

Competenties voor de implementatie van zorginnovaties

een werkwijze om de competenties van thuiszorg verpleegkundigen en verzorgenden voor de implementatie van het zorgleefplan te identificeren

Student: Angelique Jongerius
Studentnummer: 3335917
Status werkstuk: definitief afstudeerwerkstuk
Datum: 01-07-2011
Opleiding: Universiteit Utrecht Klinische gezondheidswetenschappen,
Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht
Begeleider: Dr. Roland van Linge
Blokdocent: Dr. Harmieke van Os-Medendorp
Stage-instelling: Stichting Thuiszorg Midden Gelderland, Arnhem
Beoogd tijdschrift: Implementation science
Maximaal woorden: tijdschrift geen maximum, de opleiding 4000
Referentiestijl: Vancouver
Aantal woorden: 4208 zonder bijlagen, titelblad, samenvatting en referentielijst
Samenvatting: Nederlandstalig 293 woorden, Engelstalig 322 woorden
(max. 300 woorden opleiding en max 350 woorden tijdschrift)

Samenvatting

Achtergrond

De kwaliteit van de gezondheidszorg voor ouderen staat vanwege de vergrijzing onder druk. Verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) hebben competenties nodig om zorginnovaties te implementeren die de kwaliteit van zorg behouden. Nog onvoldoende duidelijk is hoe deze competenties moeten worden vastgesteld. In dit onderzoek maken we de keus om voor het innovatiecontingentiemodel van Van Linge een goede werkwijze voor de identificering van de benodigde competenties van thuiszorgV&V voor de implementatie van de zorginnovatie 'zorgleefplan' uit te proberen.

Methode

Een deductieve kwalitatieve inhoudsanalyse is toegepast. Experts zijn geraadpleegd met de werkwijze Delphi-methode. Uitgangspunt was een competentie definitie, waarin de kenmerken 'innovatiecontext', 'eenduidigheid' en de beide gezichtspunten 'taakgebonden bekwaamheid' en 'individuele ontwikkeling' van de thuiszorgV&V medewerker zijn verwerkt.

Resultaten

Zes experts hebben de competenties van thuiszorg V&V in termen van het Nederlandse MBO vastgesteld, nodig om het 'zorgleefplan' te implementeren. De vier meest genoemde competenties waren '(R) 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten', (J) 'formuleren en rapporteren', (T) 'instructies en procedures opvolgen' en (E) 'samenwerken en overleggen'. Voor de 11 geïdentificeerde competenties en bijbehorende competentiedimensies kennis, vaardigheid, attitude en persoonskenmerken is het belang voor het implementatieproces vastgesteld.

Discussie

In de voor deze studie opgestelde competentiedefinitie zijn de competentiedimensies kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken als één ondeelbaar cluster opgevat. De resultaten van dit onderzoek duiden erop dat 'kennis' en 'vaardigheid' mogelijk specifieke competenties voor de innovatieinhoud zijn en 'persoonskenmerken' en 'attitude' generieke competenties voor het implementatieproces, ongeacht de specifieke innovatieinhoud.

Conclusie en aanbeveling

De Delphi-methode met zes experts lijkt in de praktijk een haalbare en bruikbare (tijds)investering om competenties voor het implementeren van een zorginnovatie als het zorgleefplan te identificeren. Het verdient aanbeveling in vervolgonderzoek het belang van iedere aparte competentiedimensie voor het implementatieproces te identificeren.

Trefwoorden: zorginnovatie, implementatie, competentie, verzorgenden en verpleegkundigen

Abstract

Introduction

The quality of the healthcare for the elderly is under pressure due to an increasing amount of elderly people. Nurses and caregivers (V&V) will need the necessary competencies for the implementation of care innovations to keep the current quality in healthcare. It is not clear how to determine these competencies. Within the 'innovation contingency model' by 'Van Linge' we will try out a good method to identify the necessary competencies for the homecare V&V', needed for the implementation of the care innovations and 'zorgleefplan'.

Method

A deductive and qualitative content analysis has been applied. Experts gave counsel, using the Delphi-method. The goal was a competence definition in which the 'innovation context', 'uniformity' and the both viewpoints 'task orientated capability' and 'individual progress' of a homecare V&V employee, are processed.

Results

Six experts have determined the competencies of homecare V&V in terms of the Dutch MBO, needed for the implementation of the 'zorgleefplan'. The four most named competencies were: '(R)' to focus on the needs and expectations of the client, (J) 'formulating and reporting', (T) 'follow instructions and procedures' and (E) 'cooperating and communicating'. For 11 of the identified competencies and corresponding competence dimensions: knowledge, skill, attitude and personal characteristics the importance for the implementation process is defined.

Discussion

Regarding the competence definition in this study the competence dimensions knowledge, skill, attitude and personal characteristics are defined as one undividable cluster. The results of this research indicated that knowledge and skills possible are specific competencies for the innovation content. At the other hand personal characteristics and attitude seem to be general competencies for the implementation process, regardless of the specific innovation content.

Conclusion

The Delphi-method with six experts seems to be practical and applicable to identify competencies for the implementation of a Healthcare innovation such as 'zorgleefplan'. Follow-up research is recommended to identify the importance of every competence dimension for the implementation process.

Keywords: Healthcare innovation, implementation, competence, caregivers and nurses

Aanleiding

Wereldwijd staan landen voor de uitdaging op een betaalbare en kwalitatief goede manier met steeds minder mensen voor steeds meer cliënten te zorgen, waaronder ouderen. De groep ouderen, mensen van 65 jaar en ouder, groeit in Nederland van 2,5 miljoen (2008) tot ongeveer 4 miljoen (2030) wat de vraag naar zorg doet stijgen (1). Gelijktijdig daalt in Nederland de beroepsbevolking, waardoor zorgprofessionals zoals verzorgenden en verpleegkundigen (V&V) schaarser worden en dalen de tarieven die financiers voor geleverde zorg betalen (1). 'De verwachting is dat zorginnovaties die een efficiëntere inrichting van processen ondersteunen een grotere doelmatigheid, een hogere productiviteit en arbeidsbesparing zullen opleveren' (2-5). (Thuis)zorgorganisaties verwachten in toenemende mate dat zorgprofessionals, waaronder V&V, dergelijke zorginnovaties adopteren en implementeren (1,5,6)

Adoptie en implementatie van zorginnovaties betekent dat zorgprofessionals, zoals thuiszorg V&V, een als nieuw ervaren ontwikkeling in de zorg overnemen en invoeren (7-9). Adoptie, implementatie en behoud zijn drie fases van het implementatieproces van een zorginnovatie. De mate waarin een zorginnovatie effectief kan worden ingevoerd hangt ideaal gezien af van de mate waarin de kenmerken van de innovatie, de omgeving, de personen (V&V) en de organisatie bij elkaar passen (7,9).

Een theoretisch kader om de onderlinge samenhang van de configuraties van ieder van deze kenmerken te identificeren, beschrijven en exploreren is het innovatiecontingentiemodel van Van Linge

< figuur 1 innovatiecontingentiemodel van Van Linge >

Nog onduidelijk is hoe binnen het innovatiecontingentiemodel van Van Linge de kenmerken van de individuele competenties van V&V geïdentificeerd zouden moeten worden. In deze studie wordt aan de hand van vier kaders een werkwijze voor deze identificatie geschetst (arcering figuur 1). Kader één zijn de 'drie fases van het implementatieproces', kader twee een zorginnovatie voor thuiszorg V&V: het integrale zorgmodel 'het zorgleefplan', kader drie is 'individuele competentie', en kader vier de 'competenties van de MBO V&V opleidingen'.

Theoretische achtergrond

Een vorm van integrale zorg is één van de meest toegepaste zorginnovaties voor betaalbare kwaliteit van zorg (5). Een eenduidige definitie van integrale zorg ontbreekt nog, maar alle modellen voor integrale zorg hebben drie overeenkomstige kenmerken (3,10). Allereerst richt de zorgprofessional zich op de vraag, de zelfredzaamheid en de eigen regie van de cliënt, ten tweede verleent een zorgprofessional samen met andere betrokken disciplines (multidisciplinair) zorg aan de hand van 'Evidence based practice' (EBP) (11) en als derde

wordt er één betrokken zorgprofessional als vaste casemanager of zorgcoördinator aangewezen. Integrale zorg beoogt het op elkaar afstemmen van alle zorg en welzijnsafspraken in samenwerking en dialoog met de betreffende cliënt(en) en alle andere betrokken zorgprofessionals (3,4,12-19). Eén van de vele verschillende modellen die aan deze drie kenmerken voldoen is het integrale thuiszorgmodel 'Normen verantwoorde Zorg' (NVZ). Verantwoorde zorg is 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, efficiënt, veilig en cliëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte in de kwaliteit van leven van de cliënt (belevingsgericht is)' (2,20). Het zorgdossier van NVZ waarmee thuiszorg V&V werken heet zorgleefplan (21)

In de literatuur wordt het belang van het implementatieproces voor de innovatie effectiviteit benadrukt(7,9,10,13,22). Veel gevonden studies naar de effectiviteit van de implementatie van een integraal zorgmodel zijn kwalitatief of 'mixed methods' van opzet met aandacht voor bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie. Het implementatieproces zelf is, op één vrij recente studie na (23), geen onderwerp van onderzoek. De methodologische kwaliteit van de gevonden studies was, beoordeeld volgens Coreq (24), redelijk tot goed. De studies toonden vijf bevorderende factoren als meest belangrijk voor een effectieve implementatie van een integraal zorgmodel aan. De zorgprofessionals moeten gedurende het hele implementatieproces ondersteund worden door de organisatie, vooral door de managers van het hoogste organisatieniveau (12,14,23,25-28) en door voldoende faciliteiten zoals computers en tijd (12,14,16,23,27,29). Bevorderend zijn ook de aan de innovatie verbonden educatie op teamniveau en individueel niveau, (14,16,23,25,27,29,30) het ontwikkelen van de individuele rolopvatting als zorgprofessional (12,14,16,17,23,25-27,29-31) en geregeld (multi)disciplinair teamoverleg over de inhoud van de zorg (23,26,29-31), waarvoor zorgprofessionals individuele competenties nodig hebben of moeten ontwikkelen(5,6).

De individuele competenties voor thuiszorgprofessionals V&V zijn naar drie opleidingsniveaus en drie beheersingsniveaus te onderscheiden. Een grote groep MBO-V&V opgeleiden vanuit twee opleidings niveaus: 'verzorgende niveau 3' en 'verpleegkundige niveau 4' en een kleinere groep HBO-V opgeleide 'verpleegkundige niveau 5'(2,32-34). Alle drie opleidingsniveaus kennen de beheersingsniveaus beginnend beroepsbeoefenaar (BB), gevorderd beroepsbeoefenaar (GV) en expert (EX) (33-35). Het MBO en HBO hanteren verschillende 'competentie' definities en kenmerken van individuele competenties (33,34). Vanuit de literatuur zijn vele opvattingen en definities van 'competentie' bekend, al lijkt er overeenstemming te zijn voor drie gelijke kenmerken in iedere competentiedefinitie (32,34-40). Het eerste kenmerk is het onderscheid dat de definitie zou moeten maken tussen twee verschillende, elkaar aanvullende gezichtspunten op competentie. Vanuit het perspectief

van een individu gaat het bij 'individueel competent zijn' om persoonlijke competentieontwikkeling. Vanuit het perspectief van de organisatie gaat 'individueel competent zijn' om de taakgebonden bekwaamheid van een individu in de werksituatie gebaseerd op de missie, visie, doelen en strategie van de organisatie. (32-35,37,39). De tweede overeenkomst is het argument om in één bepaalde context één duurzame, heldere, tijdgebonden definitie van competentie te hanteren, zodat langs elkaar heen praten over 'wat individueel competent zijn is' wordt voorkomen (32,35,37,39,40). De derde overeenkomst is de onderverdeling van een competentie in de vier dimensies kennis, attitude, vaardigheden en persoonskenmerken. Deze vier dimensies worden óf als een samenhangend cluster van één competentie óf meer los van elkaar als zelfstandige competenties opgevat(5,32-35,37).

Probleemstelling

Het belang van competenties van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) voor een effectief implementatieproces van zorginnovaties is duidelijk. Nog onvoldoende duidelijk is welke (combinatie van) competenties voor het implementatieproces van een zorginnovatie nodig zijn. Ook is nog niet duidelijk wat een goede werkwijze is om de benodigde competenties in relatie tot een theoretisch kader als het innovatiecontingentiemodel van Van Linge te identificeren. Een dergelijke werkwijze is bijvoorbeeld nodig voor de identificering van de benodigde competenties van drie opleidingsniveaus thuiszorg V&V voor de implementatie van het zorgleefplan.

Doelstelling

Het doel van deze studie is om een werkwijze voor de praktijk uit te proberen waarin de individuele competenties van thuiszorg V&V, die nodig zijn om met de innovatie zorgleefplan te kunnen werken, worden geïdentificeerd. Deze werkwijze kan de basis vormen voor de verdere ontwikkeling van een instrument waarmee binnen het innovatiecontingentiemodel van Van Linge de individuele competenties die V&V nodig hebben om zorginnovaties te kunnen adopteren, te implementeren en te behouden worden vastgesteld.

Vraagstelling

Hoe kunnen de kenmerken van de individuele competenties van drie opleidingsniveaus thuiszorg V&V voor het effectief adopteren en implementeren van de innovatie het zorgleefplan worden geïdentificeerd?

Methode

Design

Tussen februari 2011 en mei 2011 is een ' kwalitatieve inhoudsanalyse' op deductieve wijze uitgevoerd (41-44). Een deductieve analyse is geschikt om de individuele competenties van thuiszorg V&V voor het implementatieproces van het zorgleefplan te identificeren, omdat vanuit studies bekend zijn over competenties en integrale zorg. Samen met de begeleidend onderzoeker is een conceptueel analysemodel opgesteld, wat is gebaseerd op het innovatiecontingentiemodel van Van Linge en het kwalitatieve inhoudsanalyseproces van Elo (9,44)

< Figuur 2 (9,44) conceptueel analysemodel >

Populatie

Uit het ongeveer 50 experts grote netwerk van de onderzoeker is een gelegenheidssteekproef van 22 experts getrokken. De benaderde experts namen deel aan een landelijke bijeenkomst in maart 2011. Ze hadden een afgeronde zorg of onderwijskundige opleiding, werkten meer dan vijf jaar in de thuiszorg V&V en waren expert in individuele competenties en/of het zorgleefplan. Iedere expert ontving na de bijeenkomst via email informatie over het doel, de opzet en de werkwijze van deze studie.

Variabelen

De variabelen binnen het analysemodel zijn vier kaders (figuur 1 en 2 gearceerd). Kader één zijn de kenmerken van de 'drie fases van het implementatieproces', kader twee 'kenmerken van het zorgleefplan', kader drie 'kenmerken van 'individuele competenties' van thuiszorg V&V, en kader vier de benaming van de competenties volgens het systeem van de 'MBO competenties'.

Kader één Kenmerken van het implementatieproces

De drie kenmerken van het implementatieproces volgens het innovatiecontingentiemodel van Van Linge zijn de adoptiefase, implementatiefase en fase van behoud.

Kader twee Kenmerken van de zorginnovatie zorgleefplan

De 15 onderscheiden taken of werkprocessen in het zorgleefplan zijn door de onderzoeker ieder onder één van de drie kenmerken van integrale zorg geplaatst (21). Onder het kenmerk 'EBP zorginhoud' staan bijvoorbeeld de werkprocessen 'multidisciplinaire zorg aan de hand van protocollen en richtlijnen' en 'geven van advies, instructie en voorlichting'.

Kader drie Kenmerken van competenties

Gebaseerd op de theoretische inzichten en de drie opleidingsniveaus van thuiszorg V&V luidt de overkoepelende definitie van 'individuele competentie voor de thuiszorg V&V' voor deze studie: 'Een competentie is een cluster van kennis, vaardigheden, attituden en persoonlijke aanleg, intentie en motivatie, die gekoppeld is aan een taak en bijbehorende gedrag en wat leidt tot een bepaald resultaat. Een competentie kan worden beheerst op een, aan de opleiding of beroep gekoppeld, uitstroomniveau, gevorderd niveau of expertniveau. Een competentie kan betrekking hebben op zowel beroeps specifieke competenties als beroeps overstijgende competenties, leer- en loopbaancompetenties en persoonlijke competenties'.

Het cluster van de vier competentiedimensies wordt vanuit de theoretische inzichten met behulp van de metafoor van de 'ijsberg' geoperationaliseerd (figuur 1) (9,34-37,39)

<Figuur 3: de ijsberg>

De onderste twee dimensies 'zitten onder de waterlijn'(zijn onzichtbaar) maar spelen wel een rol voor het zichtbare gedrag. Het zijn de dimensie 'persoonskenmerken' ('persoonlijke competenties') zoals geloof in eigen kunnen (self efficacy), inzet, motieven, overtuigingskracht en de dimensie 'attitude'; de normen, waarden, ethiek en morele maatstaven. De derde en vierde dimensie 'zitten boven de waterlijn', zijn zichtbaar in gedrag. De derde dimensie omvat de intermediaire vaardigheden, zoals communicatieve vaardigheden. De vierde dimensie is iemands impliciete en expliciete kennis en vakbekwaamheid (9,33,35,37,39).

Kader vier Kenmerken van MBO competenties

De Nederlandse overheid heeft 24 MBO- competenties geïdentificeerd voor de taken (de werkprocessen) van ieder beroep, alfabetisch genummerd van A t/m Y. Voorbeelden van competenties zijn: (J) 'formuleren en rapporteren' en (R) 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten'. De te identificeren competenties worden benoemd volgens de competenties van de Mbo-opleidingen, omdat de meeste thuiszorg V&V MBO opgeleid zijn.

Dataverzameling en data-analyse

De volgende werkwijze is gehanteerd. In april en mei 2011 zijn de experts in drie rondes met de reactieve Delphi-methode via email geraadpleegd (McKenna 1994) in (45). Het doel was zoveel mogelijk consensus (100% overeenstemming) over de te identificeren competenties tussen de experts te bereiken.

In de eerste ronde Delphi raadpleging werd aan de experts gevraagd spontaan voor ieder van de 15 werkprocessen van het zorgleefplan (kader twee) één of meer competenties van

thuiszorg V&V te benoemen volgens de namen die het MBO gebruikt(kader vier). Als tweede stap werd in de tweede Delphironde de competenties waarover de experts in ronde één voor tenminste één werkproces consensus hadden bereikt met de volgende vier vragen voorgelegd:

1. Beoordeel de volledigheid en relevantie van de competentielijst per werkproces door zo nodig alsnog competenties aan te vullen of te schrappen.
2. Geef per competentie waar consensus over is aan, welke van de vier competentie dimensies kennis, vaardigheden, attitude en/of persoonskenmerken (kader één) belangrijk zijn voor het implementatieproces
3. Geef tevens per competentie aan in welke van de drie fases van het implementatieproces (kader drie) deze competentie een rol speelt en
4. Benoem per competentie het volgens jou minimale noodzakelijke beheersingsniveau wat een thuiszorg V&V voor die competentie moet hebben.

De geïdentificeerde ‘ individuele competenties V&V voor de adoptie en implementatie van het zorgleefplan’ zijn in de derde Delphi- ronde ter verifiëring aan de deelnemende experts voorgelegd.

Ethische overwegingen

Een Medisch Ethische Toetsings Commissie procedure was niet nodig, omdat bij het onderzoek geen patiënten betrokken zijn. Voor het onderzoek is gehandeld volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)(46): de deelnemende experts hebben ieder afzonderlijk per mail gecommuniceerd met de onderzoeker, wat hun onderlinge anonimiteit garandeerde.

Validiteit en betrouwbaarheid

Een aantal maatregelen voor de validiteit en betrouwbaarheid zijn genomen (42,47,48). De data analyse heeft plaatsgevonden volgens een theoretisch gefundeerd kwalitatief analysemodel (figuur 2). Onderzoekertriangulatie is toegepast door de cyclische analyse samen met de begeleidend onderzoeker uit te voeren en de bevindingen met een peergroep van medestudenten te bespreken. Er is gestreefd naar conceptuele theoretische eenduidigheid in de operationalisering van de kenmerken van ‘competentie V&V’ en ‘zorgleefplan’. De focus was steeds gericht op de noodzakelijke competenties voor het implementatieproces. Bij het toepassen van de reactieve Delphi-methode is de respondent bias geminimaliseerd door respondenten in alle drie rondes de gelegenheid te geven hun mening te herzien. Daardoor werd maximaal zorgvuldigheid in het verzamelen van de gegevens nagestreefd en werd zoveel als mogelijk psychologische druk op experts om zich aan bestaande informatie te conformeren vermeden (Keeney et al. 2006) in (45).

Tijdens de gehele onderzoeksperiode is kritisch gereflecteerd op de beschreven en zoveel als mogelijk terzijde gelegde eigen positie en standpunt van de onderzoeker, omdat zijzelf ook voldoet aan de criteria voor expert. De validiteit is verder verhoogd door de volgende maatregelen. Constant is de theoretische achtergrond met de mening van experts vergeleken. Een logboek over de inhoud van het dataverzamelings- en analyseproces is bijgehouden. De deelname van experts met verschillende expertise en vanuit verschillende regio's in Nederland is gewaarborgd om voldoende variatie in de mening van experts te verkrijgen en in de expertgroep werd consensus nagestreefd.

Resultaten

Deelnemende experts

Zes benaderde experts hebben positief gereageerd (figuur 4). Eén expert uit de oostelijke helft van Nederland heeft zich alsnog voor Delphironde 1 teruggetrokken, waarna een nieuwe expert uit die regio is benaderd, die aan beide rondes heeft meegedaan. Twee van de daadwerkelijk deelnemende experts waren teammanager, één opleidingsmanager, één opleidingsadviseur, één is expert voor zorgopleidingen en inhoudsdeskundig voor het zorgleefplan en één expert was wijkverpleegkundige.

<Figuur 4 kenmerken deelnemende experts>

De werkwijze

Vanuit de vier theoretische kaders 'individuele competentie', 'de 24 landelijke MBO competenties', 'de fases van het implementatieproces' en een voorbeeld van een actuele zorginnovatie 'het zorgleefplan' is met de Delphi-methode de mate van onderlinge consensus tussen experts vastgesteld voor de individuele competenties die thuiszorg V&V nodig hebben voor het implementeren van het zorgleefplan.

Individuele competenties van thuiszorg V&V die zijn geïdentificeerd

De mate van consensus onder de experts voor iedere competentie staat in tabel 1. De mate van consensus wordt als volgt weergegeven. Algehele overeenstemming is 100% en heet consensus; als drie, vier of vijf experts dezelfde mening hadden is dat weergegeven als > 50% overeenstemming; van één of twee experts < 50% overeenstemming.

<Tabel 1 mate van consensus van geïdentificeerde competenties >

Als belangrijkste competentie is de competentie (R) 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten' geïdentificeerd. Voor deze competentie werd voor vijf van de 15 werkprocessen van het zorgleefplan consensus bereikt, voor één werkproces is er > 50% overeenstemming en voor één werkproces is 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten' niet genoemd. Voor vier werkprocessen is er consensus voor de competentie (J) 'formuleren en rapporteren'. Voor de competentie (T) 'instructies en procedures opvolgen' is consensus bereikt voor twee werkprocessen van het zorgleefplankenmerk 'EBP zorginhoud' en voor de competentie (E) 'samenwerken en overleggen' is er consensus voor twee werkprocessen van het zorgleefplankenmerk 'zorgcoördinatie'. Bij de vier competenties (S) 'kwaliteit leveren', (B) 'aansturen', (M) 'analyseren' en (A) 'beslissen en activiteiten initiëren' was er overeenstemming voor één werkproces. De competentie (D) 'aandacht en begrip tonen' had voor geen enkel werkproces volledige overeenstemming, maar was er wel > 50% van de experts overeenstemming voor zeven van de 15 werkprocessen. De experts hebben

een aantal competenties (bijna)niet genoemd, waaronder de competenties (O) 'creëren en innoveren', (P) 'leren' en (U) 'omgaan met verandering en aanpassen'. Alleen de competentie 'creëren en innoveren' is door > 50% van de experts in Delphi-ronde twee voor het werkproces 'werken volgens het uitgangspunt belevingsgerichte of dialooggestuurde zorg' toegevoegd.

Alle competenties waarover de experts na de eerste Delphi ronde tenminste voor één werkproces consensus hadden bereikt zijn benoemd als geïdentificeerde competenties (tabel 2).

<tabel 2 geïdentificeerde competenties en competentiedimensies en hun belang voor het implementatieproces>

Voor geïdentificeerde competenties is de mate van consensus onder de experts vermeld over het belang van die competentie en de bijbehorende competentiedimensies voor iedere implementatiefase. Tevens hebben de experts het gewenste minimum beheersingsniveau van de geïdentificeerde competenties voor ieder opleidingsniveau aangegeven.

Van de competentie (R)'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten' is er consensus over het belang van de competentiedimensies ' attitude' en 'persoonskenmerken' en > 50% voor de 'kennis- en vaardigheidsdimensies' voor alle implementatieprocesfases. Er was consensus dat alle opleidingsniveaus deze competentie als beginnend beroepsbeoefenaar moeten beheersen.

Voor de competentie (J) 'formuleren en rapporteren', is consensus bereikt voor de dimensies 'kennis en vaardigheid' voor de implementatiefase 'implementatie' en voor > 50% voor de implementatiefase 'behoud'. Van de experts vindt > 50% een beheersingsniveau in (J) rapporteren en formuleren als beginnend beroepsbeoefenaar voor alle opleidingsniveaus van belang.

Voor de beide competentiedimensies 'kennis' en 'vaardigheid' van de competentie (T) 'instructies en procedures opvolgen' bestaat consensus en voor attitude is er > 50% overeenstemming. (T) 'instructies en procedures opvolgen' is van belang voor alle implementatieprocesfases. Van de experts vindt >50% een beheersingsniveau als beginnend beroepsbeoefenaar voor alle opleidingsniveaus nodig.

Er is > 50% overeenstemming voor het belang van alle vier competentiedimensies van de competentie (E)'samenwerken en overleggen' voor alle drie implementatieprocesfases en dat alle opleidingsniveaus 'samenwerken en overleggen' als beginnend beroepsbeoefenaar moet beheersen.

Discussie

De werkwijze is uitgevoerd om met experts in twee stappen de competenties en competentiedimensies te identificeren, die thuiszorg V&V nodig hebben voor het implementatieproces van de kenmerken van het 'zorgleefplan'. In stap één werden de competenties geïdentificeerd in termen van de 24 Nederlandse MBO competenties. De vier meest genoemde competenties waren '(R) 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten', (J) 'formuleren en rapporteren', (T) 'instructies en procedures opvolgen' en (E) 'samenwerken en overleggen'. In stap twee is voor de 11 geïdentificeerde competenties en bijbehorende vier competentiedimensies kennis, vaardigheid, attitude en persoonskenmerken het belang voor het implementatieproces (adoptie, implementatie en behoud) geïnventariseerd. Tevens hebben experts voor de geïdentificeerde competenties het minimale gewenste beheersingsniveau van ieder opleidingsniveau van thuiszorg V&V aangegeven.

Methode

De theoretische achtergrond van de drie kaders, 'het implementatieproces' van Van Linge, 'kenmerken van het integrale zorgleefplan' en de benaming van de 'MBO competenties' voor thuiszorg V&V, passen bij de Nederlandse opvattingen. Voor het kader 'kenmerken van 'individuele competenties' en deels 'implementatie' en 'integrale zorg' is ook aangesloten bij internationaal gebruikte begrippen. Generalisatie is daarmee inhoudelijk beperkt tot de Nederlandse situatie. Waar mogelijk is gerefereerd naar Engelstalige publicaties.

De respons van zes experts is voor een Delphi raadpleging de minimale eis voor voldoende betrouwbare gegevens. Mondeling hebben vier benaderde experts tijdgebrek voor niet participeren aangegeven. De lage respons verhoogt voor het onderzoek de kans op bias, verlaagt de betrouwbaarheid en limiteert de mogelijkheid tot generalisatie. Een aantal van zes experts lijkt echter wel een haalbare (tijds)investering die voldoende betrouwbaar is voor bruikbaarheid in de praktijk.

Het benoemen van de competentie van een thuiszorg V&V (kader drie en vier)

Voor een zo betrouwbaar mogelijke gegevensverzameling is een theoretische, eenduidige definitie voor de 'individuele competentie van een thuiszorg V&V' geformuleerd. De competentiedimensies kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken worden in de definitie als één cluster opgevat. De MBO competentie namen worden toegepast. Mogelijk wordt de opgestelde definitie niet breed geaccepteerd, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten kan beperken.

Geïdentificeerde competenties en welke daarvan worden aangeleerd in de opleiding V&V

De inhoudelijke zorgvragen en gezondheidsproblemen zijn het uitgangspunt voor de competenties die zorgprofessionals nodig hebben voor het vastleggen van de geboden zorg in een zorgdossier(5,6). Van de vier competenties waar de experts consensus over hadden, worden er twee (R) 'op de behoeften en verwachtingen van de klant richten' en (J) 'formuleren en rapporteren' in de opleiding van MBO-thuiszorg V&V aangeleerd voor het werken met een zorgdossier. De competenties (D) 'aandacht en begrip tonen' en (M) 'analyseren' waarin de experts >50% overeenstemden, staan in de opleiding centraal voor het werken met een zorgdossier. Er lijkt verschil van inzicht te zijn in de noodzakelijke competenties voor het verwerven van de bekwaamheid 'werken met het zorgdossier' tijdens de opleiding en de benodigde competenties als de inhoud van deze taak in de werksituatie naar 'werken met zorgleefplan' verandert.

Stoof(39) beargumenteert dat de grenzen van een competentie en competent gedrag permanent worden beïnvloed. Zowel van binnenuit (de persoon, bijvoorbeeld omdat competenties ontwikkeld worden tijdens het volgen van een opleiding) als van buitenaf (de context, bijvoorbeeld de verandering van de taakgebonden bekwaamheid voor de functie). Eenmaal vastgestelde competenties van een V&V persoon zijn dus een beperkte tijd houdbaar voor het implementatieproces.

Competenties die niet geïdentificeerd werden

Over de competenties (P) 'leren', (O) 'creëren en innoveren' en (U) 'omgaan met verandering en aanpassen', in theorie geassocieerd met innovatie en de implementatiebevorderende factor 'individueel leren', is < 50% overeenstemming bereikt. Ze zijn ook geen competentie in de MBO zorgopleidingen. De competentiedimensies persoonskenmerken en de attitude werden nauwelijks geassocieerd met de adoptiefase, wel met de implementatiefase en de fase van behoud. Reden is mogelijk de gehanteerde werkwijze en/of het ontbreken van voldoende aandacht in de MBO-zorgopleidingen voor het aanleren van innovatiecompetenties. Alleen Hbo-studenten leren deze competenties tijdens hun opleiding.

Er zijn vergelijkbare werkwijzen bekend om in de werksituatie (35) of voor een opleiding (40) competenties te identificeren. Voor deze studie is voor de competentiedefinitie aangesloten bij zowel het gezichtspunt 'ontwikkelingsperspectief' vanuit het MBO-V&V onderwijs als het gezichtspunt 'taakgebonden bekwaamheid' in de werksituatie. De gehanteerde werkwijze beantwoordt niet de vraag of de afzonderlijke competentiedimensies mogelijk van invloed zijn op elke aparte implementatiefase. Wellicht benam de in dit onderzoek gehanteerde

MBO-V&V competentiedefinitie hier letterlijk het zicht op de specifieke invloed van ieder van deze vier dimensies voor óf het implementatieproces óf de implementatie van de specifieke inhoud van een innovatie.

Competentie, competentiedimensies (kader drie) en de samenhang met het implementatieproces (kader één)

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de onderste twee dimensies van de ijsberg (persoonskenmerken, zoals motivatie en attitude) mogelijk het belangrijkste zijn voor het implementatieproces van innovaties, ongeacht de specifieke inhoud van de innovatie. De bovenste twee dimensies 'kennis' en 'vaardigheid', lijken vooral belangrijk voor de implementatie van de inhoud van een specifieke innovatie (figuur 5), wat ervoor pleit deze competentiedimensies apart te identificeren (7,9,35).

Het standaard implementatieplan van het zorgleefplan, die competentie benoemt als 'de kennis en vaardigheid die geleerd moet worden om met de innovatieinhoud zorgleefplan te werken', ondersteunt dit (21)

De competenties (J) 'formuleren en rapporteren' en (E) 'samenwerken en overleggen', die met de implementatiebevorderende factoren 'individuele rolopvatting als zorgprofessional' en 'samenwerking met andere disciplines' geassocieerd worden zijn geïdentificeerd. De individuele rolopvatting lijkt meer afhankelijk te zijn van de competentiedimensie 'attitude' dan van de innovatieinhoud (7,35). Een thuiszorgV&V moet in de samenwerking met andere disciplines optimaal tussen haar verschillende rollen blijven balanceren, waaronder tegelijkertijd medewerker van een zorgorganisatie, een kritische professional en casemanager van cliënten zijn (17,27), wat aansluit bij de beide perspectieven op competentie (pag. 6). Een specifieke attitude is ook in het algemeen een apart te identificeren beïnvloedende factor gebleken voor innoveren, globaal zijn er twee theoretische opvattingen van attitude; óf een voornamelijk affectieve evaluatie (single attitude) óf een combinatie van affectieve,- gedrags- en cognitieve reacties (tricomponenten attitude) (9). Er zijn drie onderdelen waarover controle mogelijk is die een positieve of gemengde affectieve reactie van een V&V op de innovatieadoptie kunnen beïnvloeden: waargenomen vrijwilligheid, waargenomen keuze wanneer een innovatie te gebruiken en controle over hoe de innovatie te gebruiken.

Voor de implementatiebevorderende factor 'individueel leren' lijkt het van groot belang bij de realisatie van gewenste gedragsveranderingen zowel de inhoud van een innovatie als het implementatieproces van een innovatie gelijkwaardige aandacht te geven (7,9,15,35). In implementatieprocestheorieën is het persoonlijkheidskenmerk 'motivatie' een belangrijke factor, te weten intrinsieke taakmotivatie, domeinrelevante vaardigheden (BV expertise) en

innovatierrelevante procesvaardigheden, waaronder impliciete kennis, vaardigheden (werkstijlen) en attitude (zoals gerichtheid op het openstaan en overnemen van nieuwigheden die geleerd zijn). In deze drie factoren zijn meerdere competentiedimensies te herkennen, wat zou betekenen dat deze persoonskenmerken voor iedere competentie mogelijk hetzelfde zouden zijn en dus apart moet worden geïdentificeerd.

Conclusie en Aanbevelingen

Conclusie

Er zijn 11 competenties en bijbehorende competentiedimensies geïdentificeerd voor het implementeren van het zorgleefplan, waarvan de vier competenties '(R) 'op de behoefte en verwachtingen van de klant richten', (J) 'formuleren en rapporteren', (T) 'instructies en procedures opvolgen' en (E) 'samenwerken en overleggen' de belangrijkste zijn. De Delphi-methode is praktisch bruikbaar om de noodzakelijke individuele competenties van thuiszorg V&V voor de implementatie van de innovatie het zorgleefplan vast te stellen. Deze werkwijze lijkt daarnaast bruikbaar in een andere context waarin met experts de competenties en competentiedimensies bepaald worden, die van belang zijn voor iedere fase van een implementatieproces. Voorwaarde is wel één herkenbare competentie definitie te hanteren, die voldoet aan de kenmerken 'gebondenheid aan een specifieke innovatiecontext', 'eenduidigheid', 'helderheid over het gezichtspunt gericht op taakgebonden bekwaamheid en/of individuele ontwikkeling', aandacht voor een eenduidige opvatting van de competentiedimensies 'kennis, vaardigheid, attitude en persoonskenmerken' en de mogelijkheid deze dimensies los van elkaar te identificeren.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling onderzoek op te zetten waarin de praktische toepassing van de werkwijze uit deze studie in verschillende contexten voor innovaties wordt herhaald en de bevindingen worden vergeleken. Het verdient aanbeveling dat voor het doen van onderzoek de werkwijze wordt uitgebreid met een inventarisatie van iedere competentiedimensie in relatie tot iedere fase van het implementatieproces. Mogelijk kunnen met een dergelijke opzet naast innovatie specifieke competenties, generieke competenties en competentiedimensies die nodig zijn voor innoveren en implementeren worden geïdentificeerd. De V&V opleidingen en de praktijk kunnen deze competenties dan in het opleidingsprogramma of de implementatie interventies opnemen, zodat de implementatie effectiviteit van zorginnovaties in het algemeen kan worden verhoogd.

- (1) Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidszorg in cijfers 2009. 2010; Available at: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/CC6F3071-309A-4D3C-B42B-2772F4C3F464/0/2009c156pub.pdf>. Accessed 3/10, 2010.
- (2) ActiZ. Verantwoorde zorg. Visie en verwezenlijking. Werken met het zorgleefplan. 2009; Available at: www.actiz.nl.
- (3) Kodner DL. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. Health Soc Care Community 2006 Sep;14(5):384-390.
- (4) Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. Nurs Res 2009 May-Jun;58(3):201-210.
- (5) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Bekwaam is bevoegd; innovatieve opleidingen in de zorg. 2011; Available at: www.rvz.net ISBN 978-90-5732-229-7. Accessed 06/01, 2011.
- (6) CBOG, Butterman O, Vlaskamp L. Nieuwe uitdagingen voor zorgverleners in de eerste lijn. 2010; Available at: <http://www.cbog.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Projecten/Eerstelijnszorg/Nieuwe%20uitdagingen%20voor%20zorgverleners%20in%20de%20eerstelij.pdf>. Accessed 03/10, 2011.
- (7) Grol R, Wensing M editors. Implementatie; effectieve verbetering van de patientenzorg. derde druk ed. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.
- (8) ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. implementatie kennis en implementatiegereedschap. 2009; Available at: <http://www.zonmw.nl/nl/implementatie>. Accessed 11/20.
- (9) Linge RHv. Innoveren in de Gezondheidszorg. 2007.
- (10) Halfens RJG, van Linge RH. Disseminatie en Implementatie van kennis in de verpleegkundige en verzorgende praktijk in: State of the art verpleging en verzorging. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2003.
- (11) Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. Health Policy 2001 Jun;56(3):235-250.
- (12) Clark JS. An aging population with chronic disease compels new delivery systems focused on new structures and practices. Nurs Adm Q 2004 Apr-Jun;28(2):105-115.
- (13) Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci 2009 Aug 7;4:50.
- (14) Dorr DA, Wilcox A, Burns L, Brunker CP, Narus SP, Clayton PD. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. Dis Manag 2006 Feb;9(1):1-15.

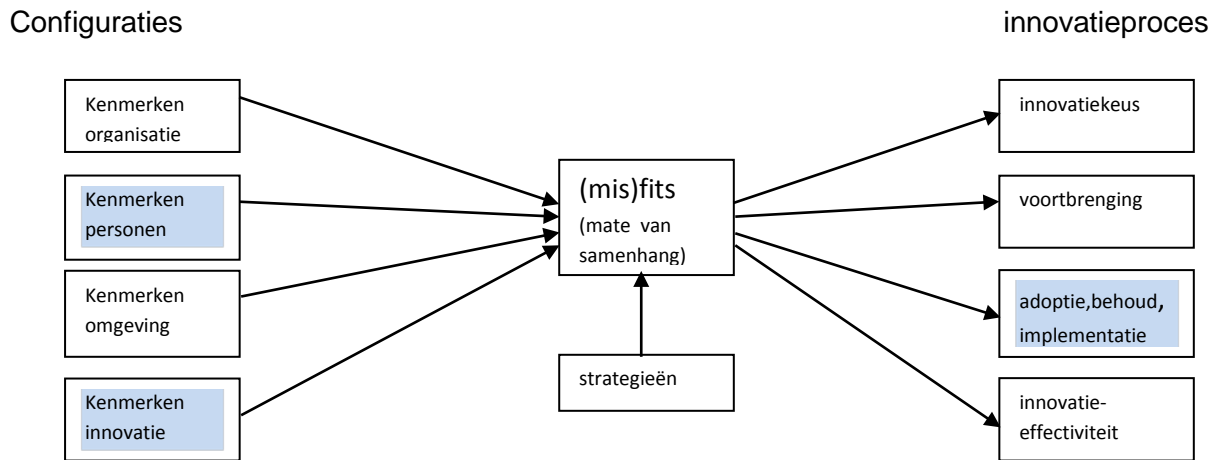
- (15) Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* 2009 Sep;17(5):447-458.
- (16) Masters S, Halbert J, Crotty M, Cheney F. What are the first quality reports from the Transition Care Program in Australia telling us? *Australas J Ageing* 2008 Jun;27(2):97-102.
- (17) Schoot T, Proot I, Legius M, ter Meulen R, de Witte L. Client-centered home care: balancing between competing responsibilities. *Clin Nurs Res* 2006 Nov;15(4):231-54; discussion 255-7.
- (18) Somme D, Hebert R, Bravo G, Blanchard F, Saint-Jean O. The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007 Dec 19;7:e52.
- (19) Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21;(1)(1):CD002099.
- (20) Pool A, Mostert H, Schumacher J. De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept. 2003; Available at: www.nizw.nl.
- (21) VenVN. Zorgleefplanwijzer. 2011; Available at: <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/>. Accessed 03-10, 2011.
- (22) Bhattacharyya O, Reeves S, Garfinkel S, Zwarenstein M. Designing theoretically-informed implementation interventions: Fine in theory, but evidence of effectiveness in practice is needed. *Implementation Science* 2006;1(5).
- (23) Berkhout AJ, Boumans NP, Mur I, Nijhuis FJ. Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2009 Jun;23(2):298-308.
- (24) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007 Dec;19(6):349-357.
- (25) Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. *J Adv Nurs* 2001 Jul;35(2):268-275.
- (26) Adams-Wendling L, Piamjariyakul U, Bott M, Taunton RL. Strategies for translating the resident care plan into daily practice. *J Gerontol Nurs* 2008 Aug;34(8):50-56.
- (27) Brown D, McWilliam C, Ward-Griffin C. Client-centred empowering partnering in nursing. *J Adv Nurs* 2006 Jan;53(2):160-168.
- (28) Wilson G. Implementation of Releasing Time to Care - the productive ward. *J Nurs Manag* 2009 Jul;17(5):647-654.

- (29) Berra K, Ma J, Klieman L, Hyde S, Monti V, Guardado A, et al. Implementing cardiac risk-factor case management: lessons learned in a county health system. *Crit Pathw Cardiol* 2007 Dec;6(4):173-179.
- (30) Russell G, Thille P, Hogg W, Lemelin J. Beyond fighting fires and chasing tails? Chronic illness care plans in Ontario, Canada. *Ann Fam Med* 2008 Mar-Apr;6(2):146-153.
- (31) Young A. Improving care planning and communication. *Mental health practice* 2002;5(7):8-9;10.
- (32) Onderwijsraad. Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers. 2002; Available at: http://www.onderwijsraad.nl/upload/publicaties/414/documenten/studie_competenties.pdf. Accessed 03/11, 2011.
- (33) Calibris Kenniscentrum voor zorg, welzijn en sport. Werkwijzer en handreiking beroepspraktijkvorming. 2009; Available at: <http://www.calibris.nl/bedrijven/rubriek.php?guid=725cdb1a-3f9e-11de-848e-000c299e1a48>.
- (34) Pool A, Pool-Tromp C, Veltman-Vogel F, Vogel S. *Met het oog op de toekomst*. 12th ed. Utrecht: Vilans; 2009.
- (35) Berghenhenegouwen G. *Situationeel opleiden en leren*. Het potentieel van individuele competenties voor organisaties. Alphen aan den Rijn Netherlands: Kluwer; 2007.
- (36) Mast J, Pool A. *In de spiegel kijken: werken aan competenties in de thuiszorg*. Utrecht: NIZW Uitgeverij; 2003.
- (37) Meijer F, van de Loo R, van de Burgt H editors. *Competent in context*. Utrecht The Netherlands: Lemma; 2002.
- (38) Nap EW. *Competent meten*. 2007.
- (39) Stoof A, Martens RL, van Merriënboer, J. J. G., Bastiaens TJ. The Boundary Approach of Competence: A Constructivist Aid for Understanding and Using the Concept of Competence . *Human Resource Development Review* 2002;1(3):345-365.
- (40) Stoof A, Martens RL, Van Merriënboer JJG. Web-based support for constructing competence maps: Design and formative evaluation. *Educational Technology Research and Development* 2007;55(4):347-368.
- (41) Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in Nursing*. 2nd edition ed.: Blackwell Publishing; 2002.
- (42) Polit DF, Beck C.T. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. eight ed.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- (43) Gilgun JF. Qualitative methods and the development of clinical assessment tools. *Qual Health Res* 2004 Sep;14(7):1008-1019.

- (44) Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008 Apr;62(1):107-115.
- (45) Chang AM, Gardner GE, Duffield C, Ramis MA. A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *J Adv Nurs* 2010 Oct;66(10):2320-2330.
- (46) Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). 2000; Available at: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-bescherming-persoonsgegevens>. Accessed 03/10, 2011.
- (47) Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design; choosing among five approaches*. second ed.: Sage Publications Inc.; 2007.
- (48) Maso J. SA. *Methodologische kwaliteit. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie* Amsterdam The Netherlands: Boom; 1998.

Figuur 1:

Het innovatiecontingentiemodel van van Linge

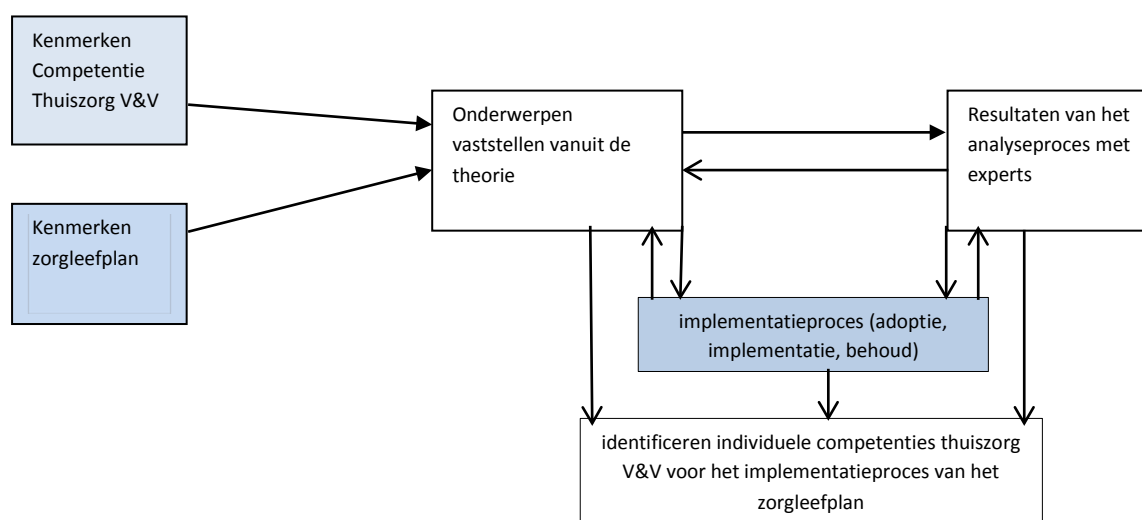


Van de vier systemen organisatie, omgeving, personen en innovatie zijn de kenmerken vast te stellen. Als de kenmerken zijn vastgesteld is de configuratie (samenstelling van kenmerken) van ieder systeem te bepalen. De implementatie strategieën voor de beste innovatiekeus, voortbrenging, implementatieproces en innovatie effectiviteit hangen af van de mate van samenhang tussen de configuraties van de verschillende systemen.

Figuur 2

Het kwalitatieve inhoudsanalysemodel om de individuele competenties van thuiszorg V&V die voor het implementatieproces van het zorgleefplan van belang zijn te identificeren. Opgesteld op basis van het innovatiecontingentiemodel van van Linge en het kwalitatieve inhoudsanalyseproces van Elo

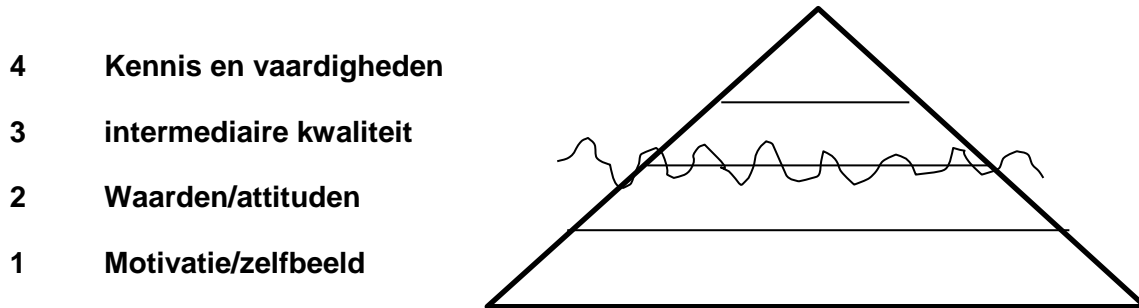
(9,44).



De kaders zijn blauw gearceerd. Kader één is het implementatieproces, kader twee zijn de kenmerken van het zorgleefplan, kader drie individuele competentie en kader vier de benaming van de MBO-opleidingen voor individuele competenties.

Figuur 3:

de menselijke competentie structuur , 'de ijsberg' gebaseerd op Mc Clelland, en Spencer en Spencer (1993) in (9,33,35,37,40) en de toepassing daarvan in een beroepscompetentie MBO



De metafoor van 'de ijsberg' laat zien dat individuele competenties uit vier dimensies bestaan. De onderste twee dimensies zijn 'onzichtbaar' (als het gedeelte van een ijsberg die onder water zit) en alleen de bovenste twee dimensies zijn zichtbaar zijn voor anderen in gedrag (als het zichtbare gedeelte van de ijsberg boven water). Deze opvatting is opgenomen in de definitie van beroepscompetentie van het MBO.

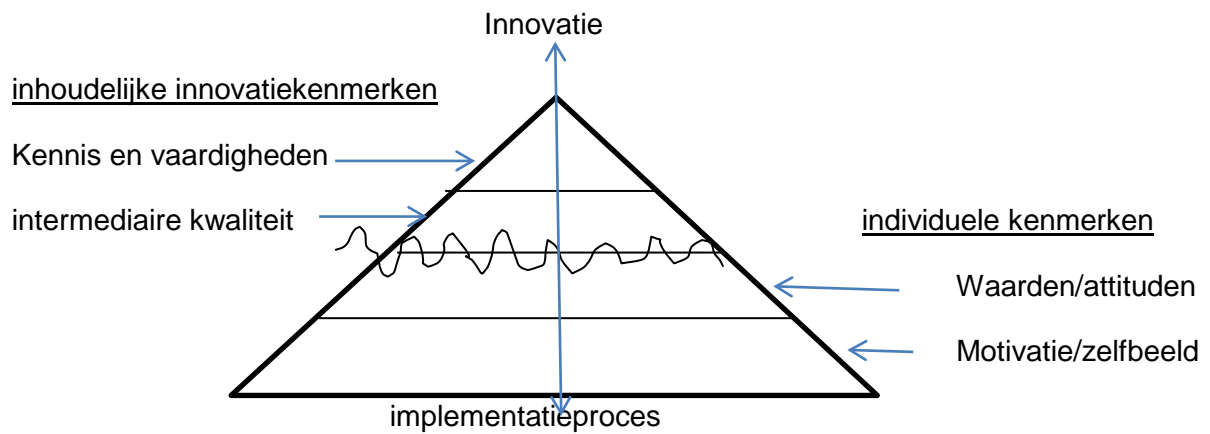
Figuur 4

gegevens functies en demografische herkomst deelnemende experts

Geslacht (n=6)	Allen vrouw
Opleiding (meerdere antwoorden mogelijk)	
Verzorgende niveau 3	-
Verpleegkundige niveau 4 of 5	3
Lerarenopleiding eerste of tweede graads	3
Managementopleiding	4
Huidige functie *)	
Verpleegkundige of Verzorgende	1
staffunctionaris zorg	1
manager	3
Opleidingsfunctionaris (docent/praktijkopleider)	2
*) 1 dubbelfunctie manager/opleidingsfunctionaris	
Werkervaring	
gemiddeld totaal aantal jaren in de (thuis)zorg (min-max)	10 (7 tot 15 jaar)
gemiddeld aantal jaren in de huidige functie (min-max)	4 (3 maanden- 20 jaar)
Percentage dienstverband (min-max)	90% (75%-100%)
Werkzaam in Regio van Nederland	
noord	1
zuid	1
oost	4
Leeftijd in jaren (min-max)	45 (37-58)

Figuur 5

Competentiedimensies en de aanwijzingen voor hun belang voor de inhoud van de innovatie en het implementatieproces



Tabel 2 Competenties met de hoogste consensus ingedeeld bij de vier competentiedimensies en de fasen van het implementatieproces

	5	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1
<i>op de behoefte en verwachtingen van de klant richten</i>											
<i>formuleren en rapporteren</i>											
<i>instructies en procedures opvolgen</i>											
<i>samenwerken en overleggen</i>											
<i>analyseren</i>											
<i>begeleiden</i>											
<i>beslissen en activiteiten initiëren</i>											
<i>aansturen</i>											
<i>kwiteit leveren</i>											
<i>vakdeskundigheid toepassen</i>											
<i>plannen en organiseren</i>											
aantal keer consensus 1)	5	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1
competentiedimensies											
dimensie kennis	**	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
dimensie vaardigheid	**	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
dimensie attitude	***	*	**	**	*	*	***	***			
dimensie persoonskenmerken	**			**		*		***			
implementatiefases											
fase adoptie	**	**	***	**	*	*		*	**	*	*
fase invoering	***	**	**	**	**	***	**	**	**	***	**
fase behoud	***	**	**	**	**	**	*	***	***	***	**
beheersingsniveau											
BB 3)	**	**	**	*	**	**	**	**	***	**	**
GV 3)	*	*	*	*	*	*	*	*			*
EX 3)		*		*		*	*	*		*	*
BB 4)	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**
GV 4)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
EX 4)				*							
BB 5)	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**
GV 5)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
EX 5)		*	*	*		*					*

toelichting

- *** volledige consensus (100%)
- ** consensus bij 3, 4 of 5 experts ($\geq 50\% \wedge < 100\%$)
- * consensus bij 1 of 2 experts ($> 0\% \wedge < 50\%$)
- niet genoemd (0%)

- 1) aantal werkprocessen van het zorgleefplan waarvoor de experts consensus (cons) voor deze competentie hebben bereikt
- 3) mate van overeenstemming of opleidingsniveau 3 deze competentie als beginnend beroepsbeoefenaar (BB), gevorderd beroepsbeoefenaar (GV) of expert (EX) mo beheersen
- 4) mate van overeenstemming of opleidingsniveau 4 deze competentie als beginnend beroepsbeoefenaar (BB), gevorderd beroepsbeoefenaar (GV) of expert (EX) mo beheersen
- 5) mate van overeenstemming of opleidingsniveau 5 deze competentie als beginnend beroepsbeoefenaar (BB), gevorderd beroepsbeoefenaar (GV) of expert (EX) mo beheersen