpleegkundigen werkzaam zijn. Tegelijkertijd is het een breed omschreven definitie doordat competenties worden gezien als een samenstel van kennis en vaardigheden, wat goed past bij het exploratieve karakter van het onderzoek.

Nu aan bod is gekomen wat in de literatuur precies wordt verstaan onder competenties en meerdere definities tegen elkaar uiteengezet zijn, zal er specifiek aandacht worden besteed aan de competenties van hbo verpleegkundigen. Deze competenties staan centraal in dit onderzoek en zullen daarom uitgebreid worden toegelicht.

De beroepscompetenties van hbo opgeleide bachelor verpleegkundigen worden omschreven als een rolvulling binnen een bepaald domein. Dat domein kan de zorg zelf zijn, de organisatie van de zorg of heeft betrekking op het beroep (Haarhuis, 2005). Dit sluit goed aan bij de omschrijving van competenties door Leistra et al. (1999). Volgens hen moeten competenties in de context van het werk worden bestudeerd, waarbij hier van een zogenaamd domein wordt gesproken. Dit domein sluit daarmee aan bij de context waarin de competenties worden gezien. Onderstaand figuur geeft een duidelijk overzicht van de twaalf competenties waaraan de huidige hbo verpleegkundigen dienen te voldoen, met hierbij de vijf verschillende rollen die zij tijdens het uitoefenen van hun beroep aannemen. Dit is de rol van: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar (Haarhuis, 2005). Deze vijf verschillende rollen omvatten de twaalf onderstaande competenties, waarbij iedere rol 2 of 3 competenties kent.

Rollen, domeinen en competenties HBO-verpleegkundigen (niveau 5)			
Rol	Domein	Domeinspecificatie	Competentie
Zorgverlener	Zorg	<ul style="list-style-type: none"> • zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden • individuele en collectieve preventie • GVO 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verlenen van zorg. 2. Ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van preventieve activiteiten. 3. Op basis van een programmatisch aanpak uitvoeren van GVO-activiteiten.
Regisseur	Zorg	<ul style="list-style-type: none"> • zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden • individuele en collectieve preventie en GVO 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Coördinatie van zorg. 5. Coördinatie van preventie en voorlichtingsactiviteiten.
Ontwerper	Organisatie van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprogrammering • Verpleegbeleid • Kwaliteitszorg 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ontwikkeling zorgprogramma's. 7. Een bijdrage leveren aan verpleegbeleid. 8. Het ontwerpen van kwaliteitszorg.
Coach	Organisatie van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprogrammering en verpleegbeleid • Werkbegeleiding 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Coaching van collega's bij het uitvoeren van verpleegbeleid en zorgprogramma's. 10. Werkbegeleiding.
Beroeps-beoefenaar	Beroep	<ul style="list-style-type: none"> • Beroepsinnovatie • Deskundigheidsbevordering 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Innovatie van het verpleegkundige beroep. 12. deskundigheidsbevordering.

Figuur 2: *Overzicht domeinen, domeinspecificaties, rollen en competenties van bachelor verpleegkundigen (Pool et al., 2001; Schippers, 2011)*

De vijf rollen en de twaalf bijbehorende competenties van bachelor (hbo) verpleegkundigen, zijn:

Rol van zorgverlener: Deze rol vormt de basis voor de rest van de rollen die de verpleegkundige dient te vervullen. De verpleegkundige dient hierbij op een professionele manier vorm en inhoud te geven aan de vier elementen van zorg, namelijk; zorg voor, zorg om, zorg geven en zorg ontvangen. In de praktijk betekent dit dat de hbo verpleegkundige aan de volgende competenties moet kunnen voldoen:

- Kunnen werken volgens de professionele standaarden, protocollen en normen.
- Het tegemoet komen aan de vragen en de behoeften van de cliënt.
- Kunnen omgaan met de spanning die kan ontstaan tussen de twee eisen die gesteld worden.
- Overstijgend kunnen werken door problemen in de zorg te signaleren en deze aan te pakken, GVO activiteiten uitvoeren (Haarhuis, 2005; Pool, 2007).

Rol van regisseur: Hierbij wordt van de verpleegkundige verwacht dat hij of zij de verantwoordelijkheid neemt voor de verdere zorg die geregeld dient te worden voor de patiënt. Zo dient de verpleegkundige naast het behalen van de gestelde doelen, dit ook binnen een bepaalde tijd te realiseren en daarnaast een goede planmatige aanpak te maken van de zorgactiviteiten en deze in goed onderling overleg op elkaar af te stemmen. Hierbij draait het om het geven van aanwijzingen en voorlichting over de wijze waarop de zorgactiviteiten door de andere verpleegkundigen en verzorgenden uitgevoerd moeten worden. Dit ten behoeve van de cliënt of groep cliënten en de inhoud van deze activiteiten. Er wordt van de verpleegkundige verwacht de verpleegkundige vraagstukken in complexe situaties op te kunnen lossen (Haarhuis, 2005; Pool, 2007).

Rol van ontwerper: Bij deze rol gaat het om de kritische kijk van de verpleegkundige op de kwaliteit van de zorg. Er wordt van de verpleegkundige verwacht dat hij of zij kritisch naar de afdeling kijkt en meedenkt over verbeteringen op uiteenlopende vlakken. De verpleegkundige wordt gevraagd om de alledaagse activiteiten van het primaire zorgproces te overstijgen en net een stap verder te gaan. Hierbij hoort onder andere het actief mee denken over beleid op de afdeling om het zorgproces te verbeteren, zodat de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk aangeboden wordt (Haarhuis, 2005; Pool, 2007).

Rol van coach: Ook bij deze rol wordt een kritische kijk van de verpleegkundige verwacht, maar dan vooral naar de collega's en de manier waarop zij hun werk uitvoeren en of dit bijvoorbeeld wel efficiënt en patiëntvriendelijk gebeurt. Het geven van opbouwende feedback staat hierbij centraal. Daarnaast wordt van de verpleegkundige gevraagd collega's te stimuleren en motiveren. Het geven van instructies en tips behoort ook tot de taak van verpleegkundige als coach, evenals het geven van werkbegeleiding aan studenten verpleegkunde (Haarhuis, 2005; Pool, 2007).

Rol van beroepsbeoefenaar: Als beroepsbeoefenaar ben je lid van een beroepsgroep voor verpleegkundigen, wat bepaalde verplichtingen met zich mee brengt. Zo dient de verpleegkundige zich allereerst te houden aan zowel de beroepscode als ethische codes. In deze rol gaat het om de beroepsuitoefening van het verpleegkundig vak. Daarnaast wordt van de verpleegkundige verwacht dat deze de actualiteiten bijhoudt die betrekking hebben op de werkzaamheden. Hierbij kan het gaan om bijvoorbeeld innovatieve ontwikkelingen op het gebied van technologie en kennis. Het is belangrijk dat de hbo verpleegkundige de wil heeft om aan een continue kwaliteitsverhoging van het beroep te blijven werken. Dit door zich bijvoorbeeld te verdiepen in vakliteratuur, beleidszaken en wetenschappelijk onderzoek (Haarhuis, 2005; Pool, 2007).

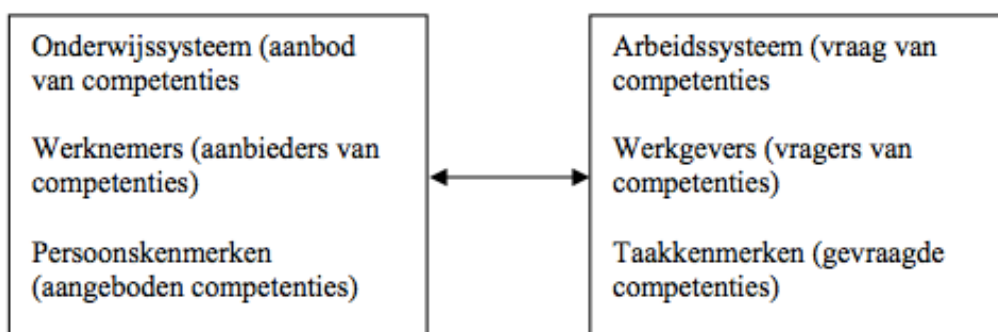
De twaalf bachelor competenties zijn geïntegreerd in de bovenstaande vijf rollen (Pool, 2007). Om het beroep van verpleegkundige uit te kunnen oefenen, dient de hbo verpleegkundige in staat te zijn deze alle vijf te kunnen vervullen. De inhoud van deze rollen heeft betrekking op de drie verschillende domeinen: de zorg, de organisatie van de zorg en het beroep. Hierbij worden de eerste twee rollen van zorgverlener en regisseur uitgevoerd ten behoeve van het primaire proces van de zorgverlening, waarmee het eerste domein zorg wordt bedoeld. De derde rol als coach en de vierde rol als ontwerper richten zich op het secundaire proces van de zorgverlening, welke betrekking heeft op het domein: organisatie van de zorg. Tot slot valt de vijfde en daarmee de laatste rol van beroepsbeoefenaar binnen het domein beroep (Pool et al., 2001).

2.2 Benutting van competenties

Voor het benutten van competenties is het belangrijk dat vraag en aanbod op elkaar worden afgestemd. Het is hiervoor van belang om bewust te zijn van het onderscheid tussen de aanbodzijde en vraagzijde die competenties kennen. Hierbij kan de medewerker worden beschouwd als de aanbieder van competenties en de werkgever als de vrager. Deze competenties worden gevraagd door de werkgever omdat ze van bepaalde waarde kunnen zijn voor de organisatie en ze een gewenste productie op kunnen leveren, maar dienen daarvoor tegelijkertijd wel aangeboden te worden door de medewerker. Toolsema (2003) maakt hierbij een onderscheid tussen taak en persoon, welke beiden essentieel zijn om een competentie te benutten. Medewerkers (persoon) kunnen namelijk wel over bepaalde competenties beschikken, maar uiteindelijk is de inhoud van het werk (taak) bepalend of deze competenties ook werkelijk tot uitvoering kunnen worden gebracht.

Volgens Toolsema (2003) is het belangrijk om competenties vanuit deze twee kanten te benaderen. Aan de ene kant zijn er de competenties zoals de medewerker deze aanbiedt, welke beschouwd kunnen worden als een kenmerk van deze persoon als individu, maar ook als het kenmerk van het werk dat hij of zij doet (taak). De vraag die hierbij gesteld kan worden is of competenties eerder gezien moeten worden als een persoonskenmerk of een als kenmerk van de arbeidstaak. Toolsema (2003) stelt hierbij dat een medewerker als

persoon beschikt over bepaalde persoonlijke competenties, waardoor hij of zij in staat is om te kunnen handelen en dat vervolgens dit handelen weer voortkomt uit de gevraagde arbeidstaken. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat competenties in beginsel gezien kunnen worden als een persoonskenmerk van de medewerker, maar dat deze pas betekenis krijgt op het moment dat deze ook van hen gevraagd worden en dus kan worden benut. Benutting van competenties is dus van groot belang, aangezien competenties die een medewerker aanbiedt anders geen betekenis hebben. Deze wisselwerking tussen vraag (persoon) en aanbod (taak) van competenties wordt middels figuur 3 nog eens duidelijk weergegeven.



Figuur 3: *Competenties in vraag en aanbod* (Toolsema, 2003)

Ellström (1998) gaat nog een stap verder bij het maken van een onderscheid tussen de vraag en aanbod in competenties, door ook een formele en feitelijke kant te onderscheiden. Bij de formele kant aan de vraagzijde naar competenties, vanuit de werkgever, gaat het om de competenties die een functie vereist om deze goed te kunnen vervullen. Deze zijn vaak formeel vastgelegd in een functieprofiel of functie-eis. Ellström (1998) noemt dit de officieel vereiste competentie. In de context van het onderzoek gaat het hier om bijvoorbeeld een verpleegkundige opleiding en een BIG registratie. In een ideale situatie zouden deze een afspiegeling zijn van wat er in de praktijk ook werkelijk nodig is om de functie met succes uit te vervullen. Dat wat werkelijk nodig is, wordt door Toolsema (2003) de werkelijke vereiste competentie genoemd. Deze vormt samen met de formeel vereiste competentie de vraag van competenties. (Toolsema, 2003).

Ook bij deze aanbodzijde is er sprake van een zogenaamde tweesprong tussen formele en feitelijke competenties. Bij het aanbod van feitelijke competenties, gaat het om de competenties die de medewerker heeft verworven door het volgen van opleidingen en cursussen, zoals verpleegkundigen die hbo opleidingen hebben gevolgd. Naast de formele competenties die tijdens de studie zijn verkregen, kent de aanbodzijde ook feitelijke competenties. Hiermee worden de competenties bedoeld waar de medewerker handelings- en psychologisch gezien ook werkelijk toe in staat is (Ellström, 1998). Hiermee wil Ellström (1998) aangeven dat een medewerker weliswaar formeel gezien, door in het bezit te zijn van diploma's, over bepaalde competenties lijkt te beschikken, maar dat hij of zij niet altijd in staat is om deze ook tot uiting te brengen.

De uiteindelijke handeling van de medewerker wordt de gebruikte competentie genoemd en

is het resultaat van een interactie tussen de zojuist vier besproken competenties. Nogmaals opgesomd zijn dat:

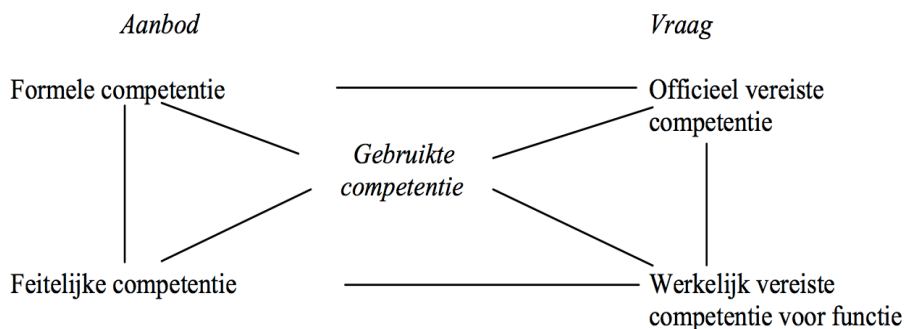
Formele competenties: deze verwijzen naar de kwalificaties die je hebt behaald tijdens het onderwijs dat je hebt gevolgd.

Feitelijke competentie: hiermee wordt de potentiële capaciteit van een medewerker bedoeld om in bepaalde situaties bepaalde taken tot uitvoering te kunnen brengen.

Officiële vereisten: datgene dat formeel vereist is voor een bepaald beroep of bepaalde taak (voor een hbo verpleegkundige is dat een bachelor diploma en een registratie in het BIG registratie).

Werkelijk vereisten: datgene dat werkelijk in de praktijk vereist is om een bepaald beroep of taak uit te kunnen oefenen.

Onderstaand figuur, gebruikt door (Ellström, 1998), geeft deze typen competenties nog eens grafisch weer, waarbij het onderscheid tussen de aanbod en vraagzijde duidelijk te zien is.



Figuur 4: Soorten competenties (Ellström, 1998)

De gebruikte competentie in het midden van bovenstaand figuur is een combinatie van deze vier competenties (de formele, feitelijke, officieel vereiste en de werkelijk vereiste). Deze gebruikte competentie wordt ook wel de benutte competentie genoemd en vormt een centraal concept in dit onderzoek.

We hebben nu gezien dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen de vraag en aanbodzijde van competenties. Als vraag en aanbod op elkaar aansluiten, kan worden gesproken van een benutting van competenties. In de volgende paragraaf wordt besproken op welke wijze organisaties er voor kunnen zorgen dat vraag en aanbod op elkaar worden afgestemd en hoe zij de competenties van hun medewerkers goed kunnen managen.

2.3 Het managen van competenties met behulp van HR

Om het zojuist besproken aanbod van competenties door het personeel te benutten en zo kapitaalvernietiging te voorkomen, wordt er door organisaties gebruik gemaakt van Human Resource Management (HRM). Sinds deze opkomst van HRM in de jaren '80 is er steeds meer aandacht voor de medewerkers en daarmee voor de ontwikkeling van hun competenties (Boselie, 2002). Het algemene doel van HRM is dan ook om het menselijk kapitaal binnen een organisatie zo optimaal mogelijk in te zetten. Dit deel van het theoretisch kader zal de context omschrijven van de verschillende manieren waarop

competenties zoal gemanaged kunnen worden.

Het benutten van competenties is niet alleen een taak van het individu, maar ook zeker een verantwoordelijkheid van een organisatie, zoals in het geval van dit onderzoek het ziekenhuis. Door gebruik te maken van het menselijk kapitaal binnen een organisatie zal zowel het individu als de organisatie beter worden. In de context van de zorg is specifiek onderzoek gedaan naar de manier waarop HRM een rol kan spelen bij het aantrekken en behouden van verpleegkundigen in ziekenhuizen (McClure, 2005).

In de jaren '80 was er in de Verenigde Staten een groot tekort aan verpleegkundigen, zoals over enkele jaren wordt verwacht in Nederland. Opvallend bij dit tekort was dat sommige ziekenhuizen er ondanks de personeelsschaarste toch in slaagden om voldoende verpleegkundigen aan te trekken en deze vervolgens ook te behouden. Deze ziekenhuizen werkten als een soort magneet op verpleegkundigen en vanwege deze aantrekkingskracht worden ze dan ook wel 'magneetziekenhuizen' genoemd.

Onderzoek laat zien dat deze magneetziekenhuizen zich vooral onderscheiden van andere ziekenhuizen doordat zij verpleegkundigen de werkomgeving bieden die zij nodig hebben om hun competenties en daarmee hun expertise optimaal te benutten om zo excellente zorg te kunnen verlenen (McClure, 2005). Dit leidt tot betere uitkomsten voor zowel patiënten (betere veiligheid en kwaliteit van de zorg) als voor verpleegkundigen (hoge arbeidstevredenheid).

Dit Amerikaanse magneetconcept werd in 2012 verder onderzocht door beroepsvereniging voor zorgprofessionals (V&VN) en daarnaast door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Hieruit kwam naar voren dat: *'excellente zorg wordt geboden door de verpleegkundigen en verzorgenden die met overgave en volgens de laatste stand van de wetenschap hun werk doen'* (Projectgroep V&VN, 2012: 29). Het onderzoek bevestigde nogmaals dat wanneer alle kennis en passie van de verpleegkundigen tot uiting kan komen tijdens het werk dat zij doen, het ziekteverzuim en het verloop van zorg- professionals laag zal liggen (Projectgroep V&VN, 2012; Website V&VN). De volgende acht punten worden hierbij door verpleegkundigen als belangrijkste voorwaarden gezien om deze excellente zorg te kunnen verlenen:

1. Werken met vakbekwame collega's;
2. Goede werkrelatie met de artsen;
3. Autonomie;
4. Support van de direct leidinggevende;
5. Zeggenschap over de beroepsuitoefening;
6. Mogelijkheden voor leren en ontwikkeling;
7. Voldoende personeel;
8. Een patiëntgerichte zorgcultuur.

Deze acht voorwaarden kunnen in relatie worden gebracht met het onderwerp van het onderzoek: de benutting van de competenties. Zo heeft bijvoorbeeld de mate van

autonomie en de relatie met de leidinggevende invloed op de manier waarop de verpleegkundige de ruimte krijgt om zijn of haar competenties te benutten. Ook de mogelijkheden die een organisatie biedt om te blijven leren en ontwikkelen binnen het werk, wordt door verpleegkundigen gezien als een belangrijke voorwaarde om te blijven werken in de zorgsector (Projectgroep V&V 2020, 2012).

Daarnaast onderscheiden deze magneetziekenhuizen zich op het gebied van HR met name door juist te investeren in de ontwikkeling van hun medewerkers, waar vele andere ziekenhuizen hier in de eerste plaats op lijken te bezuinigen door bijvoorbeeld minder geld te steken in trainingen en cursussen. De magneetziekenhuizen investeren hier wel in en daarmee ook in de ontwikkeling van hun medewerkers. Volgens een HR manager van zo'n magneetziekenhuis leidt dit uiteindelijk juist tot lagere kosten, vanwege het lagere verloop (Aiken, Havens & Sloane, 2000).

In magneetziekenhuizen blijkt de arbeidstevredenheid bij verpleegkundigen hoger te zijn, worden er daarnaast weinig problemen ervaren bij de werving en is er sprake van lage verloopcijfers. Daarnaast scoren deze ziekenhuizen ook significant beter op het gebied van kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Deze ziekenhuizen illustreren hiermee goed hoe de inzet van HRM kan helpen om de competenties van medewerkers te benutten en hen hiermee te behouden bij de organisatie (Projectgroep V&V 2020, 2012). Hiervoor kunnen onder andere HR-instrumenten worden gebruikt als competentie management of talentmanagement (Buckingham & Clifton, 2001). Deze twee verschillende visies op het management van competenties dienen beide als HR-instrumenten en stellen dat een organisatie hun menselijk kapitaal in dient te zetten om hun concurrentiepositie te versterken (Thunnissen, Boselie & Fruytier, 2013). Competentiemanagement en talentmanagement kennen veel overeenkomsten, maar er is wel degelijk sprake van een aantal cruciale verschillen. Beide benaderingen hanteren namelijk een andere aanpak wanneer het gaat om de benutting van de competenties waarover de medewerkers beschikken.

Het beginpunt bij competentie management is de organisatie zelf: de visie, de missie en de strategie. Deze worden vervolgens vertaald naar een bepaald profiel van competenties die worden gezocht binnen de organisatie. Dit competentieprofiel dient daarbij als het ware als basis voor het toepassen van allerlei HR-toepassingen (Thunnissen et al., 2013). Vanuit dit competentieprofiel wordt vervolgens gezocht naar medewerkers die aan dit profiel voldoen. Vandaar dat competentie management ook wel het organisatieperspectief wordt genoemd. Bij talentmanagement wordt op een tegengestelde manier naar medewerkers gezocht, namelijk van buiten naar binnen. Hier wordt juist vanuit interesses en de competenties van de medewerkers naar passende functies binnen een organisatie gezocht. Talentmanagement wordt daarom ook wel het medewerkersperspectief genoemd. Er wordt immers gekeken vanuit dat wat er beschikbaar is, in plaats van wat er nodig is.

In het geval van competentie management kijkt de organisatie naar het niveau dat de medewerkers op een bepaald moment hebben, waarbij het doel is om dat niveau

uiteindelijk naar een bepaalde hoogte te brengen. Er wordt hier in beginsel uitgegaan van de zwaktes en de tekortkomingen van medewerkers, waarbij men kijkt waar eventueel ruimte is voor verbetering. Dit om de medewerker uiteindelijk breder inzetbaar te maken binnen de organisatie (Steijger en Steijger, 2010; Dewulf, van Meeuwen en Tjepkema, 2010).

Echter, volgens Buckingham en Clifton (2001) is het veel effectiever wanneer een manager er voor kiest om juist de nadruk te leggen op de sterke punten van de medewerkers. Zij omschrijven in hun onderzoek de sterke punten van een medewerker als een combinatie van zowel talent, kennis en vaardigheden (Buckingham & Clifton, 2001). Wanneer een manager de focus legt op deze sterke kanten van de medewerker, kan er gesproken worden van talentmanagement.

Een goed voorbeeld van talentmanagement en competentie management in de praktijk wordt omschreven in het onderzoek van Hysong, Best en Moore (2007) dat werd verricht bij zes verschillende zorgcentra in Amerika. Zij onderzochten wat de gevolgen zijn van het ondervragen van competenties waarover zorgpersoneel beschikt. Om meer inzicht te krijgen over deze benutting werden zowel interviews als enquêtes afgenomen. Het onderzoek liet zien dat het werk in de zorg in de praktijk vaak wordt uitgevoerd door simpelweg degene die hiervoor op dat moment beschikbaar is en dus niet zozeer door degene die over de beste competenties beschikt om dat werk te doen. Dit sluit het best aan bij de competentie management benadering, waarbij wordt gekeken of iemand aan de competenties voldoet en of deze persoon wel of niet in staat is een bepaalde handeling uit te voeren. Echter, Hysong, et al. (2007) beweren dat het beter zou zijn wanneer een groot deel van de taken in de zorgsector uitgevoerd zouden worden door lager opgeleid personeel. In Nederlandse context zou dit betekenen dat veel taken die nu gedaan worden door hbo verpleegkundigen, overgenomen zouden kunnen worden door een verpleegkundige op mbo niveau. Hierbij kan gedacht worden aan het wassen en verzorgen van de patiënten. Dit heeft volgens Hysong et al. (2007) als voordeel dat de hoger opgeleiden hierdoor de ruimte krijgen om taken uit te voeren die hen meer uitdaging bieden. Hierdoor kunnen zij hun kennis tot beter tot uiting brengen, waarbij het in het geval van hbo verpleegkundigen bijvoorbeeld kan gaan om het meedenken over nieuwe protocollen op de afdeling. Door juist te kijken waar de krachten zitten van zowel de mbo als de hbo verpleegkundigen kan er worden gesproken van talentmanagement. Wanneer de hoger opgeleiden deze uitdaging echter niet terugvinden in hun werk, zal dit leiden tot een daling van de arbeidstevredenheid en hiermee tot een stijging van het verloop onder hoger opgeleide verpleegkundigen (Hysong et al. 2007). Dit onderzoek geeft duidelijk weer hoe competentie management en talentmanagement kunnen worden onderscheiden van elkaar in de context van het werk in de zorgsector.

Wat echter een gevaar is bij talentmanagement is dat het kan leiden tot het blind staren op enkel de sterke punten van de medewerker en dat er veel aandacht gaat naar de getalenteerde 'high potential', waardoor de tekorten van deze medewerker uit het oog worden verloren (Garrow & Hirsh, 2008; Van Woerkom et al. 2011 ; Bossuyt & Dries 2008).

Bij beide benaderingen vervult de manager een belangrijke rol en heeft hij of zij de taak om er voor te zorgen dat er sprake is van een motiverende werkomgeving, waarin de medewerkers zijn of haar competenties kan benutten. Met name de lijnmanager, aangezien deze direct in contact staat met medewerkers op de werkvloer. In de context van het ziekenhuis betreft het hier vaak de teamleider of organisatorisch manager van de afdeling. Zo heeft deze teamleider als taak om talenten van de medewerker te ontdekken en vervolgens mogelijkheden te creëren om deze te benutten en daarnaast feedback en ondersteuning te bieden (Garrow & Hirsh 2008). Van der Sluis (2008) stelt dat het leggen van de focus op de competenties die aanwezig zijn bij de medewerkers bij talentmanagement, veel voordelen op kan leveren. Zo leidt het volgens hem tot een betere motivatie en zal er daarnaast sprake zijn van een lager verloop. Waar de centrale vraag bij competentie management is: 'wat kan je?' staat bij talentmanagement de vraag: 'wat drijft je en waar ligt je passie?' centraal (Henderickx, Janvier, Van Beirendonck en Humblet, 2010). Human Resource Management kan zo dus onder andere worden ingezet om de zogenaamde kloof tussen de aanwezige competenties en werkelijk benutte competenties zo klein mogelijk te maken (Nordhaug & Gronhaug, 1994). De literatuur laat zien dat de werkomgeving hier een belangrijke rol in speelt (McClure, 2005). Hier zal in paragraaf 2.4 verder op in worden gegaan.

2.4 Mogelijk verklarende factoren competentie benutting

Er zijn enkele factoren die kunnen dienen als verklaring voor de mate waarin deze competenties ook daadwerkelijk benut worden. Deze mogelijke verklaringen zullen vanuit verschillende invalshoeken worden toegelicht en daarmee als richtlijn dienen tijdens de interviews. Eerdere onderzoeken die zijn gericht op benutting van competenties kijken met name naar de individuele factoren die hier op van invloed zijn (Toolsema, 2003). Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld de levensfase van de medewerker en persoonlijke kenmerken zoals leeftijd en de gezinssituatie. Echter, ook omgevingsfactoren kunnen van grote invloed kunnen zijn op de competentie benutting van verpleegkundigen. Dit onderzoek zal daarom de nadruk leggen op de omgevingsfactoren. Een van de eerste concepten dat mogelijk een verklaring biedt voor de mate waarin hbo verpleegkundigen hun competenties kunnen benutten is de 'Person-Environment fit'. Het gaat hierbij om de match die de verpleegkundige ervaart met zowel de baan, het team als de leidinggevende en de organisatie. Daarnaast wordt het AMO model benoemd als mogelijk verklarende factor, waarbij ook wordt gekeken naar de omgeving waarin de verpleegkundige werkzaam is.

2.4.1 'Person- Environment' fit

Bij de 'Person-Environment fit' draait het om de verenigbaarheid en de interactie tussen enerzijds de kenmerken van de medewerker en anderzijds de kenmerken van de werkomgeving waarin de medewerker actief is. De 'P-E fit' die een persoon heeft op zijn werk, sluit goed aan bij dit onderzoek. Een verpleegkundige kan namelijk formeel gezien wel aan alle competenties voldoen, maar deze moeten ook in de praktijk worden uitgevoerd en

daarbij is de omgeving bepalend. Een vorm van fit op het werk speelt een belangrijke rol in de omstandigheden die er voor te zorgen dat deze competenties werkelijk tot uiting kunnen worden gebracht. Bij deze fit wordt er als het ware gekeken naar de context waarin de verpleegkundige zijn of haar beroep uitvoert. Kijkend naar het individu en het werk dat hij of zij doet, kunnen vier vormen van 'P-E' fit worden onderscheiden, namelijk: de person-job fit, person-organization fit, person-supervisor fit en tot slot de person-group fit.

Het draait bij de PE-fit dus om de match tussen de persoon en de werkomgeving. Wanneer er sprake is van een zogenaamde match tussen deze twee, kan er gesproken worden van een fit. Hier kan zowel de medewerker als de organisatie profijt van hebben, aangezien het een positieve uitwerking heeft op de productiviteit en positieve gevolgen kent voor de attitude van de medewerker (Kristof-Brown et al., 2005 ; Schneider, 1987). Deze theorie vormt samen met de theorie over competenties een belangrijke basis voor het onderzoek, omdat er naast de competenties waarover de verpleegkundige beschikt, ook gekeken dient te worden naar de context waarin de hbo verpleegkundige zijn of haar beroep uitoefent. De omgeving waarin de verpleegkundige werkt, is bepalend voor de manier waarop hij of zij de ruimte ervaart om competenties tot uiting te brengen. Hierbij kun je denken aan het nemen van initiatief voor een nieuw protocol op de afdeling. De mate waarin iemand de ruimte ervaart om dergelijke competenties tot uiting te brengen, wordt bepaald door bijvoorbeeld het soort organisatie, de relatie met de leidinggevende of collega's.

Person-job fit

Het fenomeen van person-job fit kan worden omschreven als *"de congruentie tussen de kennis, vaardigheden en bekwaamheden van een persoon en de eisen van de baan, of de behoeften van de persoon en hoe de baan daarin voorziet"* (Edwards, 1991). Later werd de definitie door Kristof-Brown et al. (2005) aangescherpt en concreter geformuleerd, namelijk: *"the relationship between a person's characteristics and those of the job or tasks that are performed at work"* (Kristof-Brown et al., 2005, p. 284). De zojuist besproken competenties van de medewerker in paragraaf 2.1 worden hiermee als het ware gekoppeld aan de inhoud van het werk dat zij doen, waardoor deze twee samen komen.

Onderzoek van Chapman et al. (2005) laat zien dat de person-job fit positief samen hangt met de mate waarin een medewerker zich aangetrokken voelt tot een baan en tevreden is over zijn werk. Er moet aan twee voorwaarden worden voldaan om te kunnen spreken van een person-job fit. Allereerst dient de mate waarin de kennis, vaardigheden en mogelijkheden die de baan vereist overeen te komen met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden van een persoon. In dit geval is er sprake een demands-abilities fit (D-A fit). Daarnaast dient ook de inhoud van de baan overeen te komen met de vooraf gestelde voorkeuren en wensen van de medewerker. Deze tweede vorm van fit wordt de needs-supplies fit (N-S fit) genoemd, waarbij de mate waarin de karakteristieken van het werk en de bijbehorende beloningen overeenkomen met de behoeften en voorkeuren van een medewerker (Resick et al. 2007). Zodra aan deze beide vormen van fit (D-A en N-S fit) wordt

voldaan, is er sprake van een match tussen person en job, waarbij de waarden van de persoon en de baan met elkaar overeenkomen (Kristof-Brown et al., 2005; Resick et al. 2007).

Deze person-job fit blijkt een doorslaggevende factor te zijn voor medewerkers om werkzaam te blijven bij een organisatie (Kristof-Brown et al., 2005). In het geval van hbo verpleegkundigen werkzaam bij het TweeSteden Ziekenhuis zal het hierbij onder andere gaan over de mate waarin de gevraagde competenties van de organisatie overeenkomen met de competenties die zij aanbieden.

Person-organization fit

Wil er sprake zijn van een person-organization fit, dienen de individuele kenmerken en waarden van een medewerker te matchen met de kenmerken en waarden van de organisatie waar hij of zij werkzaam is (Goodman & Svyantek, 1999; Carless, 2005). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag of zowel de medewerker als de organisatie waarde hecht aan de ontwikkeling die de medewerker doormaakt tijdens een loopbaan.

Person-supervisor fit

De basis van de person-supervisor fit ligt in de relatie tussen de medewerker en de leidinggevende. Er kan gesproken worden van een fit wanneer binnen deze relatie de karakteristieken, normen en waarden van de medewerker overeenkomen met die van de leidinggevende (Kristof-Brown et al., 2005). Deze worden mede gevoed door de kenmerken van de organisatie. Onderzoek van onder andere Vianen, She en Chuang (2011) laat zien dat de relatie met de leidinggevende een belangrijke factor is om wel of niet bij een organisatie te blijven werken. Hierbij hoort ook de mate waarin de medewerker gestimuleerd wordt door de leidinggevende om zich verder te ontwikkelen en ruimte krijgt om door te groeien.

Person-group fit

Tot slot kan er binnen de person-environment nog de person-group fit onderscheiden worden. Deze vorm van fit is het meest recent in de literatuur van de person-environment geïntroduceerd. Het gaat hierbij om de mate van verenigbaarheid tussen de medewerker en het team waarin deze werkzaam is (Kristof-Brown et al., 2005; Steijn & Groeneveld, 2009). In de context van dit onderzoek heeft deze fit bijvoorbeeld betrekking op de verschillen die hbo verpleegkundigen ervaren binnen hun team ten opzichte van mbo collega's.

Van der Heijden, van Dam en Hasselhorn (2009) onderzochten wat voor verpleegkundigen de voornaamste redenen zijn om afscheid te nemen van hun professie en elders te gaan werken. Hierbij is in het bijzonder gekeken naar interpersoonlijke percepties van de werkomgeving en verhoudingen om de motieven te kunnen voorspellen. Met name de volgende variabelen bleken van invloed op de intenties van verpleegkundigen om hun werk al dan niet te blijven doen: Social support colleagues and Supervisor, Leadership Quality.

Voor verpleegkundigen is zowel de relatie met collega's als met de leidinggevende van belang, doordat er nauw samengewerkt wordt. Een goede samenwerking is essentieel voor

dit werk om elkaar hulp en ondersteuning te bieden in de werkzaamheden, zowel fysiek als emotioneel en daarnaast voor het ontvangen van feedback. Personeel dat support krijgt van collega's zijn meer tevreden met hun baan en zullen daarom ook minder snel de intentie hebben om elders te gaan werken (Van der Heijden et al., 2009). Daarnaast blijkt uit dit artikel dat ook 'leadership quality', de kwaliteit van het leiderschap, een belangrijke invloed heeft op het behoud van de verpleegkundigen. Het gaat hierbij om de mate waarin de leidinggevende op de afdeling investeert in een positief werkklimaat en de mate waarin de leidinggevende zich inspant om een gemeenschappelijk doel te bereiken. Goede leiders zijn volgens verpleegkundigen in staat om een gunstig werkklimaat te creëren, waarbij zij de mogelijkheid krijgen om mee te kunnen participeren in de besluitvorming. Dit zodat zij de ruimte krijgen om bijvoorbeeld de rol van regisseur op zich te nemen (van der Heijden et al., 2009). Het krijgen van deze ruimte lijkt daarmee essentieel te zijn voor de benutting van competenties.

2.4.2 AMO model

Naast de 'P-'E fit', kan ook het AMO model (Appelbaum, Bailey, Berg & Kalleberg, 2000; Boxall & Purcell, 2011) een belangrijk hulpmiddel vormen in het onderzoek om beter inzicht te krijgen in manier waarop hbo verpleegkundigen hun competenties kunnen benutten. Daarnaast zal het AMO model helpen bij het bieden van een conceptueel kader en structuur geven bij het ordenen van deze ervaringen die de verpleegkundigen tijdens de dataverzameling naar voren brengen.

De kern van het AMO model gaat uit van de veronderstelling dat de prestaties (*performance*, *P*) en het gedrag van medewerkers worden bepaald door in de eerste plaats de bekwaamheid van medewerkers (*ability*, *A*), daarnaast de motivatie (*motivation*, *M*) van de medewerkers en tot slot de gelegenheid die zij van de organisatie krijgen en ervaren om ook goed te kunnen presteren (*opportunity*, *O*). Dit model kan verkort weergegeven worden middels de volgende formule: $P = f(A, M, O)$ (Boxall & Purcell, 2011, p.5). Het model gaat er van uit dat een individuele medewerker optimaal zal presteren wanneer aan de drie afzonderlijke componenten wordt voldaan. In de context van dit onderzoek kan de performance van de medewerker worden gezien als de benutting van de competenties. De drie componenten die hier volgens het AMO model op van invloed zijn, zullen hieronder verder worden toegelicht.

Abilities, het gaat om de mogelijkheden die de medewerkers hebben om hun functie goed uit te voeren, doordat zij hiervoor de benodigde competenties (talent, kennis en vaardigheden) bezitten of de mogelijkheid krijgen om deze verder te ontwikkelen. Kortom: de medewerker beschikt over de competenties om het werk goed te *kunnen* doen. Hierbij gaat het om de aangeboden competenties vanuit de medewerker, zoals omschreven door Toolsema (2003) en Ellström (1998) in paragraaf 2.2.

Motivation, het gaat hier om de wil en de bereidheid van de medewerkers om hun functie

uit te voeren. Hiervoor is het belangrijk dat zij op de juiste wijze worden beloond en uitgedaagd, gericht op de juiste prikkelingen.

Er kan bij motivatie een onderscheid worden gemaakt tussen de intrinsieke motivatie en de extrinsieke motivatie. De intrinsieke motivatie heeft betrekking op de inhoud van het werk zelf. Een medewerker zal intrinsiek gemotiveerd zijn als deze het werk ervaart als interessant, uitdagend en plezierig. Boxall & Purcell (2011) stellen dat deze intrinsieke motivatie van de medewerker positief wordt beïnvloedt door allereerst de mate waarin hij of zij zijn competenties kan toepassen, daarnaast de mate waarin er mogelijkheden zijn binnen het werk om verder door te groeien en tot slot de autonomie die de medewerker ervaart. Daarnaast is er de extrinsieke motivatie te onderscheiden. Deze heeft betrekking op de beloning van het werk. De extrinsieke motivatie kan positief worden beïnvloedt door het salaris, daarnaast spelen ook de status en de werkzekerheid van de baan een rol (Boxall & Purcell, 2011).

Kortom: het gaat erom of de medewerker zich uitgedaagd voelt om het werk goed uit te *willen* voeren. In de context van dit onderzoek gaat het om de mate waarin de hbo verpleegkundige onderbenutting, optimale benutting of overvraging van competenties ervaart, genoeg doorgroeimogelijkheden krijgt en autonomie. Uit het artikel van Mistiaen et al., (2011) en Van der Velden et al., (2011), blijkt dat het niet benutten van competenties leidt tot onder andere stress, *demotivatie* en een gebrek aan uitdaging en daarmee tot vervroegde uitstroom.

Opportunity to perform, hierbij is de werkomgeving van de medewerker van belang, en draait het om de ruimte die de werknemer ervaart om zijn of haar competenties tot uiting te kunnen brengen. Je kunt hierbij denken aan medezeggenschap, inspraak en autonomie. Kortom: of de medewerker zich ook in *gelegenheid* voelt om goed te presteren en hierbij de nodige ondersteuning en ruimte krijgt (Boxall & Purcell, 2011).

Kortom: individuen presteren goed wanneer zij:

- 1) De competenties hebben om te presteren. Dit betekent dat zij het werk *kunnen* doen, omdat zij over de juiste kennis en vaardigheden beschikken.
- 2) De bereidheid hebben om te presteren. Hierbij speelt uitdaging een rol, zij moeten immers het werk ook graag *willen* doen.
- 3) Tot slot de gelegenheid hebben om te presteren. Hier kan volgens Knies (2012) zowel de inrichting van het werk als de omgeving een bijdrage aan leveren. Dit zorgt namelijk voor de ondersteuning van de medewerker en daarnaast de ruimte die hij of zij ervaart voor eventuele inspraak (Knies, 2012, p. 38).

Door binnen een organisatie rekening te houden met de drie bovenstaande elementen van het AMO model, kan er voor gezorgd worden dat competenties worden benut. Middels deze drie variabelen kunnen managers de individuele prestaties van een medewerker verhogen (Boxal & Purcell, 2008). De rol van de lijnmanager, in het ziekenhuis vaak de teamleider van de afdeling genoemd, blijkt hierbij van belang.

Knies & Leisink (2009) deden onderzoek naar de exacte rol van de teamleider in de context van de zorg. Hieruit blijkt dat een teamleider vooral een belangrijke rol heeft bij het stimuleren van de betrokkenheid bij het werk en het ondersteunen van de medewerkers bij hun loopbaanontwikkeling. Volgens Knies & Leisink (2009) heeft daarnaast ook de organisatie, zoals in dit geval het ziekenhuis, een belangrijke rol aangezien zij de discretionaire ruimte bepalen die een teamleider krijgt om de medewerkers te managen. De zojuist besproken magneetziekenhuizen zijn een perfect voorbeeld van de manier waarop een organisatie een context biedt waarin zowel de person-environment fit als het AMO model maximaal tot hun recht lijken te komen.

2.5 Loopbaanverwachtingen van hbo verpleegkundigen

In het onderzoek zal niet alleen worden gekeken naar de manier waarop hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis de benutting van hun competenties ervaren, maar ook of deze benutting gevolgen heeft voor hun loopbaanverwachtingen. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat onvoldoende benutting van competenties bijdraagt aan stress en demotivatie, waardoor verpleegkundigen mogelijk anders gaan denken over loopbaan gerelateerde zaken en eerder geneigd zijn te vertrekken (Van der Velden et al., 2011).

Evenals bij de definiëring van competenties, worden in de literatuur ook verschillende omschrijvingen gegeven aan het begrip loopbaan. Wat opvalt tijdens de literatuurstudie is dat de begrippen carrière en loopbaan vaak door elkaar worden gebruikt. Echter, met carrière wordt veelal de verticale mobiliteit gedurende de loopbaan aangeduid, terwijl met loopbaan ook horizontale of een radiale (verbreding of verdieping binnen de bestaande functie) mobiliteit kan worden bedoeld (Schoemaker & Geerdink, 1991). Het begrip loopbaan is dan ook neutraler en richt zich niet per definitie op een hogere of meer uitdagende positie. In dit onderzoek zal dan ook de volgende definitie worden gehanteerd voor het begrip loopbaan: *'de werkervaring die een persoon in de loop van de tijd opdoet'* (Steijn & Groeneveld, 2009, p. 106). Deze definitie doet tevens recht aan de veranderingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan op het gebied van loopbanen. De wijze waarop men over zijn of haar loopbaan denkt, is met name de laatste vijftig jaar sterk veranderd en hiermee veel dynamischer geworden. Zo werd het in de jaren zestig en zeventig als ideaal gezien om een baan voor het leven te hebben (Bom, Derks & Van Wijngaarden, 1999; Thunnissen, Boselie & Fruytier, 2013). De verwachting van een 'levenslang' dienstverband bij één organisatie vonden medewerkers vaak het fijnst, aangezien dit zorgde voor een bepaalde zekerheid (Ilgen & Pulakos, 1999). Het was in deze tijd normaal om je gehele loopbaan bij hetzelfde bedrijf te blijven, een overstap naar een organisatie elders werd beschouwd als een zogenaamde breuk in je loopbaan.

Tegenwoordig is er in het geval van een overstap lang geen sprake meer van een zogenaamde breuk en wordt een verandering van functie of organisatie juist als een kans gezien en een manier van persoonlijke ontwikkeling (Thunnissen, Boselie & Fruytier, 2013). Daarnaast is ook de rol van de medewerker ten opzichte van zijn of haar loopbaan door de

jaren heen sterk veranderd. Volgens Hall en Mirvis (1995) was het in het verleden vooral de werkgever die de verantwoordelijkheid voor de loopbaan van de medewerker op zich nam. Met name sinds de jaren '90 ligt deze verantwoordelijkheid voor het overgrote deel bij de medewerker zelf, waarbij zelfsturing centraal staat. Daarnaast stellen Hall en Mirvis (1995) dat de medewerker zelf medeverantwoordelijk is wanneer het gaat om zowel de ontwikkeling als de benutting van zijn of haar competenties. Hiermee heeft de medewerker zelf zijn arbeidspositie in de hand.

Wanneer we kijken naar deze arbeidspositie van medewerker, kan er volgens Kuijpers (2003) een onderscheid gemaakt worden tussen vier verschillende loopbaanpaden. Deze zullen houvast bieden om inzicht te krijgen in de manier waarop hbo verpleegkundigen hun loopbaan voor zich zien. Zoals zojuist vermeld is het begrip loopbaan erg breed, zo kan het bijvoorbeeld gaan over de functie van de verpleegkundigen, maar het kan ook betrekking hebben op de organisatie of de afdeling (Kuijpers, 2003).

Middels de volgende vier loopbaanpaden zal er meer richting worden gegeven aan het begrip loopbaan, wat leidt tot een concreter beeld dat de verpleegkundigen hiervan hebben.

Allereerst kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de *gebaande vs. de vrije loopbaanpaden*. Bij de gebaande loopbaanpaden gaat het om een functie die nauw aansluit bij de huidige functie van de medewerker. In het geval van de verpleegkundige zou dit kunnen gaan om hetzelfde werk, maar op bijvoorbeeld een andere afdeling of bij een andere zorginstelling. Bij de vrije loopbaanpaden daarentegen gaat het niet om het vervullen van dezelfde functie bij een eventuele nieuwe baan, maar om de vraag of de volgende baan aansluit op de individuele competenties en behoeften. Een vrij loopbaanpad kan dan ook betrekking hebben op een andere functie (Kuijpers, 2003).

Daarnaast kan er bij de loopbaan worden gekeken naar het *korte vs. lange termijn*. In het geval van de korte termijn betreft het een medewerker die binnen een kort tijdsbestek een overstap gaat maken en daar actief mee bezig is. Bij de lange-termijnpaden speelt dit nog geen rol en heeft de medewerker nog alle tijd voor een eventuele volgende stap in zijn of haar carrière.

Het derde punt waarin onderscheid gemaakt kan worden is tussen *interne vs. externe loopbaanpaden*. Bij interne loopbaanpaden betreft het een functie bij dezelfde organisatie, zoals in het geval van dit onderzoek het TweeSteden ziekenhuis. Bij externe loopbaanpaden daarentegen betreft het een functie bij een andere organisatie. Dit kan zowel een andere zorginstelling zijn al een compleet andere functie in een ander sector (Kuijpers, Scheerens & Schyns, 2006).

Tot slot is er nog het *verticale vs. het horizontale* loopbaanpad, waarbij het draait om het niveau dat de functie kent. Bij het verticale loopbaanpad gaat een om het krijgen van een hogere functie, wat vaak gepaard gaat met een hoger salaris. Bij horizontale loopbaanpaden gaat het om een functie van hetzelfde niveau (Schoemaker & Geerdink, 1991).

Kortom: wanneer er wordt gekeken naar de loopbaan van een medewerker, kan er allereerst gekeken worden naar het soort functie dat deze persoon wil gaan bekleden in de toekomst. Dat kan iets soortgelijks zijn dat aansluit bij de huidige baan, of compleet iets anders. Daarnaast is de tijd van belang, hierbij kan gevraagd worden binnen welke termijn de medewerker zichzelf bepaalde stappen in de loopbaan ziet maken. Een derde punt waar naar gevraagd kan worden is of de medewerker verwacht om zijn of haar loopbaan voort te zetten binnen dezelfde organisatie of elders. Tot slot kunnen we kijken naar het niveau van de functie: is de medewerker hier tevreden mee, of wenst hij of zij in de toekomst hogerop te gaan. Door aandacht te besteden aan deze vier afzonderlijke aspecten van de loopbaan, kan een compleet beeld worden gevormd over manier waarop de medewerker deze voor zich ziet.

2.6 Slotparagraaf

Dit onderzoek heeft als doel een beter inzicht te krijgen in de ervaren benutting van hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis. Aan de hand van de geraadpleegde literatuur worden enkele verwachtingen uiteengezet.

Allereerst wordt in lijn met Leistra et al. (1999) verwacht dat het maken van een onderscheid tussen kennis en vaardigheden bij het bestuderen van competenties van belang kan zijn, omdat het één mogelijk beter wordt benut dan het ander. Daarbij wordt aan de hand van Leistra et al. (1999) verwacht dat de context waarin de verpleegkundige werkzaam van belang is bij de benutting. Vandaar dat in het theoretisch kader de person-environment fit als het AMO model zijn besproken, aangezien hier de wisselwerking met de omgeving centraal staat. Aan de hand van de person environment fit wordt verwacht dat zodra medewerkers een goede fit ervaren met hun omgeving, zij meer initiatief zullen nemen om hun competenties tot uiting te brengen.

Op basis van het AMO model wordt verwacht dat drie componenten van belang zijn voor de prestaties van de medewerker en aansluitend de benutting van competenties. In de eerste plaats is het van belang dat de medewerker de juiste kennis en vaardigheden bezit, waardoor deze in staat is het werk goed te kunnen doen. Een tweede voorwaarde is dat de medewerker bereid is deze kennis en vaardigheden tot uiting te brengen. Hier kan de medewerker in getriiggerd worden door het bieden van bijvoorbeeld voldoende uitdaging, geld of autonomie. Tot slot is het van belang dat de medewerker de ruimte ervaart om de kennis en vaardigheden tot uiting te brengen.

Ook wordt er in het theoretisch kader aandacht besteed aan de loopbaan van medewerker. Naar aanleiding van het artikel door Thunnissen, Boselie & Fruytier (2013) wordt verwacht dat medewerkers tegenwoordig makkelijk een overstap maken naar een andere functie of organisatie, waar zij meer uitdaging denken te vinden en zich beter kunnen ontwikkelen. Het theoretisch kader vormt hiermee de basis voor de topiclijst die zal worden gebruikt bij het afnemen van de interviews. Hoe deze data verzamelt zal worden, wordt beschreven in hoofdstuk 3.

3. Methode van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de methoden en technieken uiteengezet die dienen om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Allereerst wordt de keuze toegelicht voor het onderzoeksdesign. Vervolgens wordt achtergrondinformatie verschaft over de onderzoeksorganisatie: het TweeSteden ziekenhuis, gevolgd door uitleg over de selectie van respondenten die bestaat uit hbo verpleegkundigen. Daarna komt in paragraaf 3.4 aan bod hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de bespreking van de analysemethode in paragraaf 3.5 en een kritische blik op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek in paragraaf 3.6.

3.1 Onderzoeksbenadering

Binnen dit onderzoek staan de ervaringen van hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis over de benutting van hun competenties en de betekenis voor hun loopbaanverwachtingen centraal. Gezien de exploratieve aard van onderzoeksvraag is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Dit biedt de beste mogelijkheid om inzicht te krijgen in de ervaringen van de hbo verpleegkundigen. Deze kwalitatieve manier van onderzoeken geeft, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, de kans om door te vragen tijdens het afnemen van interviews. Dit helpt om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen over de ervaren benutting van competenties en de factoren die hier op van invloed zijn (Silverman, 2010). Daarnaast is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering, omdat hierbij de beschrijving van zowel personen als situaties centraal staat en er van uit wordt gegaan dat personen een bepaalde betekenis geven aan hun sociale omgeving, wat aansluit aan bij de onderzoeksvraag. Het gaat om een kwalitatief onderzoek met een exploratief karakter met een interpretatieve visie, aangezien de ervaringen van de hbo verpleegkundigen centraal staan. Aansluitend bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek, betreft het een kwalitatieve case study. Een case study wordt onderzoek gedaan in de natuurlijke context, waarbij één groep centraal staat: dit zijn de hbo verpleegkundigen werkzaam in het TweeSteden ziekenhuis.

Passend bij het kwalitatieve karakter dat het onderzoek kent, is dat de data is verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Zoals eerder gesteld, bieden interviews de ruimte om door te vragen, wat belangrijk is omdat het gaat over de persoonlijke ervaringen van de respondenten. De interviews zijn steeds kort achter elkaar afgenomen gezien het korte tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. In totaal heeft de dataverzameling tweeënhalve week in beslag genomen. Vanwege het korte tijdsbestek kan er naast kwalitatief onderzoek daarom worden gesproken van een cross sectioneel onderzoek. De in totaal 14 hbo verpleegkundigen namelijk slechts op één tijdstip geïnterviewd, waardoor andere onderzoeksmogelijkheden zoals een longitudinaal onderzoek zijn uitgesloten (Babbie, 2010).

Kortom: om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van hbo verpleegkundigen over hun

competentiebenutting en de betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen, is gekozen voor een kwalitatief, cross sectioneel onderzoek met een exploratief karakter en een interpretatieve visie, in de vorm van een casestudy.

3.2 Onderzoeksorganisatie

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd bij het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg. Het betreft hier een algemeen en regionaal opleidingsziekenhuis, welke drie locaties kent. Allereerst wordt gewerkt vanuit de hoofdlocatie in Tilburg en daarnaast zijn twee kleine vestigingen in Waalwijk en Oisterwijk. Alle drie de locaties werken actief samen met andere zorginstellingen in de regio, zoals zorg- en dienstverleningsorganisatie Thebe.

De eerste kerntaak van het ziekenhuis is het bieden van hoge kwaliteit zorg. De tweede taak is het opleiden van medisch specialisten en andere zorgprofessionals. Momenteel zijn er in totaal ruim 2000 medewerkers in dienst (Tweestedenziekenhuis, 2014). In maart 2014 telde het ziekenhuis 684 BIG geregistreerde verpleegkundigen, waarvan 135 een hbo opleiding hebben afgerond. Dit betekent dat van het totaal aantal verpleegkundigen 19,6% een hbo achtergrond heeft en de overige 80,4% een mbo opleiding heeft genoten.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het leerhuis, dat hoort bij het TweeSteden ziekenhuis. Het leerhuis maakt onderdeel uit van de afdeling personeel en organisatie, samen met personeelsadvies, personeelsadministratie en de arbodienst. Men houdt zich bij het leerhuis onder andere bezig met de ontwikkeling van de verpleegkundigen, waarvoor zij trainingen en cursussen aanbieden. Ook is het leerhuis verantwoordelijk voor de selectie en functioneringsgesprekken van zowel het vaste personeel, als leerling verpleegkundigen en overige stagiaires. Daarnaast gaat er op het moment veel aandacht uit naar de voorbereidingen voor de invoering van het nieuwe landelijke functieprofiel voor verpleegkundigen. In bijlage II staat een overzicht met daarin de omschrijving die het ziekenhuis toekent aan het begrip competentie en daarnaast een toelichting van de vier kerncompetenties: zorgzaam, professioneel, resultaatgericht en samenwerken.

3.3 Respondenten

Bij de selectie van de respondenten is met een aantal zaken rekening gehouden. Allereerst diende het onderzoek te worden verricht bij een organisatie waar zowel hbo verpleegkundigen als mbo verpleegkundigen op directe wijze met elkaar samenwerken. De invloed van de samenwerking tussen deze twee niveaus verpleegkundigen, is namelijk meegenomen in het onderzoek. Of de hbo verpleegkundigen hun competenties tot uiting kunnen brengen is naar verwachting namelijk deels afhankelijk van het team waarin zij werken en de mate waarin zij hier gestimuleerd worden door onder andere collega's en leidinggevenden.

Selectie van respondenten

Wat alle respondenten met elkaar gemeen hebben is dat ze in de eerste plaats allemaal een hbo opleiding tot verpleegkundige hebben afgerond en daarnaast werkzaam zijn bij het

TweeSteden ziekenhuis op het moment dat zij worden geïnterviewd. Voor de verdere selectie van de respondenten is naast deze twee criteria gekozen voor een doelgerichte steekproef. Dit betekent de respondenten niet geheel willekeurig worden gekozen, maar er uit de gehele populatie van hbo verpleegkundigen in TweeSteden ziekenhuis is geselecteerd aan de hand van bepaalde kenmerken zoals de afdeling, leeftijd en geslacht ('t Hart et al., 2005). Allereerst is er naar gestreefd om respondenten van verschillende afdelingen te interviewen. De verpleegkundigen die uiteindelijk zijn geïnterviewd zijn werkzaam op de volgende afdelingen: geriatrie, chirurgie, cardiologie, orthopedie, intensive care en de spoedeisende hulp. Het grootste deel van de respondenten is werkzaam bij de afdeling cardiologie, namelijk zo'n vijf respondenten van de veertien. Dit vanwege het feit dat op deze afdeling relatief veel hbo verpleegkundigen in dienst zijn. In plaats van verdeling 20% mbo en 80% hbo, zoals zowel landelijk als in het TweeSteden ziekenhuis het geval is, ligt het percentage op deze afdeling ongeveer op 20% mbo en 80% hbo verpleegkundigen. In de eerste plaats is geprobeerd om van alle afdelingen ongeveer een gelijk aantal respondenten te interviewen, maar het bleek lastiger dan verwacht om veertien hbo verpleegkundigen te vinden die bereid waren om mee te werken aan het onderzoek. Dit onder andere doordat de verpleegkundigen weinig tijd vrij kunnen maken tijdens het werk en de interviews daarom vaak voor of na werktijd plaats zijn gehouden. Uiteindelijk is het gelukt om veertien respondenten te verzamelen, afkomstig van zes verschillende afdelingen (zie bijlage III). Hierdoor is van meerdere afdelingen de interactie van de verpleegkundigen met de teamleiders en het team aan bod gekomen.

Daarnaast is er naar gestreefd om verpleegkundigen van uiteenlopende leeftijden te interviewen, variërend van begin twintig tot in de zestig. De leeftijd is mogelijk van invloed op de loopbaanverwachtingen van een medewerker. De leeftijd van de respondent is een gegeven waar dan ook rekening mee gehouden dient te worden tijdens het uitvoeren van de analyse. Dit kan namelijk relevante bevindingen opleveren voor de onderzoeksuitkomsten. Zo zal naar verwachting een hbo verpleegkundige die net gestart is met het werken als verpleegkundige, minder snel onderbenutting van haar competenties ervaren dan een verpleegkundige die het beroep al dertig jaar beoefend. Zoals te zien is in bijlage III zijn alle respondenten tussen de 23 en 38 jaar. Dit komt doordat de verpleegkundigen van zo'n 45 jaar en ouder nog allemaal in-house zijn opgeleid en er destijds nog geen mbo of hbo opleiding bestond voor verpleegkunde. De respondenten zijn daarom nog vrij jong, maar zij vormen hiermee wel een representatieve groep voor wat betreft huidige hbo opgeleide verpleegkundigen. Zoals te zien in bijlage III, zijn dertien van de veertien respondenten geïnterviewd in Tilburg en slechts één respondent in Waalwijk. Dit aangezien hier minder verpleegkundigen werkzaam zijn.

Tot slot is er bij de selectie van de respondenten rekening gehouden met het geslacht. Hierbij was het van belang dat de selectie representatief is voor de groep hbo verpleegkundigen. In Nederland is het merendeel van de verpleegkundigen vrouwelijk (Hellenthal, 2012). Van de in totaal veertien respondenten waren er drie mannelijke en elf vrouwelijke verpleegkundigen.

Benadering van de respondenten

Bij de benadering van de groep hbo verpleegkundigen is hulp geboden door twee stage begeleiders. In overleg met hen is een eerste mail opgesteld met daarin een korte uitleg over het onderzoek en het desbetreffende onderwerp. In deze eerste mail werden direct de weken vermeld waarin de interviews plaats zouden gaan vinden (bijlage IV) . Daarnaast is er bewust niet diep ingegaan op de exacte inleiding van het onderzoek, om zo de respondenten voorafgaand aan het interview zo min mogelijk te beïnvloeden.

De eerste mail om interviews in te plannen is verstuurd naar totaal 19 verpleegkundigen, verdeeld over alle afdelingen van het ziekenhuis. Naar aanleiding van deze mail zijn de eerste vijf afspraken ingepland. De overig benaderde verpleegkundigen hadden nog niet gereageerd of gaven aan geen interesse of tijd te hebben voor het onderzoek. Na een week is er daarom voor gekozen een follow-up mail te versturen naar de verpleegkundigen waarvan nog geen reactie was ontvangen (bijlage IV). Deze follow-up mail heeft geleid tot nog vier afspraken.

Voor het vinden van de overige vijf respondenten is gebruik gemaakt van de zogenaamde sneeuwbal methode. Dit houdt in dat de onderzoeker de eerste respondenten als het ware inzet om vervolgens in contact te kunnen komen met andere respondenten (King & Horrocks, 2010). Het doel was de huidige selectie respondenten aan te vullen tot een zo divers mogelijke groep. Dit met betrekking tot variabelen als de leeftijd en de afdeling waar zij werkzaam zijn, om zo vanuit meerdere invalshoeken inzichten te krijgen over de benutting van competenties. Een nadeel van deze sneeuwbal methode is echter dat verpleegkundigen eerder iemand zullen noemen die dicht bij hen staat en waarmee ze persoonlijk contact hebben, met onder andere het gevolg dat deze persoon vaak in dezelfde leeftijdscategorie valt. Het risico is volgens King en Horrocks (2010) dat respondenten daarnaast snel geneigd zijn je door te verwijzen naar respondenten die vaak een soortgelijke mening hebben over het desbetreffende onderwerp. Dit zorgt ervoor dat je als interviewer in veel gevallen terecht komt bij collega's van dezelfde afdeling, welke deel uitmaken van hetzelfde team en dus dezelfde teamleider hebben. Het risico hiervan is dat je uiteindelijk een groep respondenten hebt met veelal hetzelfde beeld over de benutting van hun competenties. Om dit effect tegen te gaan is na afloop van de eerste interviews aan de respondenten gevraagd of zij nog hbo verpleegkundigen kennen binnen het TweeSteden ziekenhuis, welke werkzaam zijn op een andere afdeling en binnen een andere leeftijdscategorie vallen. Dit heeft geleid tot een gevarieerde groep respondenten van zes verschillende afdelingen, tussen de 24 en 38 jaar.

3.4 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is op verschillende manieren data verzameld. De interviews met de verpleegkundigen staan hierbij centraal. Daarnaast is achtergrondinformatie vergaard over het onderwerp door middel van wetenschappelijke en vakliteratuur. Ook is er voorafgaand aan de interviews informatie verzamelend middels

voorbereidende gesprekken met zowel verpleegkundigen als stage begeleiders en teamleider in het ziekenhuis. Deze gesprekken hebben in combinatie met theoretisch kader geleid tot de eerste versie van de topiclijst. Deze is vervolgens enkele keren aangescherpt tijdens de dataverzameling, aan de hand van uitspraken en eventuele tips van de respondenten. De definitieve topiclijst is te vinden in bijlage IV.

Voorbereiding

Het schrijven van het onderzoek heeft grotendeels plaatsgevonden bij de leerhuisafdeling van het ziekenhuis. Hierdoor was er tussendoor de mogelijkheid om vragen te stellen over bijvoorbeeld de competentieprofielen. Dit bood tevens de gelegenheid om vanuit meerdere invalshoeken input te krijgen. De meeste medewerkers van het leerhuis zijn in het verleden zelf werkzaam geweest als verpleegkundige, waarvan een enkeling af en toe nog steeds als verpleegkundige werkt. Hierdoor konden deze medewerkers bij het leerhuis hulp bieden bij het opstellen van de topiclijst op basis van hun ervaringen. Zo gaven meerdere medewerkers aan dat de rol van de teamleider belangrijk is voor manieren waarop verpleegkundigen hun competenties kunnen benutten. Dit gaf bijvoorbeeld aanleiding om de person-supervisor fit toe te voegen aan het theoretisch kader en tijdens het interview te vragen naar de rol van de teamleider.

Interviews

De data die is verzameld om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, is verkregen door middel van semigestructureerde interviews. In totaal gaat het om veertien interviews, met veertien verschillende hbo verpleegkundigen, werkzaam bij verschillende afdelingen binnen het TweeSteden ziekenhuis.

De topiclijst die is gebruikt bij de semi gestructureerde interviews, vloeit voort uit het theoretisch kader. Zo zijn er in het theoretisch kader enkele mogelijke verklarende factoren omschreven die de benutting van deze competenties kunnen beïnvloeden. Deze zijn leidend geweest in het onderzoek. Tijdens deze semigestructureerde diepte-interviews is gevraagd naar een aantal vaste onderwerpen, welke vooraf zijn bepaald. Hierbij was het niet van belang dat de onderwerpen in een vaste volgorde aan de orde kwamen, maar was het vooral belangrijk ze allemaal werden besproken. Deze topics zijn tijdens het interview dus spontaan aan de orde gekomen of middels een open vraag aan de respondent voorgelegd (Baarda e.a. 2005:140). Het gebruik van deze topics zorgt ervoor dat het interview open blijft, waarbij alle onderwerpen aan bod komen die nodig zijn om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Deze open vorm van interviewen gaf de respondenten de gelegenheid om hun gevoelens over de topics te uiten. Hierdoor is niet alleen inzicht verkregen wordt over de feitelijke benutting van de competenties van hbo verpleegkundigen, maar ook over de gevoelens en opvattingen die hierbij meespelen. Deze semigestructureerde vorm van interviewen bood tevens de ruimte om dieper in te gaan op interessante punten die de respondent naar voren bracht. Hierdoor zijn verbanden opgedoken die bij een vastgestelde vragenlijst wellicht niet aan de oppervlakte waren gekomen.

Er is bij de gestructureerde interviews dus gebruik gemaakt van een topiclijst (zie bijlage V). In deze topiclijst zijn de topics aan de linkerkant vermeld, staan de bijbehorende hoofdvragen in het midden en volgen er aan de rechterkant optionele vervolgvragen. Aan elk topic zijn een aantal hoofdvragen gekoppeld, welke houvast hebben geboden tijdens het interview. De vervolgvragen waren er om het gesprek meer richting en diepgang te geven.

3.5 Analysemethode

Direct na de afname van de interviews is met behulp van de audio opnames alles zo snel mogelijk uitgetypt in een Word document, vaak nog dezelfde dag. Dit gaf de mogelijkheid om nog wat aantekeningen te maken over bijvoorbeeld de houding en de uitdrukking van de respondent. Daarnaast helpt het tussentijds terugluisteren van de interviews om van jezelf te leren als onderzoeker en, indien nodig, tussentijds vragen aan te passen en te verscherpen aan de hand van verkregen data. Daarnaast is het transcriberen van de interviews is zo letterlijk mogelijk gebeurd. Dit om te voorkomen dat informatie verloren gaat en alle gegevens die relevant kunnen zijn, worden meegenomen naar de analyse. Deze analyse heeft plaatsgevonden aan hand van een aantal stappen: open coderen, axiaal coderen en het selectief coderen (Boeije, 2005). Na het transcriberen van de eerste vijf interviews is begonnen met het open coderen. Hiervoor is ieder transcript eerst twee keer grondig doorgenomen. Er is gekozen voor open codering vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek, waardoor geen relevantie informatie over het hoofd is gezien. Deze open codering heeft geleid tot een eerste codeboom, welke tussentijds is aangepast op basis van nieuw verkregen informatie. Zolang de dataverzameling plaats vond is er open gecodeerd, aangezien nieuwe respondenten soms weer geheel nieuwe thema's naar voren brachten. Deze eerste codes zijn gebaseerd op woorden die de respondenten zelf hebben genoemd, waarbij gebruik is gemaakt van de basisprogramma's Word en Excel. Tijdens dit open coderen is tevens begonnen met enkele stappen in de axiale codering, waarbij opnieuw naar data is gekeken en waar mogelijk een aantal codes zijn samengevoegd om op deze manier het aantal codes te reduceren (Boeije, 2005). Nadat alle interviews waren uitgetypt, heeft tot slot de selectieve codering plaatsgevonden. Het doel hiervan was het aanbrengen van een verdere structuur van de codes. De nadruk bij deze selectie lag op de belangrijkste ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor de benutting van competenties, waarbij de onderzoeksvraag steeds in gedachte is gehouden. De onderzoeker maakte bij het selectief coderen de keuze welke codes wel en welke niet bij de resultaten worden weergegeven. Hieruit is de definitieve codeboom ontstaan, welke dient als leidraad voor de resultaten (bijlage VII).

3.6 Kwaliteit van de data

Tijdens de analyse van de uitspraken die gedaan zijn door de respondenten is geprobeerd de betekenissen te achterhalen en mechanismen te vinden. Belangrijk is hierbij te vermelden dat het niet of nauwelijks te voorkomen is dat je als onderzoeker een eigen interpretatie geeft aan de uitspraken zie zijn gedaan. Hierdoor is het mogelijk dat de intentie die een respondent had met een bepaalde uitspraak, niet altijd even goed door de

interviewer is geïnterpreteerd (Yanow, 2000). Dit is geprobeerd te voorkomen door tussendoor een samenvatting te geven van de uitspraken die de respondent doet. Hierdoor krijgt de geïnterviewde een helder beeld van de manier waarop ik als interviewer de uitspraak interpreteer en kan de respondent, indien nodig, nog verduidelijking geven en mijn interpretatie bijstellen.

In de volgende paragraaf wordt besproken wat er precies bedoeld wordt met de betrouwbaarheid en de validiteit van een onderzoek en welke acties er zijn genomen tijdens de dataverzameling ten behoeve van de kwaliteit.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt bepaald door meerdere factoren. Een onderzoek is pas volledig betrouwbaar wanneer het bij herhaling, met gebruik van dezelfde meetinstrumenten, precies dezelfde uitkomsten geeft. Deze betrouwbaarheid is geprobeerd te garanderen door veertien interviews te houden waarbij steeds dezelfde meetinstrumenten zijn gebruikt: dezelfde interviewer en dezelfde topiclijst. Betrouwbaarheid is echter lastig te bewerkstelligen wanneer het gaat om een onderzoek dat betrekking heeft op het menselijke gedrag, gedachten en persoonlijke ervaringen van in dit geval verpleegkundigen (Van Thiel, 2010; Silverman, 2010). Bij herhaling van het onderzoek, zullen verpleegkundigen anders kunnen reageren en zaken op een andere manier formuleren. Een interview kan worden gezien als een wisselwerking tussen twee mensen: de interviewer en de verpleegkundige. Het zou kunnen dat een interview met dezelfde vragen, aan dezelfde verpleegkundigen, maar een andere interviewer tot andere uitspraken leidt. Hierdoor zal het onderzoek bij herhaling niet precies dezelfde uitkomsten bieden, waar het bij betrouwbaarheid van een onderzoek om draait.

Daarnaast heeft een respondent vaak een bepaalde voorstelling van de antwoorden die de interviewer wil horen en kan zich hierdoor laten sturen. Vandaar dat in zowel de eerste mail om de interviews in te plannen, als het gesprek voorafgaand aan het interview zelf, zo min mogelijk inhoudelijke informatie over het onderzoek is vrijgegeven. Zoals in bijlage IV te lezen is, wordt het onderwerp globaal toegelicht in de mail en staat er bewust niets over de aanleiding van het onderzoek, zoals de uitstroom van hbo verpleegkundigen als gevolg van gebrek aan uitdaging. Dit om te voorkomen dat de respondent vooraf teveel wordt gestuurd en andere antwoorden geeft dan wanneer deze informatie niet was vrijgegeven. Het is voor de betrouwbaarheid van het onderzoek van belang om je als onderzoeker bewust te zijn van de beïnvloeding van de respondent en de vragen neutraal te stellen, zonder de respondent een richting in te sturen (Silverman, 2005). Daarnaast is geprobeerd om tijdens het interview vooraf gestelde verwachtingen los te laten om zo de betrouwbaarheid te kunnen positief te beïnvloeden. Het kan namelijk dat de respondenten over een bepaald onderwerp veelal hetzelfde denken, maar een van hen hier totaal van af wijkt. Ook zal de betrouwbaarheid van het onderzoek worden vergroot doordat alle keuzes die tijdens de dataverzameling en de analyse zijn gemaakt, worden benoemd en verantwoord. Dit maakt het onderzoek transparant (Meijer, 2002). Doordat alles is

vastgelegd, zou het onderzoek op nagenoeg dezelfde wijze herhaald kunnen worden. Tot slot is getracht het onderzoek betrouwbaar te maken door vooraf door een topiclijst op te stellen basis van de literatuur in het theoretisch kader. Door vervolgens op een gestructureerde en goed voorbereide manier te werk te gaan, zijn alle topics tijdens het interview aan bod gekomen.

Kortom: als onderzoeker is er naar gestreefd het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te laten zijn. Hierbij is het echter belangrijk om te vermelden dat er bij kwalitatief onderzoek nooit van een volledig betrouwbaar onderzoek kan worden gesproken. Op ieder niveau vindt namelijk weer een eigen interpretatie plaats: door zowel de respondent, de onderzoeker als de lezer van het onderzoek.

Validiteit

Naast de betrouwbaarheid van een onderzoek is het ook belangrijk aandacht te besteden aan de validiteit. Het gaat hier om de vraag of je als onderzoeker ook wel daadwerkelijk meet wat je wil meten. Je kunt jezelf hierbij steeds de vraag stellen: geeft de vraag aan de verpleegkundige de informatie die nodig is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden? Tijdens de dataverzameling is geprobeerd de validiteit van het onderzoek te waarborgen door allereerst gebruik te maken van de gelegenheid door te kunnen vragen indien er sprake was van onduidelijkheid. Zo kan het gebeuren dat je als onderzoeker een uitspraak van een respondent niet begrijpt of dat de respondent geen antwoord geeft op de vraag. In een dergelijke situatie is hier direct op ingehaakt oor de vraag nog eens duidelijk te herhalen of een gegeven antwoord samen te vatten.

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Bij de interne validiteit staat centraal of werkelijk wordt onderzocht wat vooraf werd beoogd. Deze interne validiteit wordt in dit onderzoek gewaarborgd door een zo divers mogelijke respondentengroep samen te stellen van verschillende afdelingen, die hiermee representatief is voor de groep 'hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis'. Daarnaast is geprobeerd te onderzoeken wat er vooraf bedoeld was, door tijdens het interview duidelijk te vragen naar de vooraf gestelde topics.

Naast deze interne validiteit is er de externe validiteit die gewaarborgd dient te worden. Hierbij gaat het om de vraag of de resultaten en de conclusies die voortvloeien uit het onderzoek generaliseerbaar zijn voor een grotere groep. In bijlage III is te zien dat elf van de veertien respondenten verpleegkundigen vrouw is, dat is 78 procent van de respondentenselectie. Dit betekent dat het merendeel van de respondenten vrouw is net zoals landelijk het geval, blijkt uit de cijfers van zowel het register Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over het aantal geregistreerde verpleegkundigen in Nederland (Hellenthal, 2012). Verder is de generaliseerbaarheid echter minder goed te bewerkstelligen dan de interne validiteit van het onderzoek, doordat slechts een kleine groep respondenten heeft deelgenomen aan het onderzoek, namelijk veertien respondenten in totaal. Bovendien waren al deze

respondenten werkzaam bij hetzelfde ziekenhuis, wat niet bevorderlijk werkt voor de generaliseerbaarheid (Van Thiel, 2010). Als gevolg van het beperkt aantal respondenten is het niet mogelijk om de uitkomsten van het onderzoek te generaliseren voor alle hbo verpleegkundigen in Nederland. Deze beperkte generaliseerbaarheid is overigens kenmerkend voor een explorerend onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek bieden daarmee wel een mooi startpunt voor eventueel grootschalig vervolgonderzoek naar dit onderwerp.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het empirisch onderzoek, bestaande uit de interviews met hbo verpleegkundigen werkzaam bij het TweeSteden ziekenhuis. In paragraaf 4.1 wordt allereerst ingegaan op hoe de hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties ervaren. Hierbij is aandacht is voor de vraag en het aanbod van competenties en de aansluiting hiervan op elkaar. Daarna komen de bevorderende en belemmerende factoren aan bod die volgens hbo verpleegkundigen een rol spelen bij deze benutting. Tot slot is er in paragraaf 4.3 aandacht voor de loopbaanverwachtingen die deze groep heeft.

4.1 Ervaren benutting van competenties door hbo verpleegkundigen

Om te begrijpen hoe verpleegkundigen de benutting van competenties ervaren in het ziekenhuis, wordt achtereenvolgens ingegaan op de gevraagde competenties (4.1.1), het aanbod (4.1.2) en de aansluiting van vraag en aanbod. Gevraagde competenties gaan over de kennis en vaardigheden, waarvan de verpleegkundigen denken dat het ziekenhuis deze van hen verwacht. Bij het aanbod van competenties draait het om wat de verpleegkundigen zelf aangeven te kunnen. Vervolgens wordt op basis van deze vraag en aanbod, ingegaan op de benutting.

4.1.1 Vraag naar competenties

Bij de vraag naar competenties gaat het om de competenties waarvan de verpleegkundige denkt dat het ziekenhuis deze van hen verlangt om het werk goed te kunnen doen (en of dit ook duidelijk is voor hen). Opvallend hier is dat tien van de veertien verpleegkundigen aangeven geen concreet beeld te hebben van de competenties die het ziekenhuis van hen vraagt. Ze vertellen dat deze competenties sinds hun indiensttreding bij het ziekenhuis zelden of zelfs niet ter sprake zijn gekomen, vaak ook niet tijdens het sollicitatiegesprek.

Aan deze competenties wordt bij de indiensttreding dus vrijwel geen aandacht besteed, maar wel geven de respondenten aan dat zij van de afdeling personeel & organisatie een map hebben gekregen met daarin gegevens over de verwachtingen die het ziekenhuis heeft (resp. 3, 7, 10, 12). Ook een van de teamleiders vertelt dat alle nieuwe verpleegkundigen deze map met een functieomschrijving en verwachtingen ontvangen bij hun indiensttreding. Echter, de verpleegkundigen die enkel aan het bed staan, zien de inhoud van deze map slechts als algemene inwerkingsinformatie die van toepassing is op alle medewerkers binnen het ziekenhuis, zonder dat daarbij doelgericht wordt gesproken over de competenties en verwachtingen van hbo verpleegkundigen in het bijzonder (resp. 3, 7, 10).

Ja, als je in dienst komt krijg je een boekje met wel wat gedragsregels enzo, maar dat is niet specifiek voor verpleegkundigen (...). Ik heb nooit echt een gesprek gehad van: dit wordt er van jou verwacht, of dit willen we niet of wel zien [resp. 10].

Bovendien valt op dat verpleegkundigen bij de gevraagde kennis en vaardigheden veelal verwijzen naar de kernwaarden en algemene pijlers die het ziekenhuis kent en niet zozeer naar specifieke competenties voor hbo verpleegkundigen. Verschillende verpleegkundigen benadrukken hier dat ze deze kernwaarden onduidelijk, algemeen en vaag vinden en niet zo goed weten wat ze er mee moeten tijdens hun dagelijks werk. Zo vertelde een van hen:

Wat er van mij verwacht wordt als hbo verpleegkundige? Nee, nee, dat vind ik niet helder (...) We hebben ziekenhuisbreed natuurlijk wel een aantal pijlers: professioneel, gastvrij, zorgzaam en kwaliteit. Maar die zijn zo abstract.. dus, nee, daar word ik niet door getriggerd (...). Deze waarden zijn denk ik altijd wel belangrijk, of je nu wel of geen verpleegkundige bent [resp. 6].

In sommige gevallen geven verpleegkundigen soms zelfs compleet andere kernwaarden aan van het ziekenhuis. Zo benoemt de ene verpleegkundige professionaliteit en kwaliteit als belangrijkste kernwaarde, terwijl een ander weer spreekt over zorgzaamheid. Volgens de verpleegkundigen komt een deel van deze verwarring doordat in documenten en folders het gebruik van deze kernwaarden niet consistent is.

Er staan ziekenhuisbreed dus wel bepaalde kernwaarden centraal, zoals zorgzaam en professioneel, maar deze worden door de meeste verpleegkundigen te algemeen en te vaag bevonden. Bovendien worden deze begrippen door elkaar gebruikt, wat leidt tot verwarring.

Opvallend is dat de verpleegkundigen die naast hun werk in de directe zorg ook een nevenfunctie hebben als bijvoorbeeld teamleider of werkbegeleider voor leerlingen, daarentegen vaak wel een duidelijk beeld hebben van de gevraagde competenties (resp. 2, 12). Wel geven zij aan dat er door het ziekenhuis verder weinig aandacht wordt besteed aan een duidelijke taak of competentieomschrijving voor verpleegkundigen die reeds in dienst zijn of al jaren zijn gediplomeerd. Enkel in het geval van nieuwe leerlingen, die voor het eerst in een ziekenhuis komen te werken tijdens het volgen van hun opleiding verpleegkunde, worden deze gevraagde competenties duidelijk benoemd. Volgens een van de praktijkbegeleiders komt dit onder andere doordat onderwijsinstellingen zoals de Fontys en Avans hogescholen hier om vragen, aangezien deze competenties worden gebruikt bij het beoordelen van de leerlingen. Voor de verpleegkundigen die echter al jaren werkzaam zijn in het ziekenhuis zijn deze gevraagde competenties vaak verwaterd, of zelfs totaal onbekend.

(...) omdat ik praktijkopleider ben naast verpleegkundige, krijg ik wel meer mee van die competenties. Uhm ja, dat is eigenlijk wel helder. Ik heb wel een goed beeld van wat er verwacht wordt van me. Al worden die competenties verder nooit zo letterlijk benoemd [resp. 2].

Samengevat wordt er vanuit het ziekenhuis volgens de verpleegkundigen dus niet erg duidelijk gecommuniceerd over wat er precies van hen wordt verwacht en aan welke

competenties zij moeten voldoen om hun werk goed uit te kunnen voeren. Wel zijn er een aantal kernwaarden die gelden voor de medewerkers in het ziekenhuis, maar deze zijn zo algemeen dat zij zich hierdoor niet direct aangesproken voelen. De verpleegkundigen die daarentegen naast hun functie aan het bed ook een functie bekleden als praktijkbegeleider of werkbegeleider, hebben vanwege deze aanvullende taken vaak wel een duidelijk beeld van de verwachte competenties. Door deze nevenfuncties zijn zij namelijk genoodzaakt om zich hier actief mee bezig te houden.

4.1.2 Aanbod en benutting van competenties

Bij de vraag aan de verpleegkundigen welke competenties zij wel en welke zij niet kunnen benutten tijdens het werk, is een onderscheid gemaakt tussen *de benutting van hun kennis* en daarnaast van hun *vaardigheden*. De kennis heeft betrekking op de formele competenties, welke verwijzen naar de kwalificaties die behaald zijn tijdens de hbo opleiding verpleegkunde. Daarnaast heeft de benutting van hun vaardigheden betrekking op de feitelijke competenties. Hierbij draait het om de vijf verschillende rollen die zijn verbonden aan de twaalf competenties waar de hbo verpleegkundigen in Nederland aan moeten voldoen (paragraaf 2.1.2).

Kennis

In deze paragraaf draait het om de kennis die de verpleegkundigen tot zich hebben genomen tijdens hun vierjarige hbo opleiding en aanvullende (na) scholing.

Driekwart van de respondenten laat weten dat er bij de hbo opleidingen voor verpleegkunde in het curriculum veel aandacht wordt besteed aan onderwerpen als kwaliteitszorg, literatuuronderzoek en innovatie van de zorg. Dit is dan ook een van de belangrijkste punten waarmee de hbo opleiding zich onderscheidt van de mbo variant. Een van de respondenten vertelt dat ze ongeveer de helft van de tijd tijdens haar studie bezig is geweest met het uitvoeren van kwaliteitsonderzoeken, het opstellen van innovatieplannen en het schrijven van protocolverbeteringen. Ze vindt het dan ook jammer dat het ziekenhuis haar niet vraagt om iets met deze kennis te doen.

(...) ik vind sowieso dat de Fontys zich heel erg richtte op de kwaliteitsverbetering, een beter product afleveren en innovatie en dat er relatief weinig aandacht werd besteed aan de praktijk en anatomie en fysiologie. En heb niet het idee dat ik daar hier nog ook maar iets mee doe, of geprikkeld wordt om daar iets mee te doen [resp. 9].

Opvallend is dat hier zo de nadruk op ligt tijdens de studie, terwijl het merendeel van de respondenten aangeeft slechts een klein deel van deze kennis te gebruiken in de praktijk. De respondenten laten weten dat het vooral gaat om het niet goed kunnen toepassen van de kennis die zij hebben over kwaliteitszorg, kwaliteitsverbetering en innovatie (resp. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 14).

Aansluitend bij deze kennis over kwaliteitsonderzoek die niet benut lijkt te worden, hoort de zogenaamde Evidence Based manier werken. Dit blijkt een centraal onderwerp te zijn binnen de hbo-v opleidingen. Een verpleegkundige legt uit dat het hierbij gaat om een bepaalde manier van denken, hoe je omgaat met de kennis die je hebt en of je daarnaast ook in staat bent deze kennis steeds aan te blijven scherpen. Bij iedere handeling dien je jezelf als verpleegkundige af te vragen of het wel gebeurt op de meest efficiënte manier. De gedachte hierachter is volgens haar om 'natte vinger' werk te voorkomen. Deze Evidence Based manier van werken dwingt verpleegkundigen om zich steeds af te vragen: heeft hetgeen dat wij doen daadwerkelijk nut en is het ook wetenschappelijk te onderbouwen dat deze keuze de beste is? Het merendeel van de verpleegkundigen laat weten deze manier van werken te missen in hun huidige baan, doordat er in het ziekenhuis geen aandacht voor is en er bovendien geen tijd vrij wordt gemaakt voor het uitvoeren van literatuuronderzoek om zo de kennis over de huidige stand van zaken bij te kunnen houden.

Nou, wat ik hier bijvoorbeeld heel erg mis is dat Evidence Based Practice werken. Vanuit Amsterdam ben ik heel erg opgeleid aan de hand van dat EBP en werd er ook veel meer op dat gebied van mij verwacht. Ik merk wel dat daar hier veel minder mee gedaan wordt. Dat vind ik wel heel jammer. Als verpleegkundige vind ik dat namelijk wel heel leuk om te doen [resp. 5].

Een van de respondenten stelt dat deze manier van Evidence Based werken niet zozeer iets is dat je wel of niet kunt benutten, maar dat het vooral gaat om een kritische denkwijze die je jezelf hebt aangeleerd tijdens de opleiding. Volgens haar gebruik je deze onbewust bij alle handelingen die je bij het werk als verpleegkundige verricht.

Of de verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis deze kennis op het gebied van kwaliteitsverbetering wel of niet tot uiting kunnen brengen, lijkt vooral samen te hangen met de exacte functie van de verpleegkundige en daarnaast de afdeling waar hij of zij werkt. Een van de respondenten die sinds een tijdje werkzaam is als 'eerste' verpleegkundige, geeft aan sinds deze functie veel meer in de gelegenheid te zijn om daadwerkelijk iets met deze kennis over kwaliteitszorg en innovatie te doen. Zo'n eerste verpleegkundige staat als het ware tussen de teamleider en de 'normale verpleegkundige' in en kan meer overstijgend te werk gaan.

(...) wel kan ik gelukkig als eerste verpleegkundige meer doen met de kennis die ik heb ten opzichte van mijn werk eerst als normale verpleegkundige. Als er een probleem ergens is dan wil ik dat graag uitzoeken en dan ben ik nu in de gelegenheid om dit in de databanken en literatuurstudies op te zoeken en te kijken: wat is hiervoor de beste oplossing? Maar ik merk wel dat mijn collega's die werken als normale verpleegkundigen dat niet meer gebruiken [resp. 1].

Ook uit het verhaal van respondent 5, 7, 10 en 14, een groep van vier verpleegkundigen die enkel aan het bed staan, blijkt dat de 'eerste' verpleegkundigen in een team deze kennis beter kunnen benutten. Ze geven aan het jammer te vinden dat zij als 'normale verpleegkundige' in de praktijk niets meer doen met deze kennis die zij hebben over kwaliteitsverbetering. Dit terwijl hier juist zo de nadruk op ligt tijdens het volgen van de opleiding. Één van hen heeft zelfs het idee dat je als hbo verpleegkundige, net na het afronden van je opleiding, over minder anatomische kennis beschikt dan de meeste mbo verpleegkundigen die net hun diploma hebben. Dit doordat er bij de hbo opleiding zoveel tijd naar kwaliteitsonderzoek uit gaat.

Vooraf op het gebied van kwaliteitszorg en onderzoek blijkt de kennis van hbo verpleegkundigen dus slecht benut te worden. Dit met name omdat het werk in de praktijk een slechte aansluiting kent met dat wat er is geleerd tijdens de opleiding.

Uhm ja je hebt hier op de afdeling ook de rol van eerste verpleegkundige en dan ben je wat meer overkoepelend en overstijgend bezig, zoals met het verbeteren van de zorg hier. En die zijn wel meer bezig met die rol van ontwerper dan wij, als simpele verpleegkundigen haha [resp. 7].

Naast de kennis omtrent kwaliteitsverbetering, geven meerdere respondenten aan dat ook de vakinhoudelijke kennis waarover zij beschikken lang niet altijd goed benut kan worden (resp. 1, 2, 4, 7, 9, 11). Het gaat hierbij om de kennis over anatomie, fysiologie en pathologie. De helft van de respondenten laat weten dat een groot deel van deze vakinhoudelijke kennis over het functioneren van het menselijk lichaam steeds vaker naar de achtergrond verdwijnt nu zij langer uit de studiebanken zijn.

Niet alleen de zojuist besproken (neven)functies, zoals die van 'eerste verpleegkundige', maar ook het soort afdeling en het specialisme speelt volgens de respondenten een belangrijke rol bij de benutting van deze vakinhoudelijke kennis. Het merendeel van de respondenten is werkzaam bij een vrij specifieke afdeling zoals: cardiologie, orthopedie of geriatrie. Dit zijn afdelingen waarbij over het algemeen vaak dezelfde ziektebeelden voorkomen (resp. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14). De respondenten van bovenstaande afdelingen geven aan dat een hoop kennis waarover zij beschikken, simpelweg niet toegepast hoeft te worden tijdens hun werk, bijvoorbeeld omdat het ziektebeeld weinig voor komt op hun afdeling. Hierdoor verwatert veel van hun kennis in de loop van de tijd. Een van de respondenten geeft hier een praktisch voorbeeld van, door uit te leggen dat je op de afdeling cardiologie vrijwel nooit een neus sonde in hoeft te brengen. Wanneer bepaalde handelingen op jouw afdeling weinig voorkomen en je er een lange tijd niet actief mee bezig bent, dan vergeet en verleer je dit op den duur.

De respondenten laten weten dat zij hun kennis beter kunnen benutten op een algemene afdeling zoals de spoedeisende hulp, in vergelijking met een afdeling die één specialisatie kent, zoals cardiologie of orthopedie. Zo wordt er bij de spoedeisende hulp en de intensive

care veel meer van kennis van een verpleegkundige gevraagd, doordat hier een breder scala aan ziektebeelden voorbij komt.

Nou ik denk dat je als je puur naar het verpleegkundige aspect kijkt, ik veel kennis wel kan gebruiken. Maar echt dingen als anatomie van hersenen gebruiken wij hier heel weinig, maar dat is natuurlijk heel logisch. Dan moet je echt op een afdeling als IC of spoedeisende hulp gaan werken, dat je alle specialismes voor je kunt krijgen. Dus dat nu niet nee. (...) [resp. 4].

De meeste respondenten verwachten dan ook op een afdeling als de spoedeisende hulp en de intensive care meer uitgedaagd te worden, doordat hier patiënten met meerdere ziektebeelden komen en er bovendien meer actie is vanwege de acute opnames. Hierdoor wordt er van de verpleegkundige meer parate kennis gevraagd over het menselijk lichaam.

Ja op de EHBO wordt er denk ik sowieso wel meer van je verwacht, je hebt daar zoveel verschillende dingen die voorbij komen, je moet daar echt van alles iets weten. En ja, hier heb je dan buikchirurgie, wat dan het belangrijkste is en op de EHBO echt alles. Dus ik denk dat dat wel leuk is, dat je over heel het lichaam iets moet weten [resp. 10].

Naast de (nevenfunctie) van de verpleegkundige lijkt dus ook de afdeling van invloed bij de benutting van kennis. Aansluitend bij de afdeling, spreekt een van de respondenten over de patiëntencategorie die hierbij van belang is. Volgens haar bepaalt namelijk het type patiënt, het ziektebeeld van deze patiënt en de complexiteit van dit ziektebeeld, in hoeverre je de verpleegkundige kennis waarover je beschikt wel of niet tot uiting kunt brengen.

Nou ik denk sowieso de patiëntencategorie die je hebt liggen (..). Soms heb je maar een simpele darmontsteking ofzo, maar er zijn ook mensen met hele complexe ziektebeelden, waarbij er meer van je gevraagd wordt [resp. 10].

Kortom: hoe specifieker de afdeling is, des te minder vakinhoudelijke kennis er toegepast kan worden. Respondenten die werkzaam zijn op een meer algemene afdeling waar meerdere ziektebeelden voorkomen, zoals de spoedeisende hulp, intensive care en chirurgie, geven aan wel een groot deel van hun kennis te kunnen toepassen (resp. 2, 10, 11, 13). Op deze afdelingen komen patiënten te liggen met de meest uiteenlopende diagnoses, wat meer vakinhoudelijke kennis vergt. Wanneer we kijken naar de benutting van kennis, lijkt dus zowel de nevenfunctie van de verpleegkundige als de afdeling een belangrijke rol te spelen.

Vaardigheden

Naast kennis, maken ook de vaardigheden deel uit van de competenties. In de specifieke context van verpleegkundigen en hun vaardigheden staan vijf verschillende rollen centraal,

samen met de twaalf competenties die hier aan zijn gekoppeld. In hoofdstuk twee staat omschreven om welke rollen en competenties het precies gaat (paragraaf 2.1.2).

Allereerst zijn de verpleegkundigen het er unaniem over eens dat competenties als het verlenen van directe zorg aan de patiënt en het geven van voorlichting, goed uit de verf komen tijdens hun werkzaamheden. Deze competenties zijn gerelateerd aan de rol van zorgverlener, welke de basis vormt van de werkzaamheden die een verpleegkundige kent. De respondenten geven aan dat deze aangeboden competenties naadloos aansluiten op dat wat er van hen wordt gevraagd door het ziekenhuis.

Nou, zorgverlener en regisseur sowieso, dat is gewoon een basis bij alles dat je doet zeg maar. Het aan het bed staan en het afstemmen van de activiteiten onderling hoort hier eigenlijk bij. Natuurlijk ook coaching wel, omdat ik werkbeleider ben van leerlingen hier op de afdeling. En uhh even denken hoor, ik denk het stukje beroepsbeoefenaar en ontwerper, waarbij het meer overstijgend is, dat is maar heel erg beperkt [resp. 3].

Daarnaast lijkt ook het toepassen van competenties als het aansturen van vaste collega's, alsmede het aansturen van leerling verpleegkundigen die meelopen op de afdeling, geen probleem te zijn voor de verpleegkundigen aan het bed. Deze competenties horen bij de rol van coach en ook deze rol komt dus goed tot uiting. Zo vertelt een verpleegkundige dat je tijdens dit werk ontzettend veel onderling contact hebt met je collega's en je zo afhankelijk van elkaar bent, dat dit coachen vaak vanzelf gebeurt. Deze intensieve vorm van samenwerking en wederzijdse afhankelijkheid, maakt het volgens haar noodzakelijk om de taken op elkaar af te stemmen en elkaar te coachen. Daarnaast lopen er altijd minstens twee leerling verpleegkundigen mee op de afdeling. Hierdoor komt er ook een stuk werkbegeleiding bij kijken, zoals het inwerken en aansturen van leerlingen, dit zijn competenties die toebehoren aan de rol van een coach.

Coach ook wel, want je helpt ook collega's als ze het ergens moeilijk mee hebben en je hebt ook continu wel een leerling op de afdeling die je aan het begeleiden bent (..) [resp. 9].

Net als bij de benutting van zorgverlener en coach, kunnen volgens de respondenten ook de competenties die horen bij de rol van regisseur goed in de praktijk worden gebracht. Een van de verpleegkundigen geeft een concreet voorbeeld van de handelingen die bij deze regisserende rol horen en welke vaak toegepast kunnen worden tijdens het werk. Het gaat volgens haar om werkelijk alles dat geregeld moet worden voor de patiënt, naast het leveren van de directe zorg. Bij ouderen kan het hier bijvoorbeeld gaan om het inschakelen van de thuiszorg of andere opvang, voor wanneer patiënt weer thuis komt of het overdragen van alle medische gegevens aan het verzorgingstehuis. Ook dit soort taken horen bij de werkzaamheden van verpleegkundigen, wat er voor zorgt er dat de verpleegkundige de rol van regisseur op zich kan nemen.

Samengevat kan worden gesteld dat er tijdens het werk van de verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis veel ruimte is voor het leveren van directe zorg, het regisseren van deze zorg en het aansturen van collega's en leerlingen. Deze vaardigheden sluiten daarmee aan bij de rol van zorgverlener, regisseur en coach.

Deze benutting lijkt echter niet op te gaan voor de competenties die horen bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar. Het merendeel van de respondenten geeft aan duidelijke onderbenutting te ervaren bij de competenties die aan deze twee rollen gekoppeld zijn (resp. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14). Het gaat hierbij met name om vaardigheden als het verbeteren van de zorg, het uitvoeren van onderzoek en het meedenken over het reilen en zeilen op de afdeling. Bovenstaande respondenten laten weten het jammer te vinden om weinig met deze competenties te kunnen doen in de praktijk.

Nou, die rol van ontwerper zou ik inderdaad wel meer op me willen nemen. Gewoon voor op de afdeling meedenken over hoe het beter kan, dat lijkt me wel gaaf. Zou het echt leuk vinden om van die rol meer gebruik te kunnen maken. Ik vind het wel jammer dat ik daar zo weinig mee doe, behalve dan bij mijn aandachtsgebied van decubitus, maar dat is het enige. Ik zou daar wel meer uit willen halen, maarja, dan moet ik daar ook wel tijd voor krijgen [resp. 3].

Voor een van de respondenten is de onderbenutting van de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar zelfs een reden om met ingang van september 2014 te starten met de opleiding tot nurse practitioner. Ze verwacht dat de competenties die bij deze rollen horen, beter tot hun recht zullen komen tijdens een baan als nurse practitioner. Na drie jaar gewerkt te hebben als 'normale verpleegkundige' voelt ze sterk de behoefte om een stap verder te gaan dan alleen maar de directe zorg aan het bed. Door deze opleiding tot nurse practitioner te gaan volgen, verwacht ze in de toekomst meer tijd en ruimte te krijgen om zich bezig houden met de kwaliteit van de zorg.

Ja, die rol van ontwerper die gaat straks vanzelfsprekend benut worden, want je gaat je richten op het verbeteren van verpleegbeleid en kwaliteitsbeleid en de waarborging hiervan, wetenschappelijk onderzoek lezen en interpreteren, wat ik nu helemaal niet doe.. en wat ik daarbij wel kan gaan doen. En deskundigheidsbevordering van anderen. Want je wordt wel verwacht als nurse practitioner dat je ook zorg draagt voor de deskundigheid van andere verpleegkundigen. Dus er komen een heleboel dingen bij kijken, waar ik wel een beginnetje mee heb gemaakt en die ik nu dus wel beter kan gaan toepassen [resp. 14].

Aansluitend bij de onderbenutting die de verpleegkundigen ervaren bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar, wordt ook hier door de respondenten de Evidence Based manier van werken naar voren gehaald. Zoals eerder besproken neemt dit een centrale plek in tijdens de hbo verpleegkunde opleiding, maar wordt er vervolgens in de praktijk weinig meer mee

gedaan. Een van de teamleiders is er van overtuigd dat de hbo verpleegkundigen tot veel meer in staat zijn dan dat zij nu kunnen laten zien. Volgens de teamleider zou er veel meer uit de hbo verpleegkundigen gehaald kunnen worden, als zij meer betrokken worden bij kwaliteitsbeheersing, kwaliteitszorg en controle, waardoor deze rollen van ontwerper en beroepsbeoefenaar beter tot uiting komen.

Wij zijn zo druk met zorgen, dat we soms niet meer stilstaan bij de manier waarop we dat aan het doen zijn. En daar zou je mensen wel meer bij kunnen betrekken. Om met elkaar te kijken van: dat zorgproces hoe ziet dat er hier nu uit en hoe kunnen we dat slimmer inrichten. Daar kan een hbo'er echt een prima rol in hebben. En ik denk dat we dat nu te snel richting de leidinggevende uh, afschuiven. Dat ik dan degene ben die dat maar moet bedenken, terwijl ik denk dat mensen daar zelf prima toe in staat zijn. Misschien wel met een stukje begeleiding of sturing op sommige momenten, maar ik denk dat ze zeker de brains wel hebben om dat te doen. Dus dat is een ding: we doen het nu vaak niet en het is eigen geworden om het bij de teamleider op z'n bord te leggen [resp. 6].

Daarnaast valt het op dat geen van de respondenten uit zichzelf begint over de rol van beroepsbeoefenaar bij de open vraag welke rollen er wel en niet goed benut kunnen worden. Dit in tegenstelling tot de overige vier rollen die aan de verpleegkundigen zijn toegeschreven, deze benoemen zij namelijk wel expliciet. Indien gevraagd werd naar de benutting van deze rol als beroepsbeoefenaar, moesten de respondenten langere tijd nadenken of gaven zij aan niet meer precies te weten wat het verschil is met de rol van ontwerper. Wanneer de verpleegkundigen spreken over de rol van beroepsbeoefenaar, gebeurt dit dan ook vaak in één adem met de rol van ontwerper.

(...) en uhh even denken hoor, ik denk het stukje beroepsbeoefenaar en ontwerper, waar je meer overstijgend werkt, heel erg beperkt is [resp. 4].

Bovenstaande respondent geeft aan dat beide rollen vooral overstijgend zijn en betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg. Volgens een van haar collega's onderscheiden deze twee rollen zich vooral van elkaar doordat die van beroepsbeoefenaar meer is gericht op de patiënt, waar bij de rol van ontwerper de focus voornamelijk ligt op het beleid van de afdeling en het ziekenhuis in het algemeen. Gemeenschappelijk hebben de rollen dat de kwaliteitsbevordering van de zorg centraal staat.

Gezien de onderbenutting die hierbij ervaren wordt, dragen enkele verpleegkundigen uit zichzelf een mogelijke oplossing aan om de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar beter uit de verf te laten komen (resp. 3, 8, 9, 14). Zo lijkt het hen een goed idee om, met het oog op de functiedifferentiatie, meer directe zorgtaken over te dragen aan de mbo'ers. Hierdoor kunnen zij zelf taken over nemen van de teamleider, zoals het meedenken over de protocollen en de kwaliteit van de zorg. Het is hierbij volgens de respondenten echter wel belangrijk om bij zo'n eventuele takenwijziging wel de juiste balans te behouden tussen het

leveren van de directe zorg aan patiënt en het werk dat meer overstijgend en beleidsmatig is.

Maar ik denk soms wel: als hbo verpleegkundige zou ik meer kunnen betekenen en meer kunnen doen qua kwaliteit en dat dan de mbo'er meer op de vloer staat. Dan heb je als hbo'er meer de tijd om bijvoorbeeld een kwaliteitsvoorstel te maken of dingen uit te zoeken over wat anders zou moeten [resp. 3].

Kortom: de rol van zowel zorgverlener, coach en regisseur en de bijbehorende competenties lijken in de praktijk goed door de verpleegkundigen benut te kunnen worden. Voor de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar lijkt deze benutting echter niet op te gaan, wat de meeste verpleegkundigen erg jammer vinden. Dit met name omdat bij de competenties die horen bij deze rollen, sterk de nadruk la tijdens de studie en zij hier nu geen aansluiting mee vinden. Sommigen van hen komen tijdens het gesprek over de rol van ontwerper dan ook al zelf met een mogelijke oplossing: het maken van een strikter onderscheid tussen de werkzaamheden mbo'ers en hbo'ers. Hierdoor zal de hbo'er naar verwachting meer tijd krijgen voor de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar, waarbij de mbo'er meer de nadruk legt op de verzorging van de patiënt. Hiermee komen we aan bij de verschillen tussen deze twee niveaus.

Volgens het merendeel van de respondenten wordt er in het ziekenhuis momenteel geen enkel onderscheid gemaakt tussen mbo en hbo verpleegkundigen en de gevraagde competenties (resp. 1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 13 en 14). Ze geven aan dat er bij hun op de afdeling precies hetzelfde van hen wordt verwacht als van hun collega's die een mbo opleiding hebben gevolgd.

(..) dat merk je niet in de praktijk. Ik raad alle leerlingen dan ook aan om nog hbo te gaan doen. Je doet wel echt hetzelfde.. Ik hoorde inderdaad toen ik net klaar was met hbo veel van: maar waarom ga je nu hbo doen, want uiteindelijk doet je toch hetzelfde werk. Dat klopt wel, in de praktijk doe je qua vaardigheden allemaal hetzelfde, maar qua kennis en niveau zit je toch wel echt hoger [resp. 1].

Bovenstaand citaat laat zien dat er door het ziekenhuis aan beide groepen weliswaar dezelfde competenties worden gevraagd, maar dat het aanbod van competenties tussen de twee niveaus wel degelijk van elkaar verschilt. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat dit verschil tussen mbo en hbo vooral zit in het stukje overstijgend denken en het houden van overzicht, wat volgens hen de hbo'er beter lijkt te kunnen.

(...) als het aankomt op planmatig werken, overstijgend denken en bijvoorbeeld die rol van ontwerper, dan denk ik dat er wel echt een groot verschil zit. Maar.. omdat het niet van ons gevraagd wordt valt het niet zo op hahaha [resp. 14].

Aansluitend bij het overstijgend denken, hebben de respondenten het idee dat zij al hbo'er meer nadenken over de gevolgen van hun handelingen op de langere termijn (resp. 3, 6, 8 en 10). Waar een mbo'er meer praktisch is en het liefst uitvoerend werkt, lijkt de hbo'er vaak net wat verder door te denken.

Ik denk dat de hbo kant meer denkend is. De mbo'ers zijn echte doeners, tenminste dat vind ik altijd, zij pakken aan en de hbo'er die denkt bijvoorbeeld: hoe moet dat dan volgende week. Die denkt iets meer vooruit en probeert een beetje een plannetje te maken van kijk, dit loopt niet en ik denk dat we het beter zus of zo aan kunnen pakken. En ik denk dat een mbo'er dat misschien ook weleens denkt, maar het meer voor lief neemt en denkt: daar kunnen we toch niets aan doen [resp. 3].

Echter, op het gebied van de directe zorgverlening hebben de hbo'ers het idee dat hun mbo collega's vaak juist een voorsprong hebben. Dit met name in het begin van hun carrière, wanneer je een hbo verpleegkundige vergelijkt met een mbo verpleegkundige die beiden net hun diploma hebben gehaald. De respondenten geven aan te merken dat de mbo'ers die net beginnen, vaak meer kennis en ervaring hebben op het gebied van directe zorgverlening. Zij hebben vaak meerdere stages gelopen en krijgen daarnaast meer praktijkles in vergelijking met hbo'ers. Zoals eerder gesteld ligt de nadruk bij de hbo opleiding op het management en het beleid van de zorg. Hierdoor ervaren enkele hbo verpleegkundigen in het begin van hun loopbaan een achterstand op het gebied van directe zorgverlening, in vergelijking met een mbo'er. Volgens een van de respondenten, die tevens praktijkopleider is, haalt de hbo'er deze achterstand wel snel in.

Ja je merkt wel op de afdeling dat de mbo'ers beginnen met werken en leren en hbo'ers zijn meer van het leren en werken. De mbo'ers hebben daardoor vaak een voorsprong , maar op langere termijn blijven zij weer meer hangen en gaan de hbo verpleegkundigen hoger op. Ze overzien het wat beter en gaan wat meer dingen uitzoeken. De mbo'ers zijn toch meer praktisch gericht en hebben dat goed onder de knie en dat vinden het wel voldoende zo [resp. 2].

Tot slot benadrukken vier respondenten dat het verschil tussen mbo en hbo wel per individu weer anders is en dat er altijd wel mbo'ers zijn die het beter doen dan sommige hbo collega's. Echter, over het algemeen zien zij bovenstaande verschillen in het aanbod van competenties, vaak terug in de praktijk. (resp. 4, 6, 8, 12).

4.2 Bevorderende en belemmerende factoren voor de benutting van competenties

Om te begrijpen waarom hbo verpleegkundigen ervaren dat zij sommige kennis en vaardigheden niet kunnen benutten, is onderzocht welke factoren hierin een rol spelen. Er worden diverse factoren genoemd, welke hieronder nauwkeurig worden beschreven.

Allereerst wordt door driekwart van de respondenten het nemen van eigen initiatief genoemd als de belangrijkste bevorderende factor. Het merendeel is van mening zelf verantwoordelijk te zijn voor de benutting van hun competenties (resp. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14). Een van de respondenten laat weten dat het bij haar op de afdeling gemakkelijk is om aan het begin van de werkshift je eigen patiënt te kiezen, waardoor je als verpleegkundige in de gelegenheid bent om vaak de makkelijkste weg te nemen. Het is volgens haar belangrijk om hierin steeds zelf initiatief te tonen, je verantwoordelijkheid te nemen en jezelf op deze manier scherp te houden om je kennis en vaardigheden te benutten.

Ja, dat ligt denk ik toch het meest aan zelf. Je hebt daar zelf een grote rol in op de manier hoe je deze ook uit denk ik. Als ik niet zou willen, dan zou ik er namelijk ook wel onderuit kunnen komen door bijvoorbeeld voor een makkelijkere patiënt te kiezen, maar dat is natuurlijk niet de bedoeling. Ik wil mijn vaardigheden natuurlijk wel behouden, dus daarom doe ik dat niet [resp. 2].

Dit initiatief kunnen verpleegkundigen bijvoorbeeld nemen door deel te nemen aan verschillende werkgroepen die er zijn op de afdelingen. Deze gaan over allerlei uiteenlopende onderwerpen, van wondverzorging en pijnbeleving tot protocollen en kwaliteitszorg. Zodra op een afdeling een nieuwe werkgroep in het leven wordt of wanneer er nieuwe mensen nodig zijn, is het vervolgens geheel aan jezelf om daar iets mee te doen (resp. 4, 6, 9).

Ik vind wel dat het initiatief hier op de afdeling vooral bij jezelf ligt, dus als er een nieuw werkgroepje komt overeen bepaald onderwerp.. dan wordt dat eens een keer opgegooid en gezegd van: we zoeken nog mensen, maar dan is het verder helemaal aan jezelf. Ik zie het vrij weinig voorkomen dat ze echt naar mensen toe gaan van zou jij dit of dit willen doen (...). Het moet dus wel echt vanuit jezelf komen. En ja, daar is ook niets mis mee, want ja eigen initiatief is ook belangrijk natuurlijk. [resp. 9].

Volgens de hbo verpleegkundigen nemen zij meer eigen initiatief dan hun mbo collega's. Zowel de verpleegkundigen als de teamleiders laten weten hier een duidelijke verschil te merken tussen de twee niveaus. Het draait hier vooral om een stukje zelfstandigheid, dat aansluit bij het initiatief om zelf taken op je te nemen. Het signaleren van problemen gaat zowel de hbo'ers als de mbo'ers goed af, maar om uiteindelijk ook met een aanpak of verbeterplan te komen zodra zich een probleem voordoet, is volgens de respondenten meer iets van de hbo'ers. Een van de teamleiders laat weten dat mbo verpleegkundigen vaker zoiets hebben van: ik drop even mijn probleem bij de teamleidster en succes ermee, terwijl hbo'ers een stapje vooruit denken en eerst zelf een oplossing proberen te bedenken voordat zij het op tafel gooien.

Aansluitend bij het nemen van eigen initiatief worden ook de begrippen autonomie en vrijheid regelmatig genoemd als voorwaarden voor de benutting van competenties (resp. 4, 8, 6, 14). Een van de respondenten geeft aan autonomie het belangrijkste te vinden tijdens het werk. De verpleegkundige ziet het krijgen van autonomie niet zozeer als een taak van de teamleider, maar vooral als verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Deze autonomie is volgens de verpleegkundige belangrijk om het werk goed te kunnen doen, zonder daarbij steeds op de vingers te worden gekeken. Deze respondent is van mening dat er op dit moment te veel regels en keurslijven zijn in de zorg waar aan voldaan moet worden, wat belemmerend werkt om eigen initiatief te nemen.

Nou, de rol van het ziekenhuis is dus om me het gevoel van autonomie te geven en me niet in een keurslijf te dwingen en tegelijkertijd vind ik het ook de taak van het ziekenhuis om me uit te dagen gebruik te maken van de dingen die er ziekenhuisbreed gebeuren (...). In de zorg hebben we allerlei eisen en regels waaraan we moeten voldoen en ik denk dat het heel belangrijk is om daar eens een beetje van los te komen. Als ik dan ook de mogelijkheid zou krijgen om elders aan de slag en ik word daar in geprikkeld doordat er aangegeven wordt: we willen dingen helemaal anders doen, daar word ik daar wel door aangetrokken [resp. 6].

In de eerste plaats zijn het dus vooral individuele factoren, zoals het nemen van eigen initiatief en het hebben van autonomie, die bepalend lijken voor de benutting van competenties. Wel wordt gezegd dat de omgeving hier een belangrijke rol in heeft, om het initiatief en de autonomie ook te bieden. De sfeer in zowel het ziekenhuis als op de afdeling speelt weliswaar een belangrijke rol, maar volgens de verpleegkundigen is in de eerste plaats het nemen van eigen initiatief doorslaggevend als je de competenties waarover je beschikt goed wilt benutten.

Verschillende verpleegkundigen geven aan dat allereerst de teamleider hierbij een doorslaggevende rol heeft, aangezien hij of zij het initiatief en de autonomie dient te faciliteren. Je kunt volgens de respondenten namelijk wel veel eigen initiatief nemen om iets aan te pakken op de afdeling, maar het is uiteindelijk aan de teamleider om hier op in te spelen en gehoor te geven aan de behoeften.

Maar het is ook maar net wat je zelf aangeeft aan de teamleider. Tijdens mij tweede week gaf ik meteen aan bij dat ik wel wat extra's zou willen doen en meer uitdaging zocht dan alleen de verzorging. Dat heeft de teamleider toen ook doen besluiten om mij uiteindelijk eerste verpleegkundige te maken [resp. 1].

Zo ligt de keuze om wel of niet met een eerste verpleegkundige op de afdeling te werken bij de teamleider. Een van de respondenten laat weten dat de teamleider van haar afdeling er een tijd geleden voor heeft gekozen geen eerste verpleegkundigen aan te stellen op haar afdeling, terwijl zij van mening is dat deze functie haar of een van haar collega's meer

vrijheid zou geven om wat extra's te doen, zoals het deelnemen aan werkgroepen.

Op veel afdelingen werken ze trouwens met een eerste verpleegkundige, maar die hebben wij ook niet .. naar wat ik weet is dat een bewuste keus geweest van een de teamleiding. Maar dat zijn wel dingen waardoor je als verpleegkundige net wat extra's kunt doen en mee kunt denken (...) [resp. 5].

Naast het faciliteren van initiatief en autonomie, heeft de teamleider volgens de respondenten ook de belangrijkste rol in het management. De organisatorisch managers en de beleidsmedewerkers hebben dan wel een belangrijke vinger in de pap, maar zij staan te ver van de verpleegkundigen af om echt veel invloed te hebben. Enkele respondenten laten weten dat het algemene beleid en het budget weliswaar door hogere hand wordt bepaald , maar dat het uiteindelijk de teamleider is die bepaald hoe dit precies wordt geïmplementeerd op de afdeling (resp. 4, 6, 12).

Daarnaast lijken de respondenten erg tevreden over de mogelijkheden die er door hun teamleiders worden geboden om hun competenties zowel de verbreden als te verdiepen. Ook hierbij is het volgens de respondenten belangrijk dat de verpleegkundige zelf initiatief neemt en zich inschrijft voor cursussen om de eigen kennis en vaardigheden up to date te houden (1, 2, 5, 8, en 12)

(...) je mag het wel aangeven bij je teamleider op het moment dat je interesse hebt (...) Dus het is voor een deel ook eigen initiatief en ik merk wel dat hbo verpleegkundigen daar vaker gebruik van maken [resp. 12].

Uit de verhalen van de verpleegkundigen komt duidelijk naar voren dat de teamleider ook de touwtjes in handen heeft wanneer het gaat om het wel of niet mogen deelnemen aan bepaalde cursussen of trainingen.

Ik wilde bijvoorbeeld vitale functieleer 1 doen en dat was puur voor kennis. Dat was meer omdat ik zelf het idee had: het is allemaal een beetje weggezakt (..) Maar dat vonden ze op de afdeling niet echt nodig. Nou, uiteindelijk heb ik mijn zin doorgedrukt en dan mag je het wel doen. En ja, zo is het met meerdere dingen. Ik heb nog nooit van iemand gehoord dat er naar ze toe is gekomen van nou, misschien moet jij eens die cursus gaan doen. Het is meer eigen initiatief .. [resp. 4].

Daarnaast vindt er jaarlijks een functioneringsgesprek plaats met de teamleider van de afdeling, waarbij wordt gekeken naar wat er nog te leren is en of dit ook meerwaarde heeft voor de afdeling in zijn geheel (resp. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 14). Op de afdeling cardiologie wordt de verpleegkundigen ieder jaar opnieuw gevraagd om een persoonlijk ontwikkelplan te schrijven, wat hen dwingt om zich bewust te worden van hun valkuilen. Hierbij stellen de verpleegkundigen een plan op met daarin hoe zij deze valkuilen willen verbeteren en welke

cursussen zij daarvoor zouden willen volgen (resp. 1, 3, 4, 7 en 12). Dit persoonlijk ontwikkelplan wordt vervolgens toegelicht en besproken tijdens het functioneringsgesprek. In overleg met de teamleider wordt dan gekeken welke cursussen en trainingen het best aansluiten bij de wensen van beide partijen.

(..) je hebt elk jaar een functioneringsgesprek en daarbij moeten we een pop maken, een persoonlijk ontwikkel plan. Dan kun je aangeven hoe jij jezelf ziet, wat je sterke en zwakke kanten zijn, wat je nog wil leren enzo. Eigenlijk een soort van zelfreflectie. Daar denk je normaal nooit echt over na, dus dat maakt je wel bewust van jezelf [resp. 1].

Ook de teamleider verwijst naar deze jaarlijks terugkerende gesprekken:

Ja daarvoor hebben we de jaarlijkse functioneringsgesprekken. Dan gaan we persoonlijk in gesprek en laten we onze medewerkers een persoonlijk ontwikkelingsplan maken. (..) dan zie je dus ook van: wat zijn er nog voor knelpunten en wat valt er nog te ontwikkelen [resp. 12].

De rol van de teamleider is volgens de respondenten extra belangrijk bij de verpleegkundigen die uit zichzelf niet zoveel initiatief nemen. Het is dan aan de teamleider om degene die hierin terughoudend is een duwtje in de juiste richting te geven en zo te stimuleren.

Een van de verpleegkundigen geeft aan zich bewust te zijn van haar competenties vanwege haar nevenfunctie als praktijkopleider. Bij haar op de afdeling zijn er daarentegen veel collega's die niet zo snel een paar competenties van zichzelf op zouden kunnen noemen of aan zouden kunnen geven waarin zij willen groeien. Het is volgens haar dan ook aan teamleider van de afdeling om tijdens het functioneringsgesprek meer aandacht te besteden aan vragen als: 'waar sta je nu, waar wil je heen en waar zou je nog aan willen werken'? Iets dat op de afdeling cardiologie, door het gebruik van het persoonlijk ontwikkelplan, wel heel goed gaat.

Er lijkt vanuit de teamleiding vooral veel aandacht te zijn voor dat waar nog ruimte is voor verbetering en ontwikkeling en dus niet zozeer voor de talenten waarover de verpleegkundige al beschikt. Zo geeft een respondent van de afdeling geriatrie aan het erg jammer te vinden dat er geen aandacht is voor extra aantekening die ze in deze richting heeft behaald.

Ja.. ik heb ook een geriatrie aantekening, dus dat is dat je naast je verpleegkundige diploma ook nog specifiek geriatrie verpleegkundige bent. En dan heb je dus meer verstand van geriatrie specifieke dingen, dan een normale verpleegkundige.. nou, daar wordt hier echt niets mee gedaan (..) [resp. 14].

Naast de belangrijke rol die de teamleider lijkt te hebben, is volgens de meerderheid van de verpleegkundigen ook het team waarin zij werken van grote invloed bij de benutting van hun competenties (1, 5, 6, 10). Hierbij draait het vooral om de zogenaamde 'teamspirit'. Een van de respondenten geeft aan dat het belangrijk is om een concreet en gemeenschappelijk doel te hebben op de afdeling, waarbij je elkaar scherp houdt en aanspreekt wanneer een collega hier niet in mee lijkt te gaan.

Ja, ik denk dat je met elkaar daarin heel sterk een gezamenlijke verantwoordelijkheid moet hebben en wel samen een stip aan de horizon moet bepalen en elkaar ook aanspreekt om het moment dat je ziet dat iemand om wat voor reden dan ook een andere koers begin te varen (...). Maar uhm, dat vind ik dus heel belangrijk: gezamenlijke verantwoordelijkheid en met elkaar in gesprek blijven [resp. 6].

Ook de samenstelling van het team is volgens de respondenten van belang. Zo laat een van hen weten dat het team waar hij zelf deel van uit maakt erg jong is en hij merkt dat iedereen in dit team graag vooruit wil en de afdeling wil verbeteren. Dit is voor zowel hem, als de rest van het team een belangrijke stimulans om scherp en gemotiveerd te blijven: 'als anderen dat willen dan neemt dat je ook wel mee denk ik'. Binnen het team moet je elkaar de ruimte geven om competenties toe te passen, bijvoorbeeld door de ander eens die bepaalde handeling te laten doen die niet vaak voor komt op de afdeling.

Tot slot kan naast de teamleider en het team ook het ziekenhuis mogelijkheden bieden om de competentiebenutting te bevorderen.

Volgens driekwart van de verpleegkundigen is het de taak van het ziekenhuis om een goede werkomgeving aan te bieden en trainingen en cursussen te verzorgen. Hierdoor komen aangeboden competenties goed uit de verf en blijven ze behouden. Twee grote belemmerende factoren hierbij zijn tijd en geld. In de eerste plaats wordt door de meerderheid van de respondenten tijd als een van de meest belemmerende factoren genoemd (resp. 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12 en 14). Er is vaak wel de wil bij zowel de verpleegkundigen, collega's en teamleiders om deel te nemen aan bijvoorbeeld een werkgroepen over hoe de protocollen op de afdeling verbeterd moeten worden. Echter, de tijd is een factor die hierbij roet in het eten gooit, aldus bovenstaande acht respondenten.

Maar er is vaak geen tijd, of tenminste, als je er echt iets mee wil doen dan moet je er uren voor krijgen en dat is gewoon heel lastig. En ik wil best weleens thuis een boekje doorlezen of een mailtje sturen, maar ik ga geen kwaliteitsvoorstel zitten te maken om dan hier op de afdeling te presenteren.. nee [resp. 3].

Ook de teamleiders zelf geven aan het lastig te vinden tijd vrij te maken om beter gehoor te geven aan de benutting van competenties (resp. 6, 12). Een van is van mening dat er inderdaad meer gedaan zou kunnen worden met de competenties die de hbo

verpleegkundigen aanbieden, maar zich als teamleider steeds afvraagt: waar haal ik in vredesnaam de tijd vandaan? Als deze er niet is dan is het heel simpel: 'dan lukt het gewoon niet'. Wel denkt de teamleider dat dit per afdeling verschillend is en dat er best afdelingen zijn waar meer tijd vrij kan worden gemaakt om hier aandacht aan te besteden. De afdeling van deze teamleider, geriatrie, ligt in de zwaarste patiëntencategorie waardoor de patiënt veel tijd van de verpleegkundige vraagt en daardoor vaak niet de gelegenheid is om bijvoorbeeld deel te nemen aan een werkgroep. Ook een andere teamleider deelt de mening dat het lastig is zich bezig te houden met competentiebenutting vanwege de tijd: 'als teamleider moet je heel creatief om zien te gaan met de tijd, maar de directe zorg voor de patiënt is nu eenmaal het belangrijkste en daardoor blijft er vaak geen tijd meer over voor andere dingen, zoals de taken die horen bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar'. Een van de respondenten linkt het gebrek aan tijd aan de werkdruk die heerst op de afdeling. Deze is erg hoog op haar afdeling, waardoor er weinig tijd is om bezig te zijn met andere werkzaamheden dan het bieden van de directe zorg.

Hier is het een groot deel werk werkdruk, het is hier altijd druk.. en uh, als je dan iets doet, dan doe je dat naast je werk in je vrije tijd of tijdens overuren. Maarja, die overuren kun je vervolgens nooit opnemen omdat het te druk is.. Dus als je iets met die kwaliteitsbevordering wil doen dan vooral eigen tijd en ja, dan moet je het heel leuk vinden om daar tijd aan te besteden ..[resp. 14].

Tot slot wordt de beloning die de verpleegkundigen krijgen in relatie gebracht met de benutting van hun competenties. De respondenten zien dit als een belangrijke trigger om wel of niet iets extra's te doen naast hun reguliere werk en op deze manier hun competenties beter te benutten. Een hbo verpleegkundige kan namelijk wel de kennis en vaardigheden bezitten om een nieuw protocol voor de afdeling te schrijven, maar als niets extra's voor wordt gegeven en dit bovendien in de vrije tijd moet gebeuren, zal het merendeel deze competentie dan maar te laten voor wat het is, aldus een van de respondenten.

Want ja zolang je denk ik niets doet met het onderscheid tussen mbo en hbo , daag je mensen zelf ook niet uit om er iets mee te doen. Snap je? (..). Van nature is iedereen denk ik toch een beetje makkelijk en lui en als je ze zoiets hebben van ja ik kan wel iets extra's, maar er staat niets tegenover .. dan denkt 99% denk ik van, waarom zou ik buiten m'n werk om, of thuis zelfs nog aan iets gaan zitten werken als ik er toch geen waardering of salaris, om het dan toch maar even te noemen haha, voor terug krijg [resp. 17].

Ook een verpleegkundige van de spoedeisende hulp denkt dat geld een belangrijke stimulans zou zijn voor hbo verpleegkundigen om extra taken op zich te nemen en zo meer te doen met hun kennis en vaardigheden.

Ja, je moet het er vaak bij doen he, in je eigen tijd. En je krijgt niet meer of minder betaalt dan iemand die het niet doet. We hebben in Nederland het volgende bedacht: we hebben een functiewaardering, dus we voeren een bepaalde functie uit en daarvoor krijg je betaalt en ja, als jij er puur bent voor het vervullen van die functie maakt dat geen verschil. Je wordt zo niet echt gestimuleerd meer te doen en daardoor wordt het vaak ook niet gedaan. Want ja, waarom zou je. Het is puur vanuit je eigen interesse dat je het dan moet doen [resp. 11].

Kortom: de factoren die volgens hbo verpleegkundigen een rol spelen bij competentiebenutting, zijn in de eerste plek individuele factoren als eigen initiatief en autonomie. Om deze individuele factoren te faciliteren of versterken, blijkt de omgeving waarin de verpleegkundige werkt van belang te zijn. De teamleider heeft de taak om gehoor te geven aan initiatieven en hiervoor de ruimte te beiden. Daarnaast heeft ook het team een belangrijke functie, waarbij het met name draait om het stimuleren van elkaar. Tot slot zijn factoren in de context van het ziekenhuis, zoals tijd en beloning, van invloed bij de benutting van de kennis en vaardigheden waarover hbo verpleegkundigen beschikken.

4.3 Loopbaanverwachtingen van hbo verpleegkundigen

Om beter te begrijpen hoe de competentiebenutting gerelateerd is aan de loopbaanverwachtingen, wordt in deze paragraaf ook aandacht besteed aan de factoren die volgens de verpleegkundigen deze verwachtingen beïnvloeden.

De verwachtingen die de respondenten hebben over hun loopbaan verschillen onderling veel van elkaar, maar opvallend is dat zij zeer eensgezind zijn wanneer het gaat om het blijven werken op dezelfde afdeling. Tien van de in totaal veertien verpleegkundigen zijn er van overtuigd dat zij over vijf tot tien jaar niet meer op hun huidige afdeling werken. In de volgende paragraaf komt aan bod welke factoren hier op van invloed zijn.

Wat zij zichzelf in de toekomst wel zien doen, daar zijn de meningen over verdeeld. In de eerste plaats lijkt een baan als teamleider erg gewild, aangezien 6 van de 14 verpleegkundigen aangeven interesse te hebben in de toekomst aan de slag te gaan als teamleider (resp. 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11). Dit vooral vanwege de verwachting als teamleider meer uitgedaagd te worden en daarnaast meer overstijgend bezig te zijn, onder andere met de kwaliteit van de zorg op de afdeling.

Ik ambieer ook zeker wel een leidinggevende functie op het moment. Ik ben hier nu ook vervangend teamleider op de afdeling. Dus er zijn wel competenties die ik heb en straks tijdens een rol als teamleider nog meer tot uiting zou willen brengen, zoals het houden van overzicht en dergelijke (...). Onlangs heb ik gesolliciteerd voor een leidinggevende functie hier intern op een andere afdeling. Dit ben ik uiteindelijk niet geworden, ook vanwege m'n leeftijd, ze vonden me nog wat te jong. Maar dat zou ik in de toekomst wel zeker willen doen. Zo'n leidinggevende functie, en dan op een afdeling de boel runnen [resp. 2] .

Een van de verpleegkundigen geeft aan dat vooral het coachende aspect haar aanspreekt bij de functie van teamleider. Ze merkt tijdens haar huidige werk als verpleegkundige goed te zijn in het stimuleren van de communicatie binnen een team en het aansturen van het personeel. Dit zijn vaardigheden waar ze graag meer mee zou willen doen, bijvoorbeeld tijdens een functie als teamleider, maar eventueel ook in het onderwijs of als praktijkopleider.

Ik denk ik daar heel goed in zou zijn hahaha. Ik denk dat ik echt oog heb voor 'mijn personeel', tussen aanhalingstekens, sssst. Ik denk gewoon echt dat ik oog heb voor detail en dat ik, ja dat klinkt heel uh, dat ik goed kan pijlen hoe mijn team zich voelt en waar knelpunten zitten. En ik vind het leuk om dat soort dingen dan aan te pakken. Maar ik weet niet zeker of ik dat per se op een verpleeg zou willen (..) anders meer richting de kant van leerlingen, wel in de zorg. En dat ik dan praktijkopleider word of echt in het onderwijs zaken ga aansturen [resp. 4].

Evenals bovenstaande respondent zien ook drie andere collega's het wel gebeuren later in hun carrière nog een uitstapje maken naar het onderwijs. Dit door les te gaan geven op bijvoorbeeld een ROC of hogeschool. Een van hen geeft aan met deze hbo-v opleiding nog veel kanten op kunt en dat je niet per se voor de rest van je leven aan het bed hoeft te blijven staan. Zo ziet deze verpleegkundige zichzelf in de toekomst aan het werk als leraar of bijvoorbeeld bij de arbodienst.

De verpleegkundigen die verwachten uiteindelijk hogerop te gaan en bijvoorbeeld een management of beleidsfunctie te gaan bekleden, geven aan het belangrijk te vinden om bij een hogere functie actief te blijven op de werkvloer (resp. 4, 6, 11). Hierbij spreken zij over de zogenaamde 'feeling' met de werkvloer en de patiënt, om zo te blijven ervaren wat er nu echt speelt op de afdeling. Twee respondenten laten weten dat minder direct contact met de patiënt voor hun een reden om geen functie als teamleider te ambiëren. Zij zijn bang dat hiervoor te weinig tijd zal zijn en hechten hier veel waarde aan.

Vooral omdat ik de zorg beter wilde maken en beter wilde organiseren. En ik merkte dat als verpleegkundige mijn scoop heel klein was. Dan kun je de wereld beter maken voor die 4 patiënten waar je die dag voor zorgt, maar wil je dingen echt beter en anders gaan doen, dan zul je omhoog moeten. En het lastige is dat ik die feeling met die werkvloer wel nodig heb. Want uiteindelijk ben ik, met de studies die ik nu heb gehad, nog steeds zwaar overgekwalificeerd voor de functie die ik nu uitoefen.. maar dat hoeft niet erg te zijn.. [resp. 6]

Daarnaast zijn er veel verpleegkundigen die in de toekomst uitdaging willen zoeken op een andere afdeling. Het gaat hierbij om afdelingen waar meer kennis en vaardigheden van hen zal worden gevraagd en waarvoor vaak een extra opleiding nodig is. Zoals eerder al kort aan

bod kwam in paragraaf 4.1.2 verschilt het per afdeling en specialisatie hoeveel kennis en vaardigheden de verpleegkundigen kunnen toepassen. Hoe specifiek de afdeling, zoals cardiologie, orthopedie of geriatrie, des te minder algemene kennis er van hen wordt gevraagd. Met name een plek op de spoedeisende hulp of de intensive care afdeling lijkt erg gewild (resp. 1, 3, 7, 9, 10, en 11 die momenteel met de opleiding voor de op de SEH bezig is)

Bijvoorbeeld naar de eerste hulp (..). Dan heb ik bijvoorbeeld ook niet meer de ochtendverzorging, zoals het wassen en dergelijke van de patiënten, maar echt de acute zorg. Mensen zijn acuut ziek en moeten dan geholpen worden. Dat verzorgen en wassen hoeft niet meer per se van mij, dat heb ik nu na 7 jaar als verpleegkundige te hebben gewerkt wel uh gezien haha [resp. 1].

Waar de actie en de spanning bij afdelingen met acute zorg, zoals de SEH en de intensive care, voor de bovenstaande respondenten een reden is om daar in de toekomst te willen werken, is dit voor de verpleegkundigen die daar momenteel werken juist een reden om hier te blijven.

Nou ik denk dat de uitdaging hier op de Intensive Care nooit helemaal weg gaat voor mij. Er is hier altijd wel actie en acute gevallen, geen dag is hetzelfde en dat zal altijd zo blijven [resp. 2].

Twee van de veertien respondenten denken er zelfs aan om binnen nu en zo'n tien jaar een eigen onderneming te beginnen in de zorgsector, zoals een eigen hospice of verpleegtehuis.

Binnenkort kan ik dus iemand waarnemen als teamleider. Daarna wil ik wel meer mijn pijlen richting het team leidinggeven gaan zetten. Dit des te meer omdat ik ergens tijdens mijn loopbaan de plannen heb om mijn eigen hospice op te gaan zetten. Dus vanuit dat oogpunt wil ik ook wel mijn management gedeelte uitbreiden (..) [resp. 5].

Ook een van de teamleiders sluit zeker niet uit nog een iets voor zichzelf te gaan beginnen. Dit vanwege de passie voor ouderen en bovendien de management kennis en vaardigheden, die zijn opgedaan tijdens zowel het werk als teamleider en de master zorgmanagement. Deze kunnen goed van pas komen bij het opzetten van een eigen verzorgingstehuis, aldus de teamleider.

Er zijn weleens mensen die zeggen dat ik directeur wordt van 1 of ander bejaardenhuis of helemaal zelf iets voor ouderen ga opzetten. En dat sluit ik zeker niet uit (...) [resp. 6.]

Wat daarnaast opvalt bij de loopbaanverwachtingen van de verpleegkundigen, is dat geen van hen verwacht de gehele carrière aan het bed te blijven staan en hiermee directe zorg te

blijven leveren aan de patiënt. Een verpleegkundige van de afdeling geriatrie vertelt dat het werk voor een buitenstaander misschien wel heel afwisselend lijkt, maar dat je uiteindelijk iedere dag precies hetzelfde doet. De patiënt is weliswaar anders, maar de handelingen die je verricht veranderen niet. Ondanks dat geen van hen zich nog lang aan het bed ziet staan, zijn twaalf van de veertien verpleegkundigen er wel van overtuigd in de zorgsector te blijven werken. Of dit nu is als teamleider, beleidsmedewerker, zelfstandig ondernemer of nurse practitioner.

Wanneer we kijken naar de loopverwachtingen van verpleegkundigen, is volgens alle respondenten een duidelijk verschil merkbaar tussen hbo en mbo. Zo bekleden mbo'ers langer dezelfde functie en blijven ze daarnaast langer op dezelfde afdeling werken in vergelijking met hbo verpleegkundigen. Daarnaast lijken zij volgens de hbo verpleegkundigen sneller tevreden te zijn en minder behoefte te hebben aan een zogenaamde stijgende lijn in hun carrière: 'goed is goed' (resp. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11 en 14). Het merendeel van de respondenten heeft het idee dat 'zij' als hbo verpleegkundigen meer de drang voelen om zichzelf verder te ontwikkelen, door toe groeien en op den duur een hogere functie te bekleden, in vergelijking met hun mbo collega's.

Na enkele jaren op een afdeling gewerkt te hebben merken ze vaak meer in hun mars te hebben dan hun mbo collega's en daarnaast ook makkelijker toegang te hebben tot vervolgoopleidingen om bijvoorbeeld nurse practitioner of physician assistent te worden. Voor deze masters is een hbo diploma vereist en een van de respondenten geeft aan dat deze kansen om verder door te studeren sneller worden opgepakt door hbo'ers.

Kijk, de mbo'ers die blijven bij wijze van jaren op dezelfde plek. Maar zij vinden dat ook wel prima heb ik het idee [resp. 1].

Met name op het gebied van carrière maken lijkt er dus een groot verschil te zijn tussen mbo en hbo verpleegkundigen. Zoals eerder werd besproken is het verschil tussen beide niveaus op de werkvloer niet op iedere afdeling even goed merkbaar, omdat in de loop van de tijd vooral ervaring een grote rol gaat spelen. Op het gebied van carrière (willen) maken is dit verschil echter wel duidelijk te zien. Door twee respondenten wordt dit verschil in de wil om door te groeien wel eens als frustrerend ervaren. Waar de hbo'er vaak uit zichzelf meer taken op zich neemt door bijvoorbeeld deel te nemen aan werkgroepen, blijft de mbo'er stilstaan. Zij lijken minder behoefte te hebben aan deze extra stap en dat leidt weleens tot kleine ergernissen.

We moeten vooruit en bij mbo'ers hoor je vaker: laat mij maar gewoon werken en m'n ding doen. Dat is op zich prima, zeker als je de zorg goed doet. Maar dan denken wij wel: kom op, doe eens wat meer. Wat je veel ziet bij mbo'ers : die blijven steken op een gegeven moment. Die laten een korte, kleine groei zien in het begin van hun carrière en blijven daarna vlak. Ze willen niet doorgroeien, maar gewoon, ja, blijven werken [resp. 1].

Samengevat verwachten bijna alle verpleegkundigen in de toekomst te blijven werken in de zorgsector, maar niet hun gehele carrière als verpleegkundige aan het bed. Het merendeel verwacht een functie als teamleider te gaan bekleden, wat een gewilde baan lijkt. Daarnaast verwachten ze in toekomst meer uitdaging te gaan zoeken op een andere afdeling. Vanwege de actie en de uitdaging zijn met name de afdeling spoedeisende hulp en de intensive care populair. Tot slot is er een duidelijk verschil merkbaar in de loopbaanverwachtingen tussen mbo en hbo verpleegkundigen. Zo lijken de mbo'ers minder behoefte hebben een stijgende lijn in hun carrière en blijven zij vaak langere tijd op dezelfde plek werken.

In de volgende paragraaf zullen de factoren worden besproken die volgens de respondenten van invloed zijn op hun loopbaanverwachting.

Factoren van invloed op loopbaanverwachtingen

Op de vraag welke factoren meespelen wanneer de verpleegkundigen aan hun toekomstige loopbaan denken, worden vooral uitdaging en afwisseling veel genoemd (resp. 2, 4, 5, 7, 11 en 14).

Het moet vooral leuk blijven en afwisselend en ik denk dat zolang iets afwisselend blijft, dat ik het heel lang kan volhouden. En ik denk dus dat dit wel meer zo is bij mijn baan als nurse practitioner straks.. want nu als verpleegkundige, ja.. je hebt wel steeds andere patiënten, maar uiteindelijk doe je iedere dag hetzelfde. En uh, heel leuk overigens.. maar.. het is wel altijd hetzelfde [resp. 14].

Ook het aantal jaren dat de respondenten werkzaam zijn als verpleegkundige blijkt van invloed op de manier waarover zij over hun loopbaan denken. Zo geeft een respondent van de afdeling cardiologie aan dat de eerste twee jaren erg hectisch waren. Om te beginnen was het specialisme cardiologie nieuw, was het daarnaast de eerste keer dat ze in dit ziekenhuis ging werken, kreeg ze nieuwe collega's en was het überhaupt de eerste fulltime baan. Daarnaast is cardiologie een vrij specifiek specialisme, welke heftige situaties kent en daarom moet je in het begin naast het reguliere werken een aantal intensieve cursussen volgen. De verpleegkundige geeft dan ook aan tijdens het eerste jaar van haar werk op deze afdeling nog seconde te hebben nagedacht over eventuele vervolgstappen in haar carrière. Wel laat zij weten dat dit nu langzaam begint te komen. Ook een van haar collega's van de afdeling cardiologie is van mening dat met name in het eerste jaar veel op je af komt en geeft aan in het begin erg zoekende te zijn gewoon. Nu, na zo'n 2,5 jaar, laat hij weten zijn draai helemaal gevonden te hebben en is hij toe aan een eerste stap in zijn carrière.

Ja, ik zou die rol van ontwerper inderdaad wel wat meer op me willen nemen. Ik werk hier nu dus tweeënhalve jaar en ik begin nu te merken dat je de eerste twee jaar toch vooral nog zoekende bent van, hoe ga je jezelf ontwikkelen als verpleegkundige en hoe sta je hier. En je collega's en dergelijke daar ben je dan allemaal mee bezig. En nu is dat gesetteld en voel

je je op je gemak hier en zit alles op z'n plek. En nu heb ik wel het idee dat ik meer uitdaging wil gaan zoeken [resp. 7] .

Daarnaast blijkt uit het verhaal van respondenten 2, 6 en 9, 14 dat autonomie voor hun bepalend is om wel of niet ergens te blijven werken. Volgens respondent 2 hebben hbo verpleegkundigen tijdens hun werk meer behoefte aan autonomie en vrijheid dan hun mbo collega's.

Ik denk dat autonomie hier heel sterk een rol bij speelt; het zelfstandig mogen beslissen. Ik denk dat een gemiddelde mbo'er dan ook meer teamafhankelijk is dan een hbo'er. Zo lijkt het soms wel, ook doordat ze naar mijn idee minder vertrouwen op hun eigen redeneringen [resp. 2].

Een van de respondenten die na de studie hbo-v een master Gezondheidswetenschappen heeft afgerond, vertelt dat bijna alle studiegenoten van de hbo opleiding uiteindelijk hogerop zijn gegaan. Het merendeel van haar oud klasgenoten staat dan ook niet meer in de directe zorg, maar bekleedt inmiddels een functie op hoger niveau. De verklaring die zij hiervoor geeft is dat stukje autonomie waar de hbo'er meer behoefte aan heeft.

Tot slot blijkt ook de functiedifferentiatie van invloed te zijn op de loopbaanverwachtingen van de hbo verpleegkundigen. Zo geeft het merendeel van de respondenten aan het fijn te vinden dat deze functiedifferentiatie plaats gaat vinden. Zij verwachten hierdoor meer tijd te krijgen om zich bezig te houden met meer hbo gerichte taken, zoals de kwaliteit van de zorg en onderzoek. De respondenten denken hierdoor beter in de gelegenheid te zijn om de kennis die zij hebben geleerd tijdens hun opleiding, tot uiting te brengen, waardoor hun kennis en vaardigheden beter benut worden (resp. 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 14).

Opvallend is dat er weliswaar veel voorstanders zijn van deze functiedifferentiatie, maar dat de meeste verpleegkundigen geen concreet voorstel heeft bij de vraag hoe dit verschil er in de praktijk uit moet gaan zien.

Ik denk dat het er uiteindelijk op neer komt dat de een meer aan het bed staat en de ander meer overstijgend werkt.. ik denk gewoon dat dit niet anders kan, want hoe moet je het dan structureren? Ik zou het echt niet weten.. [resp. 14]

Een van de teamleiders heeft hier wel goed over nagedacht en denkt dat hbo'ers al veel meer aan de rol van ontwerper toe zouden komen als simpele taken uit handen worden genomen.

Kijk, wij zouden hier op de afdeling al onwijs geholpen zijn met iemand die gewoon wil reageren op die bellen van patiënten en simpele klusjes kan doen, zoals naar de toilet brengen en eten/drinken halen. Ik denk dat daardoor de hbo'er meer toekomt aan datgene

waarmee hij zich onderscheidt [resp. 6]

Het merendeel van de respondenten laat weten het leuk te vinden om extra taken te krijgen op het gebied van kwaliteitsbevordering en meer begeleiding van studenten op zich te nemen. Hierbij stellen zij echter wel enkele voorwaarden. Zo zou een uitbreiding van de functie voor hbo'ers er niet toe moeten leiden dat mbo'ers minder gaan doen of dat mbo'ers minder verantwoordelijkheden krijgen dan nu (resp. 2, 5, 8, 10, 11 14). Dit zou bovendien ook niet werken geeft een van de respondenten aan: 'want dan krijg je dat mbo'ers die op een kamer staan steeds hulp of toestemming moet vragen aan een hbo collega'. Hierdoor zou de zorg alleen maar meer tijd in beslag nemen dan dat nu het geval is. Een tweede voorwaarde die wordt gesteld is dat hbo'ers in het geval van functiedifferentiatie nog wel het overgrote deel van hun werktijd in de directe zorg blijven staan. Deze directe zorg aan het bed en hiermee het contact met de patiënt is immers de reden waarom veel verpleegkundigen voor dit beroep hebben gekozen, aldus respondenten 1, 4, 6 en 8.

kijk als ze gaan zoeken dat de mbo'ers het patiënten contact gaan doen en de hbo'ers meer achter de scherm gaat werk.. kijk dan zou ik dat heel erg gaan missen. Ik vind het ook leuk om met de patiënten om te gaan en hen de verzorging te bieden, maar ik vind wel zeker dat ik daarna als hbo'er wat extra's mag doen ten opzichte van die mbo'ers ..[resp. 1]

De meeste respondenten laten dus weten voorstander te zijn van de functiedifferentiatie die er aan zit te komen. Ze vinden positief meer op niveau te worden ingezet en hiermee de toegevoegde waarde van hun hbo opleiding terug te gaan zien. Een van de respondenten zegt dan ook: 'dan heb ik in ieder geval niet voor niets hbo gedaan'.

Er lijken meerdere factoren van invloed te zijn op de manier waarop hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis hun loopbaan voor zich zien. Allereerst hechten zij veel waarde aan afwisseling en uitdaging. Hierbij speelt ook de periode mee dat zij op een afdeling werkzaam zijn, aangezien zij hier op den duur gewend raken en elders nieuwe uitdagingen gaan zoeken. Tot slot blijkt de functiedifferentiatie een rol te spelen bij de loopbaanverwachtingen. De hbo verpleegkundigen zijn doorgaans erg enthousiast over deze aankomende verandering. Zij verwachten hierdoor als hbo'er in de toekomst meer uitdaging te vinden.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal na de uitvoerige analyse van de resultaten, antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Bij het beantwoorden van de hoofdvraag zal een koppeling worden gemaakt tussen de empirie en de theorie, zoals besproken in het theoretisch kader.

Verwacht wordt dat zich de komende jaren veel veranderingen voor gaan doen in de zorg. Zo zien we op dit moment al dat mensen langer thuis blijven wonen, patiënten steeds later in het ziekenhuis terecht komen en dat zij hierbij vaak meerdere ziektebeelden tegelijkertijd hebben. Doordat de zorg steeds complexer wordt, zullen er in de toekomst andere competenties van de verpleegkundigen gevraagd worden. Vanwege deze toenemende complexiteit zal er naar verwachting dan ook een grote vraag komen naar verpleegkundigen met een hbo achtergrond. Nu doet zich het volgende probleem voor: hbo verpleegkundigen doen momenteel precies hetzelfde werk als hun mbo collega's, waardoor hun competenties worden onderbenut. Als gevolg gaan ze op zoek naar een baan met meer uitdaging en stromen zo uit het verpleegkundig beroep. Dit terwijl er rond 2025 naar verwachting een tekort zal zijn van maar liefst 450.000 zorgmedewerkers. Eerder onderzoek van Van der Velden et al. (2011) laat zien dat onderbenutting en daarmee een gebrek aan uitdaging een van de belangrijkste redenen is voor de deze uitstroom. Echter, welke competenties precies onderbenut worden en welke factoren hierin een rol spelen, is nog onduidelijk. Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen van de hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis over welke competenties zij wel en niet kunnen benutten en de betekenis voor hun loopbaanverwachtingen. Om in toekomst optimale zorgverlening te kunnen bieden, is een duidelijk beeld hierover van belang. De hoofdvraag luidt als volgt: *Hoe ervaren hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties in het TweeSteden ziekenhuis en wat betekent dit voor de verwachtingen dat zij hebben van hun loopbaan?*

Om de ervaren benutting van competenties door hbo verpleegkundigen in kaart te brengen is in lijn met Toolsema (2003) aandacht besteed aan zowel de kennis en vaardigheden die verpleegkundigen moeten bezitten volgens hun competentie-functieprofiel (vraagzijde), als aan de kennis en vaardigheden die verpleegkundige zelf aangeven te bezitten (aanbodzijde). Wat betreft deze gevraagde competenties blijkt dat het voor de meeste verpleegkundigen onduidelijk is welke competenties het ziekenhuis precies van hun vraagt. Het merendeel van de verpleegkundigen geeft aan dat het ziekenhuis hier weinig aandacht aan besteed. Wel staan er bij het ziekenhuis enkele kernwaarden centraal, maar deze vinden de respondent zo algemeen dat zij zich als hbo verpleegkundigen niet direct aangesproken voelen tot deze waarden. Kijkend naar de aangeboden competenties blijkt dat verpleegkundigen het gevoel hebben dat zij, met het afronden van een hbo opleiding, over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om deze functie goed te kunnen vervullen. Echter, in de praktijk blijken lang niet al deze competenties benut te worden.

Aan de hand van de resultaten kan worden geconcludeerd dat deze onderbenutting geldt voor zowel de kennis als vaardigheden die de verpleegkundigen aanbieden. Het aanbod lijkt lang niet altijd goed aan de sluiten op wat van hen wordt gevraagd in hun huidige functie. Zo ervaren verpleegkundigen bij de kennis waarover zij beschikken, vooral onderbenutting op het gebied van kwaliteitszorg en onderzoek. De verpleegkundigen geven aan dat hier veel aandacht aan wordt besteed tijdens de opleiding, maar dat er met deze kennis door de 'gewone verpleegkundigen' vervolgens weinig wordt gedaan in de praktijk. Alleen de teamleider en de eerste verpleegkundigen lijken zich hiermee bezig te houden. Ook de vakinhoudelijke kennis, waarmee de medische kennis over het menselijk lichaam wordt bedoeld, is onderbenut. Dit is voor een groot deel afhankelijk van afdeling waar de verpleegkundige werkt. Indien een afdeling algemener is, zoals de intensive care en de spoedeisende hulp, kan deze vakinhoudelijke kennis beter worden toegepast.

Wanneer we naar de vaardigheden van de verpleegkundigen kijken kan worden geconcludeerd dat competenties als het leveren van directe zorg, het geven van zorgvoorzichting, het coördineren van deze zorg, het begeleiden van leerlingen en het coachen van collega's, doorgaans goed benut kunnen worden. Dit zijn competenties die volgens het competentieprofiel van hbo verpleegkundigen horen bij de rol van zorgverlener, coach en regisseur. Opvallend is dat de respondenten een andere omschrijving geven aan de rol van regisseur dan de omschrijving die V&VN projectgroep geeft (V&VN, 2012). Volgens V&VN draait het bij deze rol voornamelijk om het geven van voorlichting over de zorg en het nemen van preventieve maatregelen. De verpleegkundigen interpreteren deze rol van regisseur daarentegen als een persoon die een heleboel regelt op de afdeling en hierbij de touwtjes in handen neemt.

Daarnaast blijkt uit de resultatenanalyse dat bijna alle verpleegkundigen onderbenutting ervaren bij de vaardigheden die aan de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar zijn toegeschreven. Vaardigheden die hier bij horen zijn voornamelijk het meedenken over het beleid op de afdeling, het bijhouden van de laatste ontwikkelingen en het leveren van een bijdrage aan de innovatie van de zorg. Volgens Toolsema (2003) zou in een ideale situatie de vraag naar competenties vanuit het ziekenhuis, een afspiegeling zijn van dat wat de medewerker aan competenties te bieden heeft. De respondenten geven echter aan dat er sprake is van een kloof tussen wat zij hebben geleerd tijdens hun hbo opleiding en wat er momenteel van hun gevraagd wordt door ziekenhuis. Hierbij lijken de competenties die horen bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar het meest onderbenut.

Tussentijds samengevat zijn de exacte competenties die het ziekenhuis van de hbo verpleegkundigen vraagt onduidelijk volgens de respondenten. Zij zijn zich daarentegen wel erg bewust van de competenties die zij zelf aanbieden. Deze aangeboden competenties kunnen volgens de verpleegkundigen helaas lang niet altijd benut worden in de praktijk. Deze empirische uitkomst dat hbo verpleegkundigen onderbenutting van hun competenties ervaren, bevestigt daarmee eerder onderzoek door Van der Velden et al. (2011) dat aantoonde dat hbo'ers onderbenutting ervaren. De empirie van dit onderzoek laat

aanvullend zien dat deze onderbenutting voornamelijk betrekking heeft op de competenties die zijn toegeschreven aan de rol van ontwerper en zorgverlener.

Deze onderbenutting is te verklaren aan de hand van een aantal factoren. Volgens Leistra et al. (1999) moeten competenties binnen een bepaalde context worden gezien en de werkomgeving van invloed is bij deze competentiebenutting. Aansluitend veronderstellen theorieën als de person-environment fit en het AMO model dat de werkomgeving invloed heeft op het gedrag en de attitude van mensen. Aan de hand van het theoretisch kader werd verwacht dat de omgeving een belangrijke rol speelt bij de manier waarop verpleegkundigen ervaren hun competenties wel of niet kunnen benutten.

De onderzoeksresultaten laten zien dat volgens verpleegkundigen in de eerste plaats eigen initiatief van belang is bij de benutting. Dit door bijvoorbeeld aan het begin van de werkschift niet steeds voor gemakkelijke patiënt te kiezen of door uit jezelf deel te nemen aan werkgroepen. De verpleegkundigen geven aan voor een groot deel zelf in de hand te hebben of zij hun kennis en vaardigheden in de praktijk kunnen brengen. Dit komt overeen met de eerdere bevindingen van Hall & Marvis (1995). Zij laten in hun onderzoek zien dat het nemen eigen initiatief en verantwoordelijkheid sinds de jaren'90 steeds meer bij de medewerker zelf is komen te liggen. Dit onder andere wanneer het gaat om hun eigen ontwikkeling en benutting van competenties (Hall & Mirvis, 1995). Dit sluit naadloos aan op de empirie, welke laat zien dat het nemen van eigen initiatief als een van de belangrijkste bevorderende factoren wordt ervaren. Ook het gevoel van autonomie wordt regelmatig genoemd als bevorderende factor. De verpleegkundigen hechten veel waarde aan het hebben van vrijheid tijdens hun werk, om bijvoorbeeld zelf extra taken op zich te kunnen nemen en zich hierin niet geremd te voelen.

Echter, dit eigen initiatief dient wel te worden gefaciliteerd en hierin speelt de omgeving een belangrijke rol. Naast de zojuist benoemde individuele factoren zijn er een aantal omgevingsfactoren die volgens de verpleegkundigen een belangrijke invloed hebben op de benutting van competenties. In de context van verpleegkundigen gaat het hier om teamleider, het team, de afdeling en het ziekenhuis. Deze zijn volgens de respondenten van belang om autonomie en eigen initiatief te faciliteren en te versterken. Hiervoor is allereerst een goede match is met de teamleider van belang, waarbij verpleegkundigen het vooral belangrijk vinden dat een teamleider openstaat voor het nemen van eigen initiatief. Indien er sprake is van een goede match zal de verpleegkundige zich eerder vrij voelen om met een eigen voorstel te komen, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg op afdeling. Dit sluit aan bij de theorie over de 'opportunity to perform', welke aan bod kwam bij het AMO model. Het liet zien dat een medewerker eerder initiatief zal nemen om competenties tot uiting te brengen, indien hiervoor de ruimte wordt ervaren.

Daarnaast speelt de teamleider een belangrijke rol bij het faciliteren van opleidingen en cursussen en hiermee de ontwikkeling van de competenties. Dit is in lijn met het perspectief dat Garrow & Hirsh (2008) hebben op de rol van een teamleider. Volgens hen heeft deze de taak om talenten van de medewerker te ontdekken en hier vervolgens op in te spelen door

mogelijkheden te creëren, zodat zij deze kunnen benutten (Garrow & Hirsh 2008). De respondenten achten het wenselijk dat de teamleider hierin een faciliterende rol aanneemt. Bij het TweeSteden ziekenhuis ligt de nadruk volgens de verpleegkundigen vooral op dat waar nog ruimte is voor ontwikkeling en verbetering, in plaats van dat er wordt gekeken hoe de huidige talenten van de verpleegkundigen beter ingezet kunnen worden. Zo wordt er niets gedaan met de extra kennis die een hbo'er heeft ten opzichte van een mbo verpleegkundige of met het bezit van een geriatrie aantekening. Er lijkt daarom meer sprake te zijn van competentie management dan van talent management, aangezien voornamelijk wordt gekeken naar wat er nog beter kan. Deze manier van managen sluit aan bij de competentie management benadering, zoals omschreven door Steijger en Steijger (2010) en Dewulf et al. (2010). Volgens hen kijken organisaties die handelen volgens deze benadering namelijk naar het niveau dat de medewerkers op een bepaald moment hebben, waarbij het doel is om dat niveau uiteindelijk naar een bepaalde hoogte te brengen. Hierbij wordt in beginsel gekeken naar de tekortkomingen en de ruimte voor verbetering, wat overeenkomt met het persoonlijk ontwikkel plan dat de verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis dienen te schrijven.

Een moment waarbij deze faciliterende rol van de teamleider tot uiting kan komen, is tijdens de beoordelings- en functioneringsgesprekken. Volgens de respondenten is dit een jaarlijks terugkerend moment, waarbij de valkuilen, verwachtingen en wensen worden uitgesproken. Dit is in overeenstemming met de omschrijving die Steijn (2003) geeft van goede leidinggevende. Deze geeft volgens hem tijdens een functioneringsgesprek namelijk feedback, maakt daarnaast afspraken over de toekomst, toont interesse in de verdere ontwikkeling van de medewerker en vraagt naar zijn of haar loopbaanwensen (Steijn, 2003:199).

Daarnaast blijkt het team bepalend te zijn bij de benutting van de competenties, aangezien er veel onderling contact is tijdens het werk. Ook met het team blijken de verpleegkundigen doorgaans een goede match ervaren, waarbij zij elkaar scherp houden en ruimte bieden voor ontwikkeling. De empirie sluit hiermee goed aan bij de omschrijving van de person-group fit, welke van belang is voor de match van de medewerker met de werkomgeving.

Ook het gebrek aan tijd wordt regelmatig door de respondenten genoemd als een belemmerende factor. Er gaat vaak zoveel tijd zitten in het verlenen van de directe zorg, dat er geen tijd overblijft voor andere werkzaamheden waar hbo verpleegkundigen voor hebben gestudeerd. Zowel de verpleegkundigen als de teamleidinggevenden ervaren het gebrek aan tijd als vervelend. Juist omdat er vaak wel de wil is bij verpleegkundigen om extra taken op zich te nemen. Tot slot benoemen de respondenten geld als factor die meespeelt bij de benutting van hun competenties. Zolang zij namelijk niet extra krijgen uitbetaald om meer taken op zich te nemen, zal dit volgens velen van hen ook niet gaan gebeuren. Bovendien moeten deze extra taken worden gedaan buiten diensturen om, in de vrije tijd. Een extra vergoeding zou voor respondenten een goede prikkel zijn om bijvoorbeeld deel te nemen aan een werkgroep, waardoor zij hun competenties omtrent kwaliteit beter kunnen

benutten. Deze beloning sluit aan bij de 'M' in het AMO model, waarbij geld een belangrijke stimulans blijkt voor de extrinsieke motivatie van medewerkers. Samengevat lijken de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren die door de verpleegkundigen worden genoemd in de eerste plaats individuele factoren als initiatief en autonomie. Daarnaast zijn omgevingsfactoren zoals de teamleider, het team en de afdeling en het ziekenhuis van belang, aangezien deze het initiatief en de autonomie van verpleegkundigen dienen te faciliteren.

De mate waarin de verpleegkundigen hun competenties kunnen benutten, heeft invloed op de loopbaanverwachtingen die zij hebben. De theorie hierover laat zien dat medewerkers tegenwoordig steeds vaker van baan wisselen dan vroeger en een verandering van functie of organisatie wordt gezien als een kans voor verdere (persoonlijke) ontwikkeling. Dit terwijl medewerkers vroeger vaak nog hun hele leven hetzelfde werk deden, bij hetzelfde bedrijf (Thunnissen, Boselie & Fruytier, 2013). Deze behoefte aan afwisseling zien we duidelijk terug in de empirische gegevens. Wat opvalt is dat geen van de respondenten verwacht binnen nu en 5 jaar nog op dezelfde plek te werken. Ze laten weten iedere 5 tot 10 jaar een nieuwe uitdaging aan te willen gaan. Volgens de verpleegkundigen is deze behoefte aan afwisseling en ontwikkeling vooral aanwezig bij de hbo'ers en niet zozeer bij mbo'ers. Mbo verpleegkundigen lijken eerder tevreden te zijn met hun functie en hebben minder behoefte aan groei tijdens hun carrière.

In de eerste plaats is een baan als teamleider populair bij de hbo'ers, aangezien zij verwachten hierbij een meer coachende en ontwerpende rol aan te kunnen nemen. Daarnaast geven veel verpleegkundigen aan in de toekomst meer uitdaging te willen zoeken op algemene afdelingen als de spoedeisende hulp en de intensive care. Hier is volgens hen meer actie en de respondenten verwacht hier meer kennis toe te kunnen passen, doordat er op deze algemene afdelingen meerde ziektebeelden voorbij komen. Ook banen als nurse practitioner, leraar in het zorgonderwijs en het opzetten eigen zorginstelling, worden regelmatig genoemd. Opvallend hier is dat bijna alle verpleegkundigen aangeven in de zorgsector te blijven, maar zij niet hun gehele carrière in de directe zorgverlening willen werken.

Er blijken meerdere factoren van invloed op de loopbaanverwachtingen die de verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis hebben. In de eerste plek is de afwisseling tijdens het werk en de uitdaging belangrijk voor de respondenten. Dit is dan ook een van de belangrijke redenen voor de verpleegkundigen om te wisselen van afdeling. Ook al is iedere patiënt anders, toch doe je volgens de verpleegkundigen vaak hetzelfde routinewerk.

De respondenten laten daarnaast weten blij te zijn met de functiedifferentiatie die er aankomt. Zij verwachten door dit onderscheid meer uitdaging te vinden, doordat zij meer op hbo niveau worden ingezet. De mate waarin de verpleegkundigen hun competenties kunnen benutten blijkt dus van invloed te zijn op hun loopbaanverwachtingen. Zodra zij onderbenutting ervaren en hiermee uitdaging missen, zullen zij namelijk sneller op zoek gaan naar iets anders.

De onderzoeksresultaten bevestigen hiermee dus eerder onderzoek dat is gedaan door Van der Velden et al (2011), waaruit bleek dat er sprake is van onderbenutting bij de competenties waarover hbo verpleegkundigen beschikken. Dit onderzoek van Van der velden liet echter niet zien om welke competenties het hier precies gaat. Daarmee biedt empirie van dit onderzoek een mooie aanvulling. De onderbenutting heeft vooral betrekking op competenties als het ontwerpen van kwaliteitszorg, voorstellen doen voor beroepsinnovatie en het ontwikkelen protocollen, welke horen bij de rol ontwerper en beroepsbeoefenaar.

In het volgende hoofdstuk is aandacht voor de bruikbaarheid en de hiaten van het theoretisch kader, wat leidt tot enkele voorstellen voor wetenschappelijk vervolgonderzoek. Vervolgens wordt kritisch teruggeblikt op de dataverzameling en wordt er afgesloten met een aantal praktische aanbevelingen.

6. Reflectie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt met een kritische blik teruggekeken op het onderzoek. Hierbij komen uiteenlopende discussiepunten ter sprake, beginnend met een terugblik op de theorie. Hieruit volgen een aantal aanbevelingen voor eventueel wetenschappelijk vervolgonderzoek. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan de waarborging van de betrouwbaarheid en validiteit en komt de rol van de onderzoeker ter sprake. Tot slot zullen er naar aanleiding van de onderzoeksresultaten enkele praktische aanbevelingen worden gedaan.

6.1 Reflectie op de theorie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten besproken die mogelijk de uitkomsten van het onderzoek hebben beïnvloed, beginnend met een reflectie op de keuzes die zijn gemaakt in het theoretisch kader. Zojuist is bij de conclusie en discussie al wat literatuur uit hoofdstuk 2 ter sprake gekomen. In deze paragraaf zullen de hiaten en beperkingen hiervan worden besproken, welke leiden tot aanbevelingen voor eventueel wetenschappelijk vervolgonderzoek. In paragraaf 6.2 volgt een reflectie op de methoden die gebruikt zijn bij de dataverzameling, welke in beschouwing moeten worden genomen bij het lezen van de onderzoeksresultaten.

Eerdere studies naar de competenties van medewerkers laten zien dat het belangrijk is bij het bestuderen competenties om te kijken naar de werkomgeving, aangezien deze een rol speelt bij de benutting competenties (Leistra et al, 1999 ; Haarhuis, 2005). De empirie van dit onderzoek laat zien dat in de eerste plaats juist eigen initiatief en autonomie hierbij van belang zijn. Deze individuele welke factoren lijken onderbelicht het theoretisch kader.

Het empirisch materiaal laat wel zien dat autonomie en het initiatief gefaciliteerd moeten worden en versterkt kunnen worden door de omgeving. Hierbij lijkt vooral een goede match tussen de verpleegkundige en de teamleider, alsmede de afdeling, het team en het ziekenhuis van belang. Dit sluit goed aan bij de person-environment fit, waarbij het gaat om de verenigbaarheid en de interactie tussen aan de ene kant de medewerker en daarnaast de kenmerken van de werkomgeving waarin deze medewerker actief is.

Er dienen daarnaast vraagtekens te worden gezet bij het gebruik van het AMO model: is dit model wel een passende verklarende factor is voor de mate waarin medewerker hun competenties kunnen benutten? Het AMO model richt zich namelijk vooral op de taak die een organisatie heeft om de prestaties van de medewerker te beïnvloeden, waarbij weinig aandacht is voor de rol en het eigen initiatief van de medewerker zelf, terwijl dit in de empirie juist zo duidelijk naar voren komt. Een omschrijving van het mechanisme tussen het individu (de hbo verpleegkundige) en de context/omgeving waarin het individu werkt, ontbreekt in het theoretisch kader. Bij eventueel vervolgonderzoek zou in het theoretisch kader meer aandacht besteed kunnen worden aan theorieën en factoren die dit mechanisme tussen het individu en de context centraal stellen.

In lijn met eerder onderzoek door Van der velden et al. (2011) blijkt dat de onderbenutting van competenties leidt tot een gebrek aan uitdaging en daarmee in sommige gevallen zelf een vervroegde uitstroom. Bij de omschrijving van de loopbaan en loopbaanverwachtingen, is in het theoretisch kader echter geen onderscheid gemaakt tussen het niveau van de functie en sector waarin de medewerker werkt. Zo is er geen aandacht besteed aan de verschillen tussen opleidingsniveaus, terwijl uit de empirie blijkt dat er veel verschillen zijn in de loopbaanverwachtingen tussen mbo en hbo verpleegkundigen

Een bespreking in de literatuur over het verloop van loopbanen van medewerkers specifiek de zorg, was achteraf passender geweest dan een bespreking van loopbaan in het algemeen. Het verloop van de loopbaan van een medewerker in het zakenleven ziet er wellicht anders uit dan de loopbaan van een medewerker in de zorg.

Aan de hand van deze tekortkomingen en hiaten in het theoretisch onderzoek, volgen enkele voorstellen voor vervolgonderzoek.

Allereerst heeft het theoretische model in dit onderzoek zich beperkt tot de omgevingsfactoren die mogelijk invloed zouden kunnen hebben op de benutting van competenties (P-E fit en het AMO model). Hierbij kun je denken aan de match die de verpleegkundige ervaart met zowel de teamleider, het team, de afdeling en het ziekenhuis zelf. Deze topics vormden een leidraad tijdens de interviews. Doordat de topiclijst zich vooral heeft toegespitst op deze omgevingsfactoren is de nadruk sterk komen te liggen op de invloed van de organisatie en omgeving waarin de verpleegkundige werkt. Hierdoor zijn andere factoren wellicht niet voldoende aan bod gekomen die mogelijk wel van invloed kunnen zijn op de benutting van competenties en de gevolgen voor de loopbaanverwachtingen. Zo kan ook de persoonlijke situatie van de verpleegkundige kan een grote rol spelen, zoals de gezondheid of het krijgen van kinderen, zoals enkele verpleegkundigen tijdens het interview al lieten weten. Voor dit onderzoek was het gezien de tijd te uitgebreid geweest om ook aandacht te besteden aan de individuele factoren, dus is de nadruk gelegd op de relatie met bijvoorbeeld de teamleider het team en de organisatie. Dit biedt echter wel mogelijkheden voor vervolgonderzoek. Hierbij zou de nadruk juist gelegd kunnen worden op de individuele factoren, om zo een compleet beeld te schetsen over factoren die volgens verpleegkundigen van invloed zijn op de benutting van hun competenties en hun loopbaanverwachtingen.

Een tweede idee voor vervolgonderzoek gaat over de invoering van het nieuwe competentieprofiel in 2020. Dit onderzoek heeft zich gericht op de hbo verpleegkundigen die zich op dit moment op de arbeidsmarkt bevinden en dus met het huidige competentieprofiel werken. Met ingang van 2020 zal dit profiel echter veranderen en wordt er overgestapt op het zogenaamde CANMEDS model (bijlage I). Hierdoor zal de huidige beschrijving van het competentieprofiel dat is gebruikt in dit onderzoek verouderen. Aangezien hiermee de vraag naar competenties verandert, zal wellicht ook de benutting van competenties anders worden ervaren. Dit CANMEDS model maakt een duidelijker

onderscheid tussen twee niveaus van verpleegkundige, namelijk de verpleegkundige (hbo bachelor) en daarnaast de verpleegkundig specialist (hbo master). Van mbo verpleegkundigen zal in de toekomst niet langer sprake zijn, zij zullen naar verwachting een andere naam krijgen toebedeeld. Met ingang van 2020 zal voor het beroep van verpleegkundige dan ook een hbo-bachelorsdiploma vereist zijn. Beide hebben verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Deze verandering houdt dus een nieuwe omschrijving van de competenties in, waarbij in de toekomst meer van de hbo verpleegkundige gevraagd zal gaan worden. Dit CANMEDS model kent dan ook geen vijf, maar zeven rollen (bijlage I).

Er is voor gekozen om deze nieuwe competentie omschrijving niet te gebruiken in het onderzoek, omdat uit de eerste interviews al bleek dat de verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van dit nieuwe competentieprofiel. Bovendien liggen deze competentieprofielen nog niet helemaal vast en kunnen zij in de nabije toekomst nog aangepast worden door de stuurgroep voor verpleegkundigen (V&VN) en de overheid. Het was dus nog te vroeg om dit CANMEDS model te betrekken in het onderzoek. Wel is het belangrijk om te vermelden dat de uitkomsten van dit onderzoek, ondanks het oude competentieprofiel en bijbehorende rollen voor hbo verpleegkundigen, relevant kunnen zijn voor de toekomst. Nu is gebleken dat hbo verpleegkundigen op sommige vlakken inderdaad onderbenut worden, kan hier rekening mee worden gehouden bij het opstellen en het implementeren van dit nieuwe competentieprofiel. Dat het CANMEDS model geen rol heeft gehad in dit onderzoek biedt mogelijkheden voor wetenschappelijk vervolgonderzoek dat over enkele jaren wordt gedaan, wanneer dit CANMEDS model is ingevoerd. Er kan dan, in het TweeSteden ziekenhuis of elders, worden gekeken hoe de benutting van competenties wordt ervaren na de invoering van het CANMEDS model en of dit verschil maakt in de praktijk ten opzichte van het huidige competentieprofiel.

De derde aanbeveling die wordt gedaan voor vervolgonderzoek heeft betrekking op de loopbaanverwachtingen. Dit onderzoek heeft laten zien dat verpleegkundigen met name onderbenutting ervaren bij de competenties die horen bij de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar, wat gevolgen heeft voor hun loopbaanverwachtingen. Het toont daarnaast aan dat de verpleegkundigen hierdoor sneller geneigd zijn om elders meer uitdaging te zoeken en dat zij zichzelf niet hun gehele carrière aan het bed zien staan. Er is hierbij echter geen onderscheid gemaakt tussen groepen op basis van leeftijd en loopbaanfase. Recent onderzoek laat zien dat deze variabelen invloed kunnen hebben op de manier waarop verpleegkundigen tegen zijn of haar competenties en ook loopbaan aan kijkt. Op het moment is A. Jonkers (2014) bezig met een onderzoek over deze verschillende loopbaanfasen voor verpleegkundigen. Een van de uitkomsten tot nu toe is dat fase waarin de verpleegkundige zich bevindt in zijn of haar loopbaan, van invloed is op de wil om deel te nemen aan extra scholing, werkgroepen en congressen. De uitkomsten van dit onderzoek zouden meegenomen kunnen worden in een eventueel vervolgonderzoek, waarbij het verschil in loopbaanfasen meer aandacht krijgt.

Daarnaast is dit onderzoek uitgevoerd middels een kwalitatieve onderzoeksmethode. Aangezien er voorafgaand aan dit onderzoek nog weinig bekend was over de ervaringen van verpleegkundigen, sloot een kwalitatieve onderzoeksmethode het best bij het exploratieve karakter. Nu we een beter beeld hebben van de ervaringen die hbo verpleegkundigen over de benutting van hun competenties en betekenis hiervan voor hun loopbaanverwachtingen, is een suggestie dit onderzoek te herhalen middels een kwantitatieve onderzoeksmethode. Hierdoor kan een completer beeld worden gevormd over de benutting van de competenties. Bovendien geeft een kwantitatieve onderzoeksmethode aan hoe sterk het effect van de bevorderende en belemmerende factoren precies is en hoe sterk dit de loopbaanverwachtingen beïnvloedt.

Een laatste suggestie voor mogelijk vervolgonderzoek is om hetzelfde onderzoek uit te voeren bij ziekenhuizen elders in Nederland. Hierdoor kan inzichtelijk worden gemaakt of de uitkomsten van dit onderzoek wel of niet generaliseerbaar zijn voor hbo verpleegkundigen werkzaam bij een algemeen Nederlands ziekenhuis. Bovendien biedt dit de mogelijkheid om onderling vergelijkingen te maken. En kan er dan worden gekeken waarom er bij het ene ziekenhuis bijvoorbeeld wel sprake is van onderbenutting en bij het andere niet.

6.2 Reflectie op de methoden en de van de rol onderzoeker

Ondanks dat er is geprobeerd een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te waarborgen, kent het onderzoek naast het succes ook een aantal beperkingen. Deze zullen hieronder kort worden toegelicht en verantwoord.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de uiteindelijke onderzoeksresultaten is goed, maar had achteraf met wat kleine aanpassingen nog wat verhoogd kunnen worden. Dit had gekund middels een andere selectie van de respondenten. Zoals eerder besproken in paragraaf 3.3. zijn de laatste vijf respondenten gevonden met behulp van de zogenaamde sneeuwbal methode. Hierdoor bestond vooraf het risico dat de verpleegkundigen, collega's zouden aanwijzen die dicht bij hen zelf staan: van dezelfde leeftijdscategorie en daarnaast met een soortgelijke visie op de zorg. Dit is geprobeerd te voorkomen door de respondenten te vragen naar hbo collega's van een andere afdeling, in een andere leeftijdscategorie. Echter, in de praktijk hebben de verpleegkundigen me toch doorverwezen naar collega's die veel overeenkomsten met hen had en waarmee zij veel persoonlijk contact bleken te hebben. Zo verwezen respondenten 1 en 3 van de afdeling cardiologie me door naar respondent 14, waarmee zij vier jaar op de opleiding hadden gezeten. Vanwege het tekort aan respondenten is er voor gekozen om deze verpleegkundigen toch toe te voegen aan de respondentenlijst. Vanwege de tegenvallende reacties op de follow-up mail waren deze laatste vijf respondenten namelijk hard nodig. Het is echter niet met zekerheid te zeggen of deze manier van selecteren de betrouwbaarheid veel heeft beïnvloed.

Validiteit

De interne validiteit en daarmee de representativiteit voor de groep hbo verpleegkundigen

in het TweeSteden ziekenhuis, lijkt goed te zijn gewaarborgd. Op het eerste gezicht lijkt de leeftijd van de respondent wellicht vrij laag (23 tot 38 jaar) en daarmee niet representatief voor de groep hbo verpleegkundigen. Dit komt doordat de verpleegkundigen boven de 45 vaak nog intern zijn opgeleid en er destijds nog geen hbo opleiding was voor verpleegkunde. De externe validiteit lijkt in tegenstelling tot de interne validiteit minder goed te zijn gewaarborgd. Het gaat hierbij om de generaliseerbaarheid met de hbo verpleegkundigen in de rest van Nederland. Allereerst zijn alle respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek werkzaam bij hetzelfde ziekenhuis. Daarnaast hebben twaalf van de veertien respondenten de opleiding hbo verpleegkundige allemaal gevolgd aan de Avans hogeschool of de Fontys hogeschool. Het kan zijn dat bij hogescholen elders in Nederland de nadruk ligt op het leren van andere competenties, waardoor het aanbod van competenties anders is. Dit zou tot andere onderzoeksresultaten geleid kunnen hebben. Waar dat bij de Fontys en Avans kwaliteitsonderzoek blijkt te zijn, ligt de nadruk bij andere hbo-v opleidingen in Nederland misschien wel op juist de medische kennis. Vanwege bovenstaande factoren is het lastig om het onderzoek te generaliseren voor andere hbo verpleegkundigen in Nederland en zo de externe validiteit te garanderen.

Rol van de onderzoeker

Het is daarnaast belangrijk om bij een onderzoek kritisch te zijn op de rol die de onderzoeker heeft gehad. Zowel tijdens het voorbereidend literatuuronderzoek als tijdens het de dataverzameling, maak je als onderzoeker steeds weer een selectie van welke informatie je relevant acht en welke niet. Het is hierbij niet te voorkomen dat er wat subjectiviteit of persoonlijke voorkeur zijn intrede heeft gedaan.

Als onderzoeker heb ik de respondenten de plek laten kiezen voor het houden van de interviews. Dit zodat het gesprek gevoerd kon worden in een voor hun vertrouwde setting. Door de keuze open neer te leggen bij de respondent, had ik hier als onderzoeker geen invloed op. Wel is vooraf gevraagd dat het rustig plek diende te zijn, vanwege de audio opname. Alle veertien respondenten hebben er voor gekozen om het interview plaats te laten vinden in het ziekenhuis, waarvan dertien bij de hoofdlocatie in Tilburg en één bij de kleinere vestiging in Waalwijk. Het overlaten van deze keuze respondent zelf is achteraf een goede keuze gebleken, aangezien er telkens sprake was van een rustig en comfortabele setting.

Een beperking is echter wel dat het onderzoek is uitgevoerd door een beginnend onderzoeker. Vanwege het exploratieve karakter dat het kwalitatieve onderzoek kent, heeft de onderzoeker zich af en toe laten leiden door de concepten en factoren die aan bod zijn gekomen in het theoretisch kader. Dit is opgemerkt tijdens het transcriberen en analyseren van de interviews. Wel dient hierbij vermeld te worden dat de onderzoeker gedurende het gehele proces constante begeleiding en feedback heeft gehad door middel van bijeenkomsten met zowel de begeleidster als mede studenten van de universiteit.

Ondanks bovenstaande beperkingen heeft dit onderzoek meer inzicht gegeven in de ervaren van de benutting van competenties, de belemmerende en bevorderende factoren die hierop

van invloed zijn en de gevolgen van deze benutting heeft voor hun loopbaanverwachtingen.

6.3 Praktische aanbevelingen

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het TweeSteden ziekenhuis. Het ziekenhuis wilde graag een beter inzicht over hoe de hbo verpleegkundigen op dit moment de benutting van hun competenties ervaren en hoe zij verwachten dat hun loopbaan er uit zal gaan zien. De onderzoeksresultaten over ervaren benutting en loopbaanverwachtingen, zoals geschetst in bovenstaande conclusie, hebben geleid tot enkele praktische aanbevelingen.

Deze aanbevelingen zijn interessant voor meerdere groepen, namelijk voor de teamleiding, bestuurders en beleidsmakers van het TweeSteden ziekenhuis en het bijbehorende leerhuis, maar daarnaast ook voor de V&VN 2020 groep. De V&VN groep is namelijk verantwoordelijk voor de uitwerking van de functiedifferentiatie die in 2020 ingevoerd zal worden. De aanbevelingen die worden gedaan, zijn gebaseerd op de empirische resultaten van dit onderzoek.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt allereerst dat er bij de hbo verpleegkundigen in het TweeSteden ziekenhuis een hoop onduidelijkheid is ten aanzien van de officieel vereiste competenties. Het gaat hier om de competenties die het ziekenhuis van de verpleegkundigen verwacht en of zij precies weten waar ze aan moeten voldoen om hun beroep goed uit te kunnen oefenen. Bij het analyseren van de interviews kwam duidelijk naar voren dat hier weinig aandacht voor is, ook niet tijdens de sollicitatiegesprekken. Er wordt weliswaar een map aangereikt met daarin verwachtingen, maar deze gelden voor al het personeel en spreken geen specifieke verwachtingen naar de hbo verpleegkundigen. Een eerste aanbeveling is om een meer gerichte werkmap aan te bieden, met daarin duidelijk omschreven welke competenties er van de hbo'ers worden verwacht. Hierdoor zullen zij een beter beeld hebben van wat er nodig is om hun werk goed te kunnen doen.

Daarnaast laat de empirie zien dat drie van de vijf rollen voor verpleegkundigen goed benut worden, namelijk de rol van zorgverlener coach, en regisseur. De verpleegkundigen geven daarentegen aan dat dit niet geldt voor de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar. Een eerste advies is om meer tijd vrij te maken voor de benutting van de competenties die horen bij deze rollen. Het gebrek aan tijd en daarmee samenhangend de hoge werkdruk, blijken hierbij namelijk een van de meest belemmerende factoren. Het merendeel van de verpleegkundigen geeft aan wel wil te hebben om iets extra's te willen doen, zodat hun werk beter aansluit op wat zij hebben geleerd tijdens de opleiding. De tijd gooit hierbij echter vaak roet in het eten. Dit zou allereerst opgelost kunnen worden door op de afdeling een of twee verzorgenden, op mbo 2 of 3 niveau, aan te nemen. Hiermee zouden de hbo verpleegkundigen, ook volgens de teamleiders, al enorm geholpen kunnen zijn. Doordat handelingen als het wassen en bijvoorbeeld het naar de wc brengen van de patiënt uit handen wordt genomen, hebben de hbo'er meer tijd en ruimte om zich bezig te houden met overstijgende taken op de afdeling. Een advies is dan ook om hier op in te spelen bij de

functiedifferentiatie. Meerdere respondenten laten doorschemeren dat het hen een goed plan lijkt om bij deze functiedifferentiatie het verzorgende en meer routinematige werk, over te dragen aan de mbo'ers. Hierdoor denken zij zich als hbo'er meer bezig te kunnen gaan houden met kwaliteitszorg, het verbeteren van de protocollen en innovatie, wat zal leiden tot een betere aansluiting tussen studie en praktijk.

Deels aansluitend is aan te raden (meer) eerste verpleegkundigen aan te stellen op de afdelingen. Hierdoor kunnen verpleegkundigen de rol van ontwerper, coach en regisseur beter benutten. Dit levert niet alleen veel op voor de eerste verpleegkundigen, ook de teamleider zal hier baat bij hebben, aangezien de eerste verpleegkundige makkelijk wat taken van hem of haar over kan nemen. Een van de teamleiders noemde de eerste verpleegkundige op de afdeling dan ook haar rechter hand en gaf aan graag nog een eerste verpleegkundige aan te stellen. Bij het bekleden van een hogere functie, vinden de meeste verpleegkundigen het belangrijk regelmatig aan het bed te blijven staan, vanwege de 'feeling' met de patiënt. Hier dient rekening mee te worden gehouden. Een functie als eerste verpleegkundige biedt net even wat meer uitdaging en doorgroeiperspectief. Dit sluit goed aan bij het eerdere advies dat in 2013 werd gedaan naar aanleiding van een NIVEL-onderzoek. Dit onderzoek liet zien dat het aanbieden van voldoende loopbaanmogelijkheden in de eerste plaats leidt tot het behoud van de huidige verpleegkundigen, maar daarnaast ook helpt bij aantrekken van nieuwe hbo verpleegkundigen (Van der Velden et al., 2011).

Literatuurlijst

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. and Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*

Aiken, L. H., Havens, D. S., & Sloane, D. M. (2000). The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals. *AJN The American Journal of Nursing*, 100(3), 26-36.

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P. & Kalleberg, A. (2000). *Manufacturing advantage: why highperformance work systems pay off*. Ithaca: Cornell University Press

Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. Twaalfde editie. Wadsworth, Cengage Learning.

Beckers, F. & Nijhuis, C. (2005). *Functiedifferentiatie, Verpleging in beweging*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.

Berg, A. (2005). *Zorg op orde. Een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging bij 14 ziekenhuizen in Nederland*. LEVV/Universiteit van Maastricht, Utrecht/Maastricht.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Onderwijs.

Bom, W., Derks, T. & Wijngaarden, C. van (1999). *Werken aan loopbaancompetenties. Een integrale benadering*. 's-Hertogenbosch: Cinop.

Boselie, P. (2002). *Human resource management, work systems and performance: a theoretical-empirical approach*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Boselie, P. (2010). High performance work practices in the health care sector: a Dutch case study. *International Journal of Manpower*, 31(1), 42-58.

Bosman, J., Braam, C., Elk, S. van, Jeanney, M., and Vos, M. de (2002). *Vijf halen, vier betalen? Over de noodzaak van profilering van de hbo-verpleegkundige*. TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen, 447-448.

Bossuyt, T., & Dries, N. (2008). *Talentmanagement en flexibele loopbaanpaden voor de werknemers van morgen. Licht op leren 2008: leren en ontwikkelen in een talentgerichte maatschappij*.

Boxall, P., Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management*. Houndmills/New York: Palgrave-Macmillan. 3e druk.

Buckingham, M., & Clifton, D. O. (2001). *Now, discover your strengths*. Simon and Schuster.

- Carless, S. A. (2005). *Person–job fit versus person–organization fit as predictors of organizational attraction and job acceptance intentions: A longitudinal study*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(3), 411-429.
- Chan, M. F. (2008). Factors influencing Macao nurses' intentions to leave current employment. *Journal of Clinical Nursing*, 893-901.
- Cluitmans, J. J. (2002). *Aan de slag met competenties: Competentiegericht leren in HBO en MBO*. Nuenen: Onderwijsbureau Dekkers.
- Dam, E. van, Kraayvanger, G., Tol, M. van, and Vlaskamp, L. (2004). Functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen. *TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 114, 30-35.
- Dewulf, L., Meeuwen, N. van, Tjepkema, S. (2010). 'Talent in Actie: Verbinden van competentie management en talentontwikkeling.' *Opleiding & Ontwikkeling* 23 (6):10-15.
- Draganidis, F., & Mentzas, G. (2006). Competency based management: a review of systems and approaches. *Information Management & Computer Security*, 14(1), 51-64.
- Ellström, P.-E. (1998). The many meanings of occupational competence and qualification. In W.J. Nijhof & J.N. Streumer (eds.), *Key qualifications in work and education*, (pp. 39-50). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Garrow, V., & Hirsh, W. (2008). Talent management: issues of focus and fit. *Public Personnel Management*, 37(4), 389-402.
- Gludemans, H., Schalk, R., & Reynaert, W. (2010). Kritisch denken als onderscheid. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 34(1), 3-7.
- Gludemans, H. A., Schalk, R. M., & Reynaert, W. (2013). The relationship between critical thinking skills and self-efficacy beliefs in mental health nurses. *Nurse education today*, 33(3), 275-280.
- Goodman, S. A., & Svyantek, D. J. (1999). Person-organization fit and contextual performance: Do shared values matter? *Journal of Vocational Behavior*, 55, 254-275.
- Grit, R., Guit, R., & van der Sijde, N. (2007). *Competentiemanagement. Persoonlijk ontwikkelplan* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Haarhuis, J. M. (2005). Hoe een HBO-V student competent wordt. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 29(5), 189-192.
- Hall, D.T. & Mirvis, P.H. (1995). Careers as Lifelong Learning. In A. Howard (Ed.), *The changing nature of work*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- 't Hart, H., Boeije, H., Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom onderwijs.

Van der Heijden, B. I., van Dam, K., & Hasselhorn, H. M. (2009). Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International*, 14(7), 616-635.

Hellenthon, A. (2012). *Verpleegkundigen aan het werk; Sociaaleconomische trends, 1e kwartaal 2012*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 29-05-2014 via: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/571EAABA-EBC5-4B48-A66B-9656CF2F6ED0/0/2012k1v4p55art.pdf>

Henderickx, E., Janvier, R., Van Beirendonck, L., & Humblet, P. (2010). *Handboek HRM: Competentiemanagement en arbeidsrecht*. Leuven: Acco.

Hysong, S. J., Best, R. G., & Moore, F. I. (2007). Are we under-utilizing the talents of primary care personnel? A job analytic examination. *Implementation Science*, 2(1), 10.

Ilgen, D.R. & Pulakos, E.D. (1999). Introduction. Employees Performance in Today's Organizations. In D.R. Ilgen, E.D. Pulakos (Eds.), *The Changing Nature of Performance. Implications for Staffing, Motivation and Development* (pp. 1-20). San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Jonkers, A. (2014). Verpleegkundigen kunnen complicaties na openhartoperaties helpen voorkomen. *Bijzijn XL*, 7(4), 4-4.

Kenbeek, J., & Rademakers, J. (2006). *Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst*. UMC.

King, N, Horrocks, C. (2010) *Interviews in Qualitative Research*. London: Sage Publications

Kluytmans, F. & Hancké, C. (1990). *Personeelsmanagement*. Deventer: Kluwer Bedrijfs-wetenschappen.

Knies, E. (2012). Meer waarde voor en door medewerkers: een longitudinale studie naar de antecedenten en effecten van peoplemanagement.

Knies, E., & Leisink, P. (2009). People management activities of police and healthcare middle managers. In *European Group for Public Administration (EGPA) annual conference, Malta, September*.

Kralingen, R. van (2003). *Competentiegerichte kennisontwikkeling*. Soest: Nelissen

Kristof-Brown, A.L., Zimmerman, R.D. and Johnson, E.C. (2005) 'Consequences of Individuals' Fit at Work: A Meta-analysis of Person–Job, Person–Organization, Person–Group, Person–Supervisor Fit. *Personnel Psychology*, 58(2): 281-342.

Kuijpers, M. A. C. T. (2003). *Loopbaanontwikkeling. Onderzoek naar 'competenties'*. Twente University Press.

Kuijpers, M., J. Scheerens & B. Schyns (2006). Career Competencies for Career Success. *Career Development Quarterly*

Lado, A. A., & Wilson, M. C. (1994). Human resource systems and sustained competitive advantage: A competency-based perspective. *Academy of management review*, 19(4), 699-727.

Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., & Hens, H. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg / LCVV.

Lepak, D. P., & Snell, S. A. (1999). The human resource architecture: Toward a theory of human capital allocation and development. *Academy of Management Review*, 24: 31–48.

Lofmark, A., Smide, B., & Wikblad, K. (2006). Competence of newly-graduated nurses—a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 721-728.

McClure, M. L. (2005). Magnet hospitals: insights and issues. *Nursing administration quarterly*, 29(3), 198

Meurs, P. & Rooijen, A. P. N. v. (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen Utrecht: V&VN, 2012. Leren van de Toekomst. V&VN, Utrecht, The Netherlands.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013), *Jaarverslagen Zorg 2012* Den Haag: VWS

Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*. NIVEL: 2011

Nordhaug, O., & Gronhaug, K. (1994). Competences as resources in firms. *The International Journal of Human Resource Management*, 5 (1), 89–106.

Pool, A. (2007) *Doordacht verplegen. De beroepsrollen van de bachelorverpleegkundige*. Uitgeverij Lemma.

Pool, A., Veltman-van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties voor hbo-verpleegkundigen* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam/NIZW.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Resick, Christian J., Baltés, Boris, B., Shantz, Cynthia Walker. (2007). Person-Organization Fit and Work-Related Attitudes and Decisions: Examining Interactive Effects with Job Fit and Conscientiousness. *Journal of Applied Psychology*. Volume 92(5), 1446-1455.

Rodriguez, D., Patel, R., Bright, A., Gregory, D., & Gowing, M. K. (2002). Developing competency models to promote integrated human resource practices. *Human Resource Management, 41*(3), 309-324.

Schippers, E. (2011) Beleidsdocument Hogeschool Avans basisnota BPV voor 2011-2012 Op aanvraag, ontvangen via intranet TweeSteden ziekenhuis

Schoemaker, M.J.R. & Geerdink, T.D. (1991). *Human talent management: een visie op besturen, faciliteren en ontwikkelen van personeel*. Deventer: Kluwer Bedrijfs-wetenschappen.

Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.

Steijger, E., Steijger, S. (2010). *Your Company's Got Talent: Hoe je talent in goede banen leidt*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema

Steijn, B. (2008). Person-environment fit and PSM. *International Public Management Journal, 1*, 13-27.

Steijn, B. & Groeneveld, S. (2009). *Strategisch HRM in de publieke sector*. Assen. Van Gorcum.

Steijn, B. (2003). HRM, arbeidsstatistatie en de publieke sector *Bestuurswetenschappen, 20* (4), 189-307.

Taminau, F. & den Boer, P. d. (2004). *De positie van de hbo-verpleegkundige binnen de algemene ziekenhuizen*. Eindrapport Den Haag: Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen.

Thiel, van S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Tijssen, J.G.L (1997). *Leren om te overleven. Over personeelsontwikkeling als permanente educatie in een veranderende arbeidsmarkt* (oratie). Utrecht: Elinkwijk.

Tijssen, J.G.L. (1998). "Hindernissen voor competentie-management". *Opleiding & Ontwikkeling, 11*(10), pp. 17-23.

Thunnissen, M., Boselie, P., & Fruytier, B. (2013). Talent management and the relevance of context: Towards a pluralistic approach. *Human Resource Management Review, 23*(4), 326-336.

Toolsema, B. (2003). *Werken met competenties: naar een instrument voor de identificatie van competenties*. University of Twente.

V&VN, 2012. *Leren van de Toekomst*. V&VN, Utrecht, The Netherlands.

Van Vianen, A. E., Shen, C. T., & Chuang, A. (2011). Person–organization and person–supervisor fits: Employee(commitments in a Chinese context. *Journal of Organizational Behavior*, 32(6), 906-926.

Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen*. NIVEL: 2011

Veer, A.J.E. de, Spreeuwenberg, P. en Francke, A.L. (2010). De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep: Cijfers en trends. NIVEL: 2010

Windt W van der, Bos JT, Francke AL. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2007. Utrecht: LEVV, 2007.

Woerkom, M. van, Stienstra, M., Tjepkema, S., Spruyt, M. 2011. 'De 'sterke punten'-benadering werkt: Onderzoek naar effecten van aandacht voor talent.' *Opleiding & Ontwikkeling* 24 (3):28-32

Yanow, D. (2000). *Conducting interpretive policy analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Overige bronnen:

http://duo.nl/zakelijk/ho/aanmelding_en_loting/loting/opleidingsloting.asp

Geraadpleegd op: 21 februari 2014

Köhler, W. (2014, 3 maart). Bezuinigingen op verpleegkunde leidt tot meer doden. NRC <http://www.nrc.nl/next/van/2014/maart/03/bezuinigingen-op-verpleegkunde-leidt-tot-meer-doden-1352999>

geraadpleegd op: 05 maart 2014

<http://www.venvn.nl/Dossiers/VVNenVARs/Detail/tabid/5289/ArticleID/9588/mod/14637/Kwaliteitsimpuls-personeel-ziekenhuiszorg-VAR-s-worden-opgeroepen-bij-te-dragen.aspx>

Geraadpleegd op: 06 maart 2014

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/subsidies-vws/subsidieregeling-kwaliteitsimpuls-personeel-ziekenhuiszorg>

Geraadpleegd op: 06 maart 2014

Bijlage I CANMEDS: competentiemodel voor hbo verpleegkundigen vanaf 2020

In beginsel wordt de toekomstige verpleegkundige net zoals de huidige verpleegkundige (zie paragraaf 2.1) gezien als: 'zorgverlener'. Deze rol staat dan ook in het midden van afbeelding 4 en wordt als het ware bepaald door alle andere competenties waaraan de verpleegkundige dient te voldoen.

De zeven verschillende competenties in het beroepsprofiel, waarover een hbo verpleegkundige met ingang van 2020 over dient te beschikken zijn:

- 1) Vakinhoudelijk handelen: *de verpleegkundige als zorgverlener.*
- 2) Communicatie: *de verpleegkundige als communicator.*
- 3) Samenwerking: *de verpleegkundige als samenwerkingspartner.*
- 4) Kennis en wetenschap: *de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap.*
- 5) Maatschappelijk handelen: *de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar.*
- 6) Organisatie: *de verpleegkundige als organisator*
- 7) Professionaliteit en kwaliteit: *de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar*



COMPETENTIEGEBIEDEN
VERPLEEGKUNDIGE IN CANMEDS

Figuur 5: *competentiegebieden van hbo verpleegkundigen vanaf 2020*
(Projectgroep V&VN, 2012)

Elk van deze zevencompetentiegebieden die met ingang van 2020 gebruikt zullen gaan worden voor de hbo verpleegkundigen, worden middels onderstaande tabel verder toegelicht.

Competentiegebied	Kennis	Vaardigheden en houding
De zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis en basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie paraat. • Heeft kennis van ontwikkelingspsychologie, levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en coping stijlen. • Kent de theoretische modellen achter haar activiteiten en interventies. • Heeft kennis van bronnen van het verpleegkundig handelen, actuele richtlijnen en professionele standaarden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan informatie verzamelen op diverse manieren, deze analyseren en interpreteren • Kan door klinisch redeneren de zorg inschatten • Risico's inschatten, problemen signaleren, interventies uitvoeren en evalueren • Werkt volgens de richtlijnen, kan inschatten wanneer het noodzakelijk is af te wijken. • Kan de patiënt ondersteunen bij persoonlijke verzorging • Kan alle handelingen uitvoeren, met inachtneming van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid. • Houdt rekening met de wensen, behoeften en privacy van patiënten en naasten
De communicator	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis van communicatieniveaus • Kent de belangrijkste gesprekstechnieken. • Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en empowerment. • Is op de hoogte van de nieuwste toepassingen van ICT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan communiceren op inhouds-, procedure- en procesniveau • Is in staat zich in te leven in patiënten en diens naasten. • Kan meerdere gesprekstechnieken toepassen, afhankelijk van de situatie • Is zich bewust van de effecten van eigen verbale en non-verbale uitingen. • Kan vaktaal in gewone mensentaal omzetten. • Heeft een open en respectvolle houding. • Kan uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk. • Kan adviezen geven en de patiënt instrueren en motiveren. • Is digitaal vaardig, kent het internet en maakt professioneel gebruik van sociale media.
De samenwerkingspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis van visies op samenwerken • Heeft kennis van samenwerkingsprocessen, zoals groeps- en teamvorming en dynamica • Heeft kennis van de samenwerkingspartners • Is op de hoogte van ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio. • Is bekend met de (potentiële) samenwerkingspartners buiten de zorg. • Heeft kennis over doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht, inclusief het gebruik van ICT en wet- en regelgeving in deze. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan samenwerken met patiënten, hun naasten en mantelzorgers. • Kan patiënten, hun naasten en mantelzorgers steunen. • Kan haar visie op samenwerken formuleren • Kan in teams en samenwerkingsprocessen haar bijdrage leveren • Is in staat in het samenwerkingsproces rekening te houden met verschillende perspectieven • Kan efficiënt en effectief verslagleggen, overleggen en overdragen. • Is in staat te handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met alle betrokkenen.

De reflectieve 'EBP'-professional	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis van de principes van EBP. • Heeft elementaire kennis van methoden van onderzoek. • Heeft kennis van actuele thema's en ontwikkelingen in het vakgebied. • Is op de hoogte van toepassingen op het gebied van kennisontwikkeling Kent de principes van reflectieve praktijkvoering. • Heeft kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen. • Heeft kennis van de moreel-ethische context van de zorgverlening. 	<ul style="list-style-type: none"> • Houdt vakliteratuur bij en kan informatie snel raadplegen • Kan participeren in (praktijk)onderzoek. • Ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen resultaten. • Kan het eigen functioneren waarderen en kritisch benaderen. • Kan feedback van collega's en leidinggevendenden ontvangen en integreren in haar handelen. • Kan collega's en studenten feedback geven op hun handelen en professioneel gedrag. • Kan ethische vraagstukken en zingevingsvraagstukken bespreken met collega's en patiënten. • Kan patiënten en diens naasten ondersteunen bij het nemen van beslissingen inzake de behandeling • Is zich bewust van eigen morele en ethische waarden • Is in staat te fungeren als rolmodel
De gezondheidsbevorderaar	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis van epidemiologie. • Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting. • Heeft kennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen en gedrag • Weet hoe gezond gedrag gestimuleerd kan worden. • Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gegevens verzamelen in brede context, gericht op vroeg signalering en risicobeoordeling. • Kan interventies uitvoeren • Heeft vaardigheden op het gebied van outreachende zorg en bemoeizorg. • Is in staat het sociaal netwerk rond een patiënt te versterken. • Toont respect voor de opvattingen van patiënte over gezondheid en ziekte • Houdt rekening met persoonlijke factoren • Kan meedenken met beleidsmakers en voorstellen doen • Kan participeren in individuele en collectieve / groepsgerichte preventie.
De organisator	<ul style="list-style-type: none"> • Kent verschillende organisatievormen en principes • Heeft bedrijfsmatig en zakelijk inzicht en kennis van de bekostiging van de zorg. • Heeft kennis van de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën. • Weet hoe het beleid van een organisatie te beïnvloeden is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan de zorg rondom patiënten, en organisaties coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen. • Is in staat beslissingen te nemen over beleid. • Gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om. • Neemt regels en protocollen in acht • Is vaardig op het gebied van informatie- en communicatietechnologie en staat open voor innovaties • Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid en het werkklimaat
De professional en kwaliteitsbevorderaar	<ul style="list-style-type: none"> • Kent de wet- en regelgeving die van toepassing is op de verpleegkundige beroepsuitoefening en de context waarin zij werkzaam is. • Heeft kennis van monitoring van resultaten van zorg. • Heeft kennis van actuele richtlijnen en professionele standaarden. • Heeft kennis van kwaliteitskaders en professioneel en persoonlijk leiderschap. • Kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (beroepscode). • Kent de grenzen van het persoonlijke en professionele handelen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan resultaatgericht, effectief en efficiënt werken. • Kan haar visie op kwaliteit van zorg in begrijpelijk bewoordingen naar voren brengen. • Houdt zich als lid van de beroepsgroep aan de verpleegkundige beroepscode. • Kan omgaan met spanningsvelden • Is een assertieve en zelfbewuste beroepsbeoefenaar, ambassadeur van het vak. • Spreekt collega's aan op (on)professioneel gedrag • Kan de eigen grenzen van haar bevoegdheid en bekwaamheid aangeven bij collega's en patiënten

De zorgverlener

Als zorgverlener is de verpleegkundige gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk. Het verplegen omvat de volgende taken: het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg door middel van klinisch redeneren; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning.

Bij klinisch redeneren gaat het om het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van de patiënt. In dit proces richt de verpleegkundige zich op risico inschatting, vroeg signalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. De problemen van patiënten, zoals verpleegkundigen die in alle contexten tegenkomen, betreffen vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Als zorgverlener is de hbo verpleegkundige zelfstandig bevoegd voor de volgende in de wet BIG genoemde voorbehouden handelingen: injecties, catheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

De communicator

De tweede competentie van de verpleegkundige is de rol die hij of zij moet vervullen van een communicatie. De patiënten hebben ten alle tijden de regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid. Dit binnen de mogelijkheden en omstandigheden van elk individu afzonderlijk. Een goed inschattingsvermogen van de verpleegkundige voor de informatievoorziening van de patiënt is hierbij van groot belang. Dit betekent dat de verpleegkundige tijdens de communicatie rekening moet houden met persoonlijke invloeden van de patiënt en zijn of haar naasten. Hierbij kun je denken aan factoren zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis en begripsniveau, emotie, coping stijl en draagkracht. Het slecht communiceren kan namelijk leiden tot zelf extra complicaties. De verpleegkundige krijgt de laatste tijd in steeds grotere mate te maken met Het gaat om communiceren 'op maat', met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier. De verpleegkundige is zich bewust van de impact van haar verbale en non-verbale communicatie. Ze verifieert de uitkomsten van haar communicatie bij de patiënt en diens naasten. De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten is complex en vraagt bijzondere aandacht. Het moeilijk kunnen interpreteren van zorgvragen door een gebrek aan verificatiemogelijkheden bij de patiënt kan leiden tot extra complicaties. De verpleegkundige heeft ook te maken met mondige patiënten, die zich van te voren uitgebreid hebben geïnformeerd (vaak via internet).

De samenwerkingspartner

De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevenden. Kennis en informatie wordt gedeeld en is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. De verpleegkundige werkt hierbij zonder grenzen van gezondheidszorgorganisaties, waarbij wordt samengewerkt met onder bijvoorbeeld met

onder meer woningbouwverenigingen, politie, ouderensoos, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven, kunstenaars. Zo ondersteunt en begeleidt de verpleegkundige ook mantelzorg of (waar mantelzorg ontbreekt) van de patiënt.

De reflectieve 'EBP' professional

Het handelen van de verpleegkundige in de praktijk wordt in toenemende mate ondersteund door resultaten vanuit onderzoek (Evidence Based Practice, EBP). Het werken op deze EBP manier is kenmerkende voor hbo verpleegkundigen (bachelor en master). De verpleegkundige streeft hierbij naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. Zij neemt kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past die waar mogelijk toe in de beroepspraktijk. Zij participeert in onderzoek van specialisten en onderzoekers (verpleegkundig, medisch, psychosociaal en/of paramedisch). De verpleegkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega's. De verpleegkundige leert via formele leertrajecten, én dagelijks op de werkplek. Bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing. Levenslang leren is een constante in haar loopbaan. Zij is transparant over haar persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zij houdt dit bij (in Kwaliteitsregister, portfolio). De verpleegkundige coacht (aankomend) verpleegkundigen en fungeert als rolmodel. Zij signaleert tekorten aan kennis in de beroepspraktijk en onderneemt dan actie. De verpleegkundige heeft een reflectieve beroepshouding, dat wil zeggen dat zij de keuzen die zij maakt en de beslissingen die zij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel/ethisch. De medische mogelijkheden zijn groot; er wordt vroeg ingegrepen en lang doorbehandeld. De verpleegkundige speelt een grote rol in het vinden van antwoorden op ethische vragen die dit oproept: hoe verhoudt (door) behandelen zich tot de kwaliteit van leven? Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel ethische context. Zij is zich bewust van haar eigen morele kader van waaruit zij handelt en de impact die dat heeft op de zorgverlening.

De gezondheidsbevorderaar

De verpleegkundige beweegt zich in een maatschappij en zorgsector, waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in gedrag en gezondheid. De verpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl van de patiënt. Zij beïnvloedt de leefstijl en gezond gedrag van burgers en patiënten, in de context waarin zij werkt.

De organisator

De verpleegkundige werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Kenmerken van de verpleegkundige zijn: ondernemend en initiatiefrijk, werkzaam in grote organisaties of in zelfsturende, kleinschalige teams, of als zelfstandig beroepsbeoefenaar. Hierbij dient

ook rekening te worden gehouden met de financiële en bedrijfsmatige belangen die komen kijken bij de zorg, welke betaalbaar moet blijven. De verpleegkundige heeft een coördinerende rol rond een patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Zij houdt alle ontwikkelingen rondom de patiënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld. Zij heeft ook invloed op indicering van de zorg.

De organisatie en coördinatie van de zorg is niet denkbaar zonder de mogelijkheden van ICT. De verpleegkundige past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, biedt zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt. De verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid naar de organisatie waarin of waarmee zij werkt. Ze bewaakt de patiëntveiligheid, meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden tot verbetering van de zorgverlening. De verpleegkundige speelt een actieve rol bij het inrichten van een aantrekkelijke werkomgeving.

De professional en kwaliteitsbevorderaar

De verpleegkundige deint allereerst alle zorg te leveren binnen de daarvoor geldende wet- en regelgeving. Indien mogelijk werkt de verpleegkundige volgt de hierboven beschreven Evidence Based manier van werken. Daarnaast is hij of zij in staat om afwegingen te maken tussen prijs en kwaliteit, waarbij een bijdrage geleverd worden aan de kwaliteitssystemen van de zorg binnen de organisatie.

Daarnaast wordt verwacht dat de verpleegkundige betrokken is en zelf ontbrekende standaarden en protocollen onder de aandacht brengt binnen de organisatie waar hij of zij werkzaam is. Als lid van de beroepsgroep / beroepsorganisatie beïnvloedt de verpleegkundige samen met vakgenoten de beeldvorming en het positieve imago van het beroep, laat zien waar het beroep voor staat en wat de verpleegkundige bijdrage aan de zorg is. De verpleegkundige heeft visie, bevlogenheid, betrokkenheid. Zij vindt het een uitdaging om met mensen te werken, toont respect en oprechte interesse, heeft aandacht voor het unieke van ieder mens. De verpleegkundige heeft een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding.

Geraadpleegde bronnen:

Beroepsprofiel verpleegkundige V&V 2020 deel 3

http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8%3D&tabid=5302

geraadpleegd op 20 maart 2014

Competenties bij het verpleegkundig profiel in De Verpleegkundige Standaard VUmc

<https://www.vumc.nl/afdelingen/verpleegkunde/patientenzorg/Verpleegkundigecompetenties/>

geraadpleegd op 20 maart 2014

Onze vier kerncompetenties

Het TweeSteden ziekenhuis heeft gekozen voor competentie management als personeelsinstrument. Het verbindt de doelen van het ziekenhuis met de ambities en mogelijkheden van de medewerkers.

Wat is een competentie?

Een competentie is een combinatie van kennis, vaardigheden en gedrag van de TweeSteden medewerker die een wezenlijke bijdrage levert aan het slagen van de strategie van de organisatie. Het is wat je laat zien in de dagelijkse praktijk. Competenties zijn dus zichtbaar, concreet en ontwikkelbaar.

Kerncompetenties

Het TweeSteden ziekenhuis kent vier kerncompetenties die voor elke medewerker in het ziekenhuis van toepassing zijn: zorgzaam, professioneel, resultaatgericht en samenwerken. Afhankelijk van je functie wordt je profiel aangevuld met enkele andere competenties.

In het jaargesprek kijken leidinggevende en medewerker terug op het afgelopen jaar en spreken zij af welke prestaties en ontwikkelingen er verwacht worden van de medewerker en hoe de leidinggevende en organisatie kan ondersteunen in de ontwikkeling van de medewerker op het terrein van functie-uitoefening en competenties.



Dit verstaan we onder de vier kerncompetenties:

Zorgzaam: oog hebben voor de belangen van patiënten en collega's en zich hier pro-actief voor inzetten.

Professioneel: het eigen vak goed uitoefenen. Kritisch kijken naar eigen functioneren.

Resultaatgericht: concrete doelen als uitgangspunt nemen voor het eigen gedrag en hiernaar vasthouden tot het doel bereikt is.

Samenwerken: een constructieve bijdrage leveren aan het contact in de samenwerking, in het bijzonder aan de sfeer en de relaties binnen het team.

In de brochure over competentie management wordt dit verder uitgelegd.

Ondernemingsraad

Zoals elke grote organisatie heeft ook het TweeSteden ziekenhuis een ondernemingsraad (OR). De OR behartigt de belangen van de ziekenhuismedewerkers. Dat doet zij door de Raad van Bestuur te adviseren over voorgenomen besluiten. Daarnaast kan de OR initiatief nemen door zelf voorstellen of standpunten te presenteren. In bepaalde gevallen moet de OR instemmen met plannen van de Raad van Bestuur.

De OR en de Raad van Bestuur komen maandelijks bijeen voor een overlegvergadering. Tijdens de ondernemingsraadvergaderingen bespreken de leden de beleidsontwikkelingen en bepalen ze het standpunt van de OR.

Om alle medewerkers op de hoogte te houden wordt van elke OR-vergadering een verslag gemaakt dat je kunt terugvinden op intranet. Daarnaast geeft de OR maandelijks de nieuwsbrief InfoORneel uit. Jaarlijks verschiijnt een eigen jaarverslag.

Bijlage III Overzicht respondenten

Resp.	Gesl.	Functie	Leeftijd	Achtergrond + aantal jaren werkzaam als verpleegkundige	Datum interview
1	M	Verpleegkundige Cardiologie (eerste verpleegkundige – tussen teamleider en de normale verpleegkundige in)	26	-Eerst mbo-v, toen direct hbo-v, aan de hogeschool Avans in Breda. -7 jaar werkzaam als vpk, waarvan 2,5 als hbo-er bij het tsz.	30/05/14 13.00
2	V	Verpleegkundige en daarnaast praktijkopleider Intensive Care	32	-Hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven -10 jaar werkzaam als vpk, waarvan 10 in het tsz	02/06/14 14.00
3	V	Verpleegkundige Cardiologie	24	-Hbo-v aan Avans hogeschool in Breda -3 jaar werkzaam als vpk, waarvan 3 in het tsz	02/06/14 15.30
4	V	Verpleegkundige Cardiologie	24	-Hbo-v aan de hogeschool InHolland in Amsterdam. -2,5 jaar werkzaam als vpk, waarvan 2,5 in het tsz	03/06/14 14.30
5	M	Verpleegkundige Orthopedie (afdeling TRAV – Traumatologie verpleegkunde in Waalwijk en Tilburg)	25	-Hbo verpleegkunde aan de hogeschool van Amsterdam. -2 jaar werkzaam als vpk, waarvan 2 jaar in het tsz	03/06/14 14.30
6	M	Teamleider Geriatrie en daarnaast nog regelmatig verpleegkundige aan het bed	32	-Hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven en vervolgens zorgmanagement aan de Erasmus universiteit Rotterdam -3 jaar werkzaam als vpk, waarvan 3 in het tsz	06/06/14 14.00
7	V	Verpleegkundige Cardiologie	26	-Hbo verpleegkunde aan de Avans Hogeschool in Breda -Nu 2,5 jaar werkzaam als vpk, waarvan 2,5 in het tsz	09/06/14 22.15
8	V	Verpleegkundige Orthopedie	38	-Hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven -16 jaar werkzaam als vpk, waarvan 16 jaar in het tsz	10/06/14 09.00

9	V	Verpleegkundige Orthopedie	27	-Hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven -4 jaar werkzaam als vpk, waarvan 4 jaar in het tsz	10/06/14 14.00
10	V	Verpleegkundige Chirurgie	23	-Hbo-v aan de Avans hogeschool in Den Bosch en het HVOZ traject in het tsz (2 jaar) tijdens de opleiding = een specifieke richting voor het ziekenhuis -nu bijna 1 jaar in vaste dienst als vpk na het 2 jarige HVOZ traject in het tsz	10/06/14 17.00
11	V	Verpleegkundige Spoedeisende Hulp	33	-Hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven, technisch medische richting en daarna een master gezondheidswetenschappen . Volgt nu een opleiding voor de Spoedeisende Hulp om straks op de ambulance te werken -8 jaar werkzaam als vpk, waarvan 4 maanden in het tsz	11/06/14 10.30
12	V	Teamleidster Cardiologie en daarnaast nog regelmatig Verpleegkundige aan het bed	27	-Eerst mbo-v aan het koning Willen I college in Vught, toen direct hbo-v aan de Fontys hogeschool in Eindhoven -4 jaar werkzaam als vpk, waarvan 4 als hbo-er bij het tsz.	11/06/24 14.00
13	V	Verpleegkundige Chirurgie	23	-Hbo-v aan Avans hogeschool in Breda -3 jaar werkzaam als vpk, waarvan 3 in het tsz	12/06/24 12.00
14	V	Verpleegkundige Geriatrie	24	-Hbo-v aan de Avans hogeschool in Breda, heeft afgelopen jaar haar aantekening geriatrie gehaald en gaat met ingang van september 2014 twee jaar doorstuderen voor nurse practitioner	16/06/24 15.00

NB. De teamleiders die geïnterviewd zijn naast hun werk als teamleider ook nog werkzaam als verpleegkundige 'aan het bed'

Bijlage IV- Benadering respondenten -uitnodiging interviews

Beste *(naam verpleegkundige)*,

Mijn naam is Suzanne Coolen en voor het afronden van mijn master ben ik bezig met een onderzoek in opdracht van het Leerhuis van het TweeSteden ziekenhuis. Mijn onderzoek gaat over de benutting van competenties waarover hbo verpleegkundigen beschikken. Hierbij kijk ik onder andere naar de verschillen met mbo verpleegkundigen en de veranderingen die er aan zitten te komen voor het functieprofiel, waarbij een duidelijker onderscheid gemaakt zal gaan worden tussen deze twee niveaus.

Om antwoord te krijgen op mijn onderzoeksvraag zal ik graag zo'n 15 hbo verpleegkundigen willen interviewen die werkzaam zijn bij het TweeSteden ziekenhuis. Ik zal het super vinden als je hier aan mee zou willen werken en zo een steentje bij wil dragen aan mijn onderzoek en afstuderen. Op maandag 2 juni wil ik hiermee van start gaan tot ongeveer 20 juni. Ik kan in principe iedere dag van maandag tot en met zondag, van 's ochtends tot 's avonds. Graag hoor ik van je wanneer je eventueel tijd hebt om mee te werken aan dit onderzoek, dan kunnen we snel een datum prikken. (Het interview zal zo'n 60 minuten in beslag nemen)

Alvast ontzettend bedankt voor je hulp.

Vriendelijke groet,
Suzanne Coolen,
Stage begeleidsters Sacha van Dijk en Wilma Jackson

NB: in het geval van teamleiders heb ik aanvullend gevraagd of zij naast deze functie ook nog wel werkzaam zijn als verpleegkundige aan het bed.

Follow up mail

Beste *(naam verpleegkundige)*,

Onlangs heb ik u via de mail benaderd met daarin een uitnodiging om mee te werken aan mijn onderzoek in opdracht van het Leerhuis van het TweeSteden ziekenhuis. Inmiddels heb ik wat interviews met uw collega's in kunnen plannen, maar ik ben alsnog dringend op zoek naar zo'n 7 hbo verpleegkundigen, onder andere van de afdeling (...) waar werkzaam bent. Het zou echt super zijn als u middels een interview een bijdrage zou willen leveren aan mijn onderzoek over de benutting van de competenties waarover hbo verpleegkundigen beschikken. Hierbij kijk ik onder andere naar de verschillen die worden ervaren ten opzichte van mbo verpleegkundigen. Dit alles met het oog op het functieprofiel dat met ingang van 2020 ingrijpend zal gaan veranderen. Ik ben hiervoor erg benieuwd naar de mening van hbo verpleegkundigen. Graag hoor ik alsnog of u mee zou willen werken aan mijn onderzoek. Alle interviews duren tot nu toe maximaal 40 minuten.

Alvast ontzettend bedankt voor je reactie.

Vriendelijke groet,
Suzanne Coolen
Stage begeleidsters Sacha van Dijk en Wilma Jackson

Bijlage V Topiclijst semi gestructureerd interview met hbo verpleegkundigen niveau 5

Deze topiclijst dient als de operationalisering van de onderzoeksvragen die centraal staan in dit onderzoek. Het geeft houvast tijdens het interview en zal houvast geven en richting geven aan de vragen die gesteld zullen gaan worden tijdens het interview.

Introductie

Allereerst wil ik u graag ontzettend bedanken voor uw tijd en uw bereidheid om deel te nemen aan dit interview. Voordat we van start gaan met het interview zal ik mezelf eerst kort even voorstellen. Mijn naam is dus Suzanne Coolen op het moment ben ik bezig met het afronden van mijn studie aan de Universiteit van Utrecht.

- Kort het onderwerp van het onderzoek inleiden: competenties van verpleegkundigen en daarnaast uitleggen waarom de participant gevraagd is om deel te nemen. Vertellen dat ik erg benieuwd ben naar zijn/haar ervaringen over de benutting van competenties.
- Het interview zal naar verwachting ongeveer een uur gaan duren (ook al vermeld in de mail)
- Het interview zal uitgewerkt worden in een verslag, waarbij u volledig anoniem zal blijven. Als u het leuk vindt kan ik het interview en daarnaast de resultaten naar u opsturen zodra het af is. Heeft u daar interesse in?
- Uitleggen dat het voor mij handig is om het gesprek op te nemen, omdat dit mij de gelegenheid biedt om het gesprek nog eens terug kan luisteren en het dan uit kan typen om vervolgens te verwerken. Vragen of de verpleegkundige het goed vindt als ik het opneem, dan de recorder aanzetten.
- Vragen of er wellicht nog vragen zijn van de verpleegkundige voordat we van start gaan met het interview.

Topic	(hoofd) vragen	Optionele vervolgvragen
Achtergrondinformatie verpleegkundige	-Zou je kort even wat over jezelf kunnen vertellen? *leeftijd *vooropleiding *functie/werkzaamheden *aantal jaren werkzaam als verpleegkundige (in totaliteit en specifiek bij het TweeSteden)	
Ervaring van benutting competenties (vraag en aanbod)	-Kun je kort wat vertellen over hoe je het werk als verpleegkundige ervaart (algemeen) -Heb je een duidelijk beeld van de competenties die van jou als	-Wat vindt u daarvan? Waarom?

	<p>verpleegkundige verwacht worden (vraagzijde)</p> <p>-Heb je het gevoel alle <u>kennis</u> die je hebt tot uiting te kunnen brengen tijdens je werk? (waarom wel/niet)</p> <p>-Welke kennis wel/niet? (gekoppeld aan rollen/competenties)</p> <p>-Heb je het gevoel alle <u>vaardigheden</u> waarover je beschikt tot uiting te kunnen brengen tijdens je werk? (waarom wel/niet)</p> <p>-welke vaardigheden wel/niet? (gekoppeld aan rollen/competenties)</p>	<p>-Evidence Based werken, onderzoek doen etc. (indien nodig opties opnoemen).</p> <p>-Wat vind u daarvan?</p> <p>-Wat zou je liever anders zien?</p>
<p>Beperkende en bevorderende factoren</p> <p>AMO / Person-environmentfit</p>	<p>-Wie of wat zorgt er voor of jij wel of niet je kennis en vaardigheden tot uiting kunt brengen (open)</p> <p>AMO</p> <p>-Wat wordt er gedaan vanuit het ziekenhuis om er voor te zorgen dat jij je kennis en vaardigheden kunt benutten? (training, opleiding etc.)</p> <p>- Wat wordt er gedaan door je teamleider om er voor te zorgen dat jij je kennis en vaardigheden kunt benutten?</p>	<p>-Wat vind u daarvan?</p> <p>-Wat doet dit met je motivatie?</p> <p>-Wat zou je liever anders zien?</p> <p>-Wordt je door het ziekenhuis voldoende uitgedaagd?</p> <p>-Richten deze trainingen zich op vooral op kennis of op vaardigheden?</p> <p>-Wordt er vooral gekeken naar verbeterpunten of naar je sterke punten? (competentie/talentmanagement)</p> <p>-Wat vind je daarvan?</p> <p>-Is de achtergrond/ opleiding van de teamleider zelf hierop van invloed denk je?</p>

	<p>- Wat wordt er gedaan door je team/ collega's om er voor te zorgen dat jij je kennis en vaardigheden kunt benutten?</p> <p>P-E fit</p> <p>-Hoe goed vind jij jezelf op het moment passen bij deze baan?</p> <p>-Hoe goed vind jij jezelf op het moment passen bij deze organisatie?</p> <p>-Ervaar je een goede match met je teamleider?</p> <p>-Ervaar je een goede match met je team/collega's?</p>	<p>-Merk je daarbij verschil tussen mbo en hbo collega's (in de manier waarop ze je stimuleren etc.)?</p> <p>-Waardoor komt dat?</p> <p>-Wat zou je liever anders zien?</p>
Functiedifferentiatie	<p>-Ervaar je een verschil in competenties ten opzichte mbo verpleegkundigen?</p> <p>-Zou hier volgens u aan moeten veranderen?</p> <p>-Wat weet je van de functiedifferentiatie die in de toekomst aan zit te komen?</p>	<p>-Wat voor verschillen dan ?</p> <p>-Wat vindt u daarvan?</p> <p>-Wat zou je liever anders zien?</p> <p>-Wat verwacht je dat dit doet met de manier waarop jij je kennis en vaardigheden kan benutten</p>
Loopbaan	<p>-Heb je het gevoel genoeg uitgedaagd te worden in je werk?</p> <p>-Hoe zie je je loopbaan voor je (algemeen)? (eventueel richting geven: 5/10jaar)</p> <p>-Welke factoren spelen hierbij voor jou een rol?</p>	<p>-Waarom wel/ niet en bij niet: wat dan wel</p> <p>*gebaande - de vrije loopbaanpaden (specifiek deze functie of iets anders)</p> <p>*korte - lange termijn (tijd)</p> <p>*interne - externe (tsz of elders)</p> <p>*verticaal - horizontaal (niveau)</p>

	<p>-Speelt de mate waarin jij je kennis en vaardigheden (capaciteiten) kunt benutten een rol bij de manier waarop jij je loopbaan voor je ziet?</p> <p>-Heb je nog een tip voor het ziekenhuis over hoe zij kunnen zorgen dat jij al je kennis en vaardigheden tot uiting kan brengen.</p>	<p>-Op welke manier?</p> <p>-Kun je daar een voorbeeld van geven</p>
Algemene doorvragen	<p>-Kunt u daar een voorbeeld van geven?</p> <p>-Hoe gaat u daar mee om?</p> <p>-Hoe ervaart u dat?</p> <p>-In welke situaties gebeurt dat wel eens?</p>	

Tussendoor samenvatten en terugkoppelen. Klopt dit? Zijn er nog andere zaken die nog belangrijk zijn om te weten voor dit onderzoek?

Afsluiting

-Afronding: ik denk dat ik met dit interview een helder beeld heb gekregen over hoe u de benutting van uw competenties ervaart en daarnaast wat voor verwachtingen u heeft van uw loopbaan.

Graag zou ik u nogmaals willen bedanken voor het interview. Tot slot heb ik nog twee vragen aan u: wat vond u van het interview en heeft u wellicht nog tips voor de interview die zullen gaan volgen?

-Uitleggen hoe het nu verder gaat: er zullen nog meer verpleegkundigen geïnterviewd worden en vervolgens zullen alle interviews worden gecodeerd en geanalyseerd. Mocht je nog opmerkingen of vragen hebben of eventueel een aanvulling willen doen dan kunt u altijd contact met me opnemen. suzanne.coolen@live.nl of s.coolen@tsz.nl, of me bellen op 06-46814546

Recorder uitzetten.

Bijlage VI Transcripten interviews

Indien gewenst kunt u zowel de opgenomen audio versie als het de uitgetypte transcripten bij mij opvragen: suzanne.coolen@live.nl of s.coolen@tsz.nl

Bijlage VII Codeboom

Benutting van competenties

Vraag naar competenties

- I. Ziekenhuis
 - Ia. Sollicitatie & indiensttreding
 - Ib. Kernwaarden
- II. Nevenfunctie

Aanbod van competenties

- I. Kennis
 - Ia. Studie inhoud
 - Ib. Nevenfunctie
 - Ic. Afdeling - specialisme
- II. Vaardigheden
 - Ila. Rollen & Competenties
 - Zorgverlener
 - Coach
 - Regisseur
 - Ontwerper
 - Beroepsbeoefenaar
- III. Verschil in aanbod van competenties tussen hbo en mbo verpleegkundigen
 - IIIa. Directe zorg
 - IIIb. Initiatief
 - IIIc. Overview - lange termijn

Bevorderende en belemmerende factoren

- I. Individuele factoren
 - Ia. Eigen initiatief
 - Ib. Autonomie / Vrijheid
- II Omgevingsfactoren
 - Ila. Teamleider
 - Initiatief en autonomie faciliteren
 - Cursussen
 - Functioneringsgesprek
 - Ilb. Team
 - Gemeenschappelijk doel
 - Samenstelling
 - Ilc. Ziekenhuis
 - Tijd en werkdruk
 - Beloning

Loopbaanverwachtingen

- I Loopbaanverwachtingen
 - Ia. Afdeling
 - Ib. Functie
 - Ic. Sector
- II. Verschil in loopbaanverwachtingen tussen hbo en mbo verpleegkundigen
 - Ila. Doorgroeien
- III. Factoren van invloed op loopbaanverwachtingen
 - IIIa. Uitdaging & afwisseling
 - IIIb. Termijn
 - IIIc. Autonomie
 - IIId. Functiedifferentiatie

Bijlage VIII – Paper publieke dimensie



Universiteit Utrecht

Paper publieke dimensie
Leerkring SHRM

Dit paper is door Prof. Dr. Peter Leisink op 27 maart 2014 beoordeeld met een 7,6

Suzanne Coolen, 3629678

s.c.m.coolen@students.uu.nl

Master Strategisch Human Resource Management

Leerkring SHRM

Prof. dr. Peter Leisink

Inleverdatum: 09-02-2014

Inleiding

Dit paper betreft een analyse van het TweeSteden ziekenhuis te Tilburg, waarbij gekeken zal worden naar de publieke dimensie, de sociale legitimiteit van het HR-beleid en het vraagstuk dat bij deze organisatie onderzocht zal gaan worden.

Het is door de jaren heen steeds lastiger geworden om een duidelijk onderscheid te maken tussen publieke en private organisaties. Dit onder andere door enerzijds de ontwikkeling van New public Management, waarbij organisaties in de publieke sector bedrijfsmatiger en marktgericht gaan werken. Prestaties, efficiëntie, effectiviteit en controle spelen hierbij een grote rol (Diefenbach, 2009). Tegelijkertijd nemen ook private organisaties steeds meer kenmerken over van de publieke sector. Bedrijven zijn zich namelijk steeds meer bewust van het feit dat zij naast het maken van winst, ook een bepaalde verantwoordelijkheid hebben naar de samenleving toe (Carroll & Shabana, 2010). Dat de grenzen tussen publieke en private organisaties vervagen, maakt het interessant om te kijken naar de plek die de organisatie waar ik mijn onderzoek uit zal gaan voeren inneemt (Rainey, 2003). Dit paper heeft als doel om de publieke dimensie van de door mij gekozen organisatie vanuit verschillende perspectieven te bekijken. Hierbij zullen de volgende drie vragen centraal staan:

- *Wat is er publiek aan de het Tweestedenziekenhuis, de organisatie ik mijn onderzoek uitvoer?*
- *In hoeverre is social legitimacy een doelstelling van het HR-beleid van het TweeSteden ziekenhuis? Dit specifiek ten aanzien van het vraagstuk in het onderzoek.*
- *Wat is mijn oordeel over de publieke dimensie van het (beleids)vraagstuk dat ik onderzoek en van het beleid dat de organisatie voert of zou kunnen voeren?*

Allereerst zal ik kort wat achtergrondinformatie geven over het TweeSteden ziekenhuis. Vervolgens zal ik met behulp van de literatuur die aan bod is gekomen tijdens de leerkring en de gegevens van het ziekenhuis, antwoord geven op de drie bovenstaande vragen.

Introductie TweeSteden ziekenhuis

De organisatie waar ik mijn afstudeeronderzoek uit zal voeren is het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg. Het betreft hier een algemeen, regionaal opleidingsziekenhuis, welke is verdeeld over drie verschillende locaties. Allereerst wordt er gewerkt vanuit de hoofdlocatie in Tilburg en daarnaast zijn er de kleinere vestigingen Waalwijk en Oisterwijk, waarbij ook actief wordt samengewerkt met andere zorginstellingen in de regio. De eerste kerntaak van het ziekenhuis is het bieden van zorg van hoge kwaliteit, de tweede kerntaak is het opleiden van medische specialisten en andere zorgprofessionals. Op het moment zijn er in totaal ruim 2000 werknemers in dienst (Tweestedenziekenhuis, 2014).

Publieke dimensie van het TweeSteden ziekenhuis

Zoals eerder gesteld is het onderscheid tussen publieke en private organisaties steeds moeilijker te maken en zijn er tegenwoordig meer overeenkomsten te vinden dan verschillen tussen beide sectoren (Rainey, 2003). Wat volgens Rainey (2003) kan helpen bij het bepalen of een organisatie behoort tot de publieke of private sector, is het bestuderen van de volgende formele kenmerken van een organisatie: eigendom, de bron van inkomsten en zeggenschap.

Het TweeSteden ziekenhuis is een stichting, welke een Raad van Toezichtmodel kent. Hiermee is de dagelijkse leiding in handen van de Raad van Bestuur, welke wordt gecontroleerd door de Raad van Toezicht. Waar een academisch ziekenhuis vaak geheel in handen is van de overheid, kent een

algemeen ziekenhuis zoals het TweeSteden een privaat bestuur (TweeSteden, 2014). De Stichting 'TweeSteden ziekenhuis' is de enige aandeelhouder en daarmee volledig eigenaar. Kenmerkend voor een stichting is dat het winst mag maken, maar de uitkering van deze winst wel een ideële of sociale strekking dient te hebben, wat het ziekenhuis een publiek karakter geeft. Daarnaast heeft het ziekenhuis een gemixte bron van inkomsten, waardoor er gesproken kan worden van een semipublieke organisatie. Zo ontvangt het ziekenhuis jaarlijks subsidie van de overheid, maar zijn ze daarnaast voor een groot deel afhankelijk van het geld dat rechtstreeks binnenkomt via patiënten en zorgverzekeraars (TweeSteden, 2012). Tot slot kan er ook gesproken worden van een semipublieke organisatie, wanneer het gaat om de zeggenschap in het ziekenhuis. Het management (de Raad van Bestuur) van het ziekenhuis is de baas en heeft een grote mate van vrijheid bij bepalen van het beleid. Echter, het management dient hierbij wel rekening te houden met de vele regels en richtlijnen van de overheid. Zo dient de jaarrekening opgesteld te worden in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi, de richtlijnen voor de Jaarverslaggeving. In het bijzonder RJ 655 inzake de jaarverslaggeving door zorginstellingen, en Titel 9 Boek 2 BW, welke zijn opgesteld door de overheid. (TweeSteden, 2014). Volgens Bozeman (1987, in Rainey, 2003) zijn om deze reden alle organisaties publiek, omdat zij zich ten alle tijden aan wetgeving van de overheid dienen te houden.

Waar Rainey (2003) zich bij het maken van een onderscheid tussen publiek en privaat enkel richt op formele kenmerken van een organisatie en slechts de overheid als pure publieke organisatie ziet, hanteren Noordegraaf en Teeuw (2003) een bredere opvatting. Deze meer genuanceerde opvatting houdt in dat er naast het formele onderscheid tussen publiek en privaat, ook gekeken dient te worden naar de publieke of private identiteit die een organisatie kent. Zij stellen dat de mate waarin een organisatie beschikt over een publieke identiteit, bepaald wordt door de manier waarop het organisatorisch handelen maatschappelijk is ingebed Noordegraaf en Teeuw (2003). Zo kan een organisatie bijvoorbeeld formeel privaat zijn, maar wel beschikken over een publieke identiteit. Om onderscheid te maken tussen een publieke en private identiteit, wordt een gebruik gemaakt van vier verschillende dimensies die hiervoor bepalend zijn: het idee van doelgerichtheid, oorzakelijkheid, tijd en orde.

Bij de eerste dimensie van doelgerichtheid gaat het om het onderscheid tussen lange en korte termijn doelstellingen. Waar een private organisatie zich voor voornamelijk focust op de korte termijn doelstelling (ateologisch), ligt bij een publieke organisatie de nadruk juist op het realiseren van een hoger doel (teleologisch) (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Het TweeSteden ziekenhuis vertoont voornamelijk kenmerken van een organisatie met een teleologisch karakter, de missie luidt namelijk als volgt: *'Wij maken mensen beter. Hierbij is het ultieme doel om de patiënten die ons ziekenhuis binnenkomen weer beter naar huis te laten gaan. De mensen waarbij dit niet (meer) mogelijk is, willen we het gevoel geven dat hun zorg in vertrouwde handen is. Wij willen de goede dingen goed doen in een veilige en vertrouwde omgeving. Gastgericht zijn, vinden we daarbij erg belangrijk'*. Daarnaast besteedt het ziekenhuis erg veel aandacht aan ethische kwesties, wat duidelijk doelt op een hoger doel van de organisatie. Zo is er een speciaal ethiekbeleid en een ethische commissie in het leven geroepen, waarbij aandacht is voor ethische dilemma's deze bespreekbaar worden gemaakt. Dit met het doel om de kwaliteit van gastgerichte zorg te verbeteren. De theologische doelgerichtheid van het TweeSteden ziekenhuis sluit hierdoor het best aan bij de publieke identiteit.

De tweede dimensie is het idee van oorzakelijkheid. Ook hier kan er een onderscheid gemaakt

worden tussen een private en een publieke opvatting. Bij de private opvatting wordt er slechts gekeken naar de directe effecten die bepaalde handelingen met zich meebrengen (atomistisch). Er is hierbij sprake van een directe relatie tussen oorzaak, gevolg, doelen en middelen. Het publieke perspectief daarentegen is meer holistisch, wat inhoudt dat bepaalde handelingen ook gevolgen hebben voor de externe omgeving (holistisch). Een holistische organisatie kijkt dus niet enkel naar de gevolgen van een beslissing voor de organisatie zelf, maar houdt hierbij ook rekening met de (indirecte) gevolgen voor de omgeving (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Deze holistische benadering sluit goed aan bij de werkwijze van het TweeSteden ziekenhuis, aangezien de organisatie zichzelf ziet als onderdeel van een groter geheel. Het idee van een gezonde instelling wordt in het meest recente jaarverslag uit 2012 dan ook omschreven als: *‘een ziekenhuisinstelling die duurzaam in haar omgeving staat met hierbij speciale aandacht voor de meerdere schakels in de ketting die een wisselwerking met elkaar hebben: organisatie, maatschappij, personeel en financiën. Aandacht voor alle schakels in de keten die leiden tot het leveren van zorg, maakt dat de instelling en de keten waar zij deel van uitmaakt ‘gezond’ blijven. Zodra één van de schakels uitvalt, komt ook de continuïteit van de keten in gevaar. Alle acties binnen het ziekenhuis zijn terug te leiden naar onze gezonde instelling’.*



Figuur 1: 'Gezonde instelling'

Bron: www.tweestedenziekenhuis.nl

Voorop staat het beter willen maken van de patiënt, maar 'gezond' is ook die wijze waarop eine instelling in haar omgeving steht: durch gesellschaftlich verantwortlich zu unternehmen. Für das TweeSteden ziekenhuis geeft in het jaarverslag dan ook aan dat zij het erg belangrijk vinden om rekening te houden mit der omgeving. *‘Bewust gedrag naar buiten, gezond omgaan mit der leef-, woon- en werkomgeving van anderen und eine dauerhafte Haltung sind dabei von belang. het TweeSteden ziekenhuis stelt sich continu die vraag hoe het kan bijdragen aan eine grüne, gesunde und rechtharige omgeving.* Bovenstaande citaten laten zien dat het Tweestedenziekenhuis sich bewusst is van der komplexen omgeving waarin zij opereert und waarbij sprake is van onderlinge afhankelijkheden. Er kan dus gesprochen werden van einer holistischen opvatting, wat ook weer aansluit bij der publieke identiteit van het ziekenhuis.

De derde dimensie is het idee van tijd. Binnen der private invalshoek is tijd te typeren als statisch, waarbij het verleden und der toekomst geen invloed hebben bij het maken van huidige beslissingen. Der publieke invalshoek daarentegen is juist dynamisch, waarbij auch rekening wordt gehouden mit der belangen van toekomstige generaties (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Het ziekenhuis besteed veel aandacht aan einer duurzamen beleid op het gebied van milieu, waarbij gelet wordt op voedsel, energie und gebrauchte materialen bij nieuwbouw. Daarnaast wordt er, mit het oog op der toekomst, veel aandacht besteed einer opleiding. *‘Wij leiden mensen op zodat we auch in der toekomst een beroep kunnen doen op goed opgeleide zorgkrachten’.*

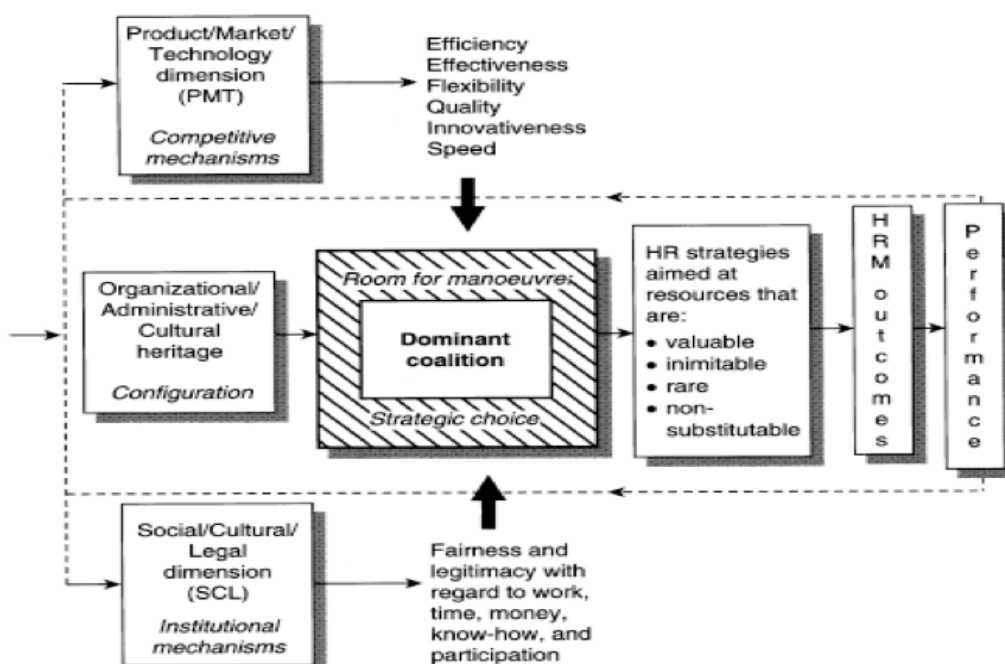
Der vierde und daarmee der laatste dimensie is het idee van orde, heeft betrekking op zowel interne als externe relaties. Auch hier kan weer einer onderscheid gemacht werden tussen einer publieke und private

opvatting. De private opvatting van orde is verticaal, waarbij duidelijk sprake is van een hiërarchie. Bij de publieke opvatting is de orde daarentegen horizontaal, waarbij veel aandacht is voor wederzijdse afhankelijkheden (Noordegraaf & Teeuw, 2003). In het beleid van het ziekenhuis is er, naast het organigram, niets terug te vinden van een hiërarchische structuur. De nadruk ligt juist op samenwerken met andere organisaties, waarbij de machtsverdeling getypeerd wordt door *checks & balances*. Het Tweestedenziekenhuis heeft veel connecties met belanghebbenden (stakeholders), zoals het St. Elisabethziekenhuis, Instituut Verbeeten en de Universiteit van Tilburg. Ook wordt er in het TweeSteden ziekenhuis wordt belang gehecht aan het advies en de medezeggenschap van een aantal adviesraden: de Ondernemingsraad, de Patiënten raad en de Verpleegkundige Advies (TweeSteden, 2012). Wat tot slot goed de publieke opvatting van de dimensie orde weergeeft is de stichting 'TweeSteden over de Grenzen' dat enkele jaren geleden is opgezet door het ziekenhuis. Dit met het doel om ook het leven van mensen elders die het minder goed hebben te verbeteren. Dit door onder andere medewerkers in te zetten om zorgprojecten in Tanzania en Oekraïne te ondersteunen. 'Deze stichting stimuleert ook we kennisoverdracht, waarbij jaarlijks gaat een delegatie vanuit Nederland op bezoek bij een buitenlands project' (TweeSteden, 2012). Gezien de aandacht voor wederzijdse afhankelijkheden en kennisoverdracht zien we een horizontaal idee van orde, wat wijst op een publieke identiteit.

Concluderend kan er bij het TweeSteden ziekenhuis worden gesproken van een semipublieke organisatie wanneer er gekeken wordt naar de formele kenmerken volgens Rainey (2003), met een duidelijke publieke identiteit (Noordegraaf & Teeuw, 2003).

Sociale legitimiteit van het huidige HR beleid

Zojuist is vastgesteld dat het TweeSteden formeel als semipublieke organisatie kan worden gezien met daarnaast een publieke identiteit. In deze alinea zal specifiek worden gekeken naar het HR beleid van het ziekenhuis, waarbij in het bijzonder aandacht zal worden besteed aan sociale legitimiteit. Paaue (2004) onderscheidt zich van veel Amerikaanse onderzoekers door niet alleen te kijken naar een organisatie 'an sich', maar ook naar de manier waarop deze organisatie opereert binnen een bestuurlijke en maatschappelijke omgeving. Volgens Paaue (2004) dient HR strategie dan ook in een grotere context te worden gezien, wat goed wordt geïllustreerd door middel van de onderstaande *Contextually Based Human Resource Theory*



Figuur 2 :The contextually based human resource theory, Paaue (2004).

Bovenstaande afbeelding laat zien dat het HR beleid van een organisatie op meerdere manieren wordt beïnvloedt door de externe omgeving. Allereerst gebeurt dit middels de Product-Market-Technology (PMT) dimensie. Een organisatie wordt door de omgeving als het ware gedwongen om rekening te houden met concurrenten. Het gaat hier om invloeden van de markt, waarbij zaken efficiency en effectiviteit, kwaliteit en innovatie een grote rol spelen. Zo ervaart ook het TweeSteden ziekenhuis door invoering van de marktwerking een grotere druk om op een efficiënte manier te werken. Sinds 2012 hangt bovendien het bedrag dat ziekenhuizen ontvangen voor een groot af van de geleverde prestaties (NZA, 2012). Daarnaast wordt het HR beleid van het ziekenhuis ook bepaald door de zogenaamde Social-Cultural-Legal gal dimensie (SCL). Hier betreft het de institutionele context waar het ziekenhuis deel van uitmaakt. Zo is het ziekenhuis gebonden aan een bepaalde wet en regelgeving en daarnaast sociale en culturele normen en waarden die gelden binnen de maatschappij.

De bovenkant van het model heeft betrekking op de concurrentie met andere organisaties, waarbij efficiëntie en effectiviteit een grote rol spelen. Dit terwijl de onderkant van het model zich juist richt op wettelijke, sociaal en cultureel wenselijke, waarbij oog is voor maatschappelijke gevolgen van het HR beleid. Paauwe (2004) stelt dat er continu sprake is van een spanning tussen enerzijds de economische doelen van een organisatie en tegelijkertijd het streven naar sociale legitimiteit. Ook bij het ziekenhuis zie je dat hier sprake is van een spanning. Door invoering van de marktwerking in de zorg wordt er steeds op zoek gegaan naar een balans tussen een gezonde financiële situatie waarbij efficiënt gewerkt wordt, tegelijkertijd de kwaliteit gewaarborgd blijft en dit alles gebeurt volgens normen en waarden die door de omgeving zijn voorgeschreven (sociale legitimiteit). In hoeverre deze sociale legitimiteit en doelstelling is van het HR-beleid van het TweeSteden ziekenhuis zal aan de hand van beleidsdocumenten geanalyseerd worden.

Het ziekenhuis besteed veel aandacht aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg die zij aanbieden. Om dit te bereiken worden er veel opleidingen en ontwikkelingsmogelijkheden aangeboden aan de werknemers. Zo is er zelfs sprake van een apart leerhuis voor de werknemers. *‘Het TweeSteden ziekenhuis is een inspirerende en gezonde werkomgeving, waarin wordt benadrukt dat de mensen het verschil maken.’* In het beleid wordt benadrukt dat elke werknemer, ongeacht functie, zijn of haar eigen unieke rol heeft binnen het ziekenhuis en op een directe of indirecte wijze bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. *‘Goed voor onze patiënten zorgen, in een omgeving waarin zij zich prettig voelen, dat is wat wij ambiëren. Om dit doel te realiseren zijn wij nadrukkelijk een lerende organisatie. Wij stimuleren onze medewerkers zich te blijven ontwikkelen. Dit houdt ze flexibel, vitaal en competent tijdens hun carrière in het TweeSteden ziekenhuis’* (TweeSteden, 2012).

Volgens Paauwe (2004) bereikt een organisatie de sterkste positie het allebei wanneer het zowel de economische als de sociale legitieme doelen bereikt. Bij het Tweestedenziekenhuis kan er momenteel gesproken worden van een financieel gezonde organisatie, waarbij in het HR beleid tegelijkertijd rekening wordt gehouden met de sociale legitimiteit (TweeSteden, 2012).

Publieke dimensie vraagstuk

Verwacht wordt dat de zorg in Nederland in de nabije toekomst steeds complexer zal gaan worden. Mensen worden ouder, hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd en wonen daarnaast langer thuis, waardoor zij zeker in het ziekenhuis terecht komen (V&VN, 2012). Deze ontwikkeling vergt extra kennis van de verpleegkundigen, waardoor zij meer uitgedaagd zullen gaan worden in hun werkzaamheden (V&VN, 2020). Als gevolg zal de vraag naar hoger opgeleide (hbo bachelor en hbo master) verpleegkundigen in ziekenhuizen naar verwachting toenemen. De toenemende

complexiteit vraagt echter wel om andere capaciteiten (van der Windt e.a., 2007).

Op het moment blijkt dat mbo en hbo verpleegkundigen in de praktijk vaak precies dezelfde functies vervullen. Dit ondanks het feit dat deze mbo en hbo studies inhoudelijk op veel punten van elkaar verschillen. Met name in algemene ziekenhuizen, zo'n 90% van het totaal aantal ziekenhuizen in Nederland, verrichten verpleegkundigen vaak dezelfde werkzaamheden ongeacht het niveau van de opleiding die zij hebben gevolgd en de capaciteiten waarover zij beschikken (Bosman et al., 2002; Meurs & Rooijen, 2006; Taminau & Boer, 2004; V&VN, 2012). Onderzoek naar de ervaringen van hbo verpleegkundigen over de huidige benutting van hun capaciteiten is relevant voor de toekomst van de zorg, gezien de veranderingen die zich voor zullen gaan doen.

Samen met het TweeSteden ziekenhuis ben ik dan ook tot de volgende onderzoeksvraag gekomen:

"Hoe ervaren hbo verpleegkundigen de benutting van hun competenties in het TweeSteden ziekenhuis en wat betekent dit voor de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van hun loopbaan?"

De huidige verhouding tussen mbo en hbo verpleegkundigen, werkzaam bij het TweeSteden ziekenhuis, als is volgt: 70% mbo en 30% hbo, waarbij het ziekenhuis streeft naar een meer gelijkwaardige verhouding in de toekomst. Er zal dus een grotere vraag zijn naar hbo verpleegkundigen komen, vanwege hun kennis en vaardigheden om aan complexere zorg te voldoen. Deze ontwikkeling maakt het schetsen van een duidelijk beeld over de ervaringen van hbo verpleegkundigen over de huidige benutting van hun capaciteiten en het beeld dat zij hebben over hun loopbaan relevant. Volgens de literatuur is er op het moment sprake van onderbenutting van de capaciteiten hbo verpleegkundigen, wat leidt tot onder andere demotivatie en stress (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000).

De overheid heeft concrete plannen om met ingang van 2020 de beroepsprofielen van verpleegkundigen te veranderen, waarbij een duidelijker onderscheid gemaakt zal worden tussen mbo en hbo verpleegkundigen en hun werkzaamheden en capaciteiten (V&VN, 2013). Middels dit exploratieve onderzoek naar de benutting van de capaciteiten zal ook naar het raakvlak voor deze toekomstplannen worden gevraagd. Wanneer blijkt dat er bij het TweeSteden ziekenhuis sprake is van onderbenutting, kan het ziekenhuis hier op inspelen de inhoud van het werk aan te passen en bijvoorbeeld meer uitdaging aan te bieden. Het is in het belang van zowel de patiënten, artsen, verpleegkundigen, overige medewerkers en inwoners van de regio dat het ziekenhuis kwalitatief goede zorg aan blijft bieden, door goed gekwalificeerde en gemotiveerde verpleegkundigen in te zetten.

Uiteindelijk draait het binnen het ziekenhuis om het volgende collectieve, publieke doel: tevreden patiënten die toegang hebben tot goede zorg. Hbo verpleegkundigen hebben een cruciale rol bij het leveren van deze goede kwaliteit, wat een groot publiek belang betreft.

Literatuurlijst

Bosman, J., Braam, C., Elk, S. van, Jeanney, M., and Vos, M. de (2002). *Vijf halen, vier betalen? Over de noodzaak van profilering van de hbo-verpleegkundige*. TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen, 447-448.

Carroll, A. and Shabana, K. (2010), The business case for corporate social responsibility: a review of concepts, research and practice, *International journal of management reviews*, 12(1): 85-106.

Diefenbach, T. (2009). New Public Management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment', *Public administration*, 87(4): 892-909.

Meurs, P. & Rooijen, A. P. N. v. (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen Utrecht: VBOC AVVV. V&VN, 2012. Leren van de Toekomst. V&VN, Utrecht, The Netherlands.*

Noordegraaf, M. & Teeuw M. (2003) 'Publieke identiteit: eigentijds organiseren in de publieke sector', *Bestuurskunde*, jrg 12, nr. 1, pp. 2-13

Paauwe, J. (2004), *HRM and Performance*, Oxford: Oxford University Press

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Professionals in de gezondheidszorg Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rainey, H. (2003) 'What makes public organizations distinctive', pp. 55-78 uit *Understanding and managing public organizations*, San Francisco: Jossey-Bass

Taminau, F. & den Boer, P. d. (2004). De positie van de hbo-verpleegkundige binnen de algemene ziekenhuizen. Eindrapport Den Haag: Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen.

V&VN, 2012. Leren van de Toekomst. V&VN, Utrecht, The Netherlands.

Overige bronnen:

<http://www.tweestedenziekenhuis.nl>
geraadpleegd op 01-03-2014

Jaarverslag Tweestedenziekenhuis 2012
<http://www.tweestedenziekenhuis.nl/wp-content/uploads/2013/03/Jaarverslag-2012.pdf>
Geraadpleegd op 03-03-2014

http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_zorgmarkten_2012.pdf
geraadpleegd op 05-03-2014

<http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=f031mxBkHV0%3D&tabid=5145>
Geraadpleegd op 07-03-2014