

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
beleidsmanagement*

2010
2011

Masterproef

*Het knelpuntberoep hoofdverpleegkundige: welke
maatregelen kan de ziekenhuisdirectie nemen om dit
tekort te verminderen?*

Promotor :
Prof. dr. Jan VAN MIERLO

Joyce De Decker

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement*

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
beleidsmanagement*

Masterproef

*Het knelpuntberoep hoofdverpleegkundige: welke
maatregelen kan de ziekenhuisdirectie nemen om dit
tekort te verminderen?*

Promotor :
Prof. dr. Jan VAN MIERLO

Joyce De Decker

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen , afstudeerrichting beleidsmanagement*

Woord vooraf

In het kader van het behalen van de graad Master in de Toegepaste Economische Wetenschappen schreef ik in het academiejaar 2010-2011 deze masterproef. Het onderzoek dat in het kader van dit opleidingsonderdeel werd uitgevoerd, heeft me de mogelijkheid gegeven de vaardigheden die ik tijdens de opleiding heb verworven, toe te passen in de praktijk. Bovendien heb ik me tijdens het voorbije schooljaar mogen verdiepen in een aantal thema's uit de zorgsector die me sterk aanspreken. Die aantrekking is gegroeid vanuit een interesse in personeelsbeleid en de bewondering voor het werk van medewerkers in de zorgsector.

Deze masterproef volgt een vrij klassieke opbouw, waardoor het doel van het onderzoek, de resultaten ervan en de weg die daar tussen ligt duidelijk te volgen is voor de lezers. Bovendien hielp deze klassieke structuur me bij het weergeven van een logische en onderbouwde gedachtengang. Zonder de hulp van een aantal personen zou deze masterproef echter niet de vorm hebben aangenomen van het huidige exemplaar. Mijn dank gaat daarom allereerst uit naar mijn promotor Prof. Dr. Jan van Mierlo. Ik wens hem te bedanken voor zijn kritische visie op dit werk, zijn steun en advies. In het bijzonder wens ik ook Maria Vaesen en Chris Swaenen te bedanken. Als directieleden van het Mariaziekenhuis Noord-Limburg hebben ze mij op diverse wijzen ondersteund bij het verzamelen van de nodige primaire informatie om dit onderzoek wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. Hun interesse en bereidheid tot het vrijmaken van hun tijd en die van hun medewerkers stel ik erg op prijs. Graag richt ik ook een woord van dank aan Inge Vanhijst en Marleen Dullers van het Medisch Centrum St-Jozef te Munsterbilzen voor hun medewerking aan de vignetstudie.

Samenvatting

DOEL: De zorgsector is een sleutelsector in onze economie. 10,2% van het Bruto Binnenlands Product van ons land is in 2007 naar de gezondheidszorg gegaan (OESE, 2009). Onder invloed van een aantal demografische en andere tendensen, zoals vergrijzing en veranderende levens- en consumptiegewoonten, zal de vraag naar zorg de komende jaren bovendien toenemen (Daue & Crainich, 2008). Een belangrijke vraag is, of het aanbod deze groei in vraag zal kunnen volgen. Met betrekking tot het aantal hoofdverpleegkundigen wordt met name in het onderzoek van Notelaers & Hoedemaekers (2002) gewezen op de aandacht die geschonken moet worden aan de arbeidsbeleving van hoofdverpleegkundigen. Het doel van dit onderzoek is in kaart te brengen hoe groot het tekort aan hoofdverpleegkundigen is en bovendien een aantal praktische oplossingen te suggereren aan ziekenhuisdirecties.

METHODE: Aan de hand van een literatuurstudie, interviews met bevoorrechte getuigen en een vragenlijst aan 8 ziekenhuisdirecties werden een aantal variabelen geselecteerd die nader onderzocht zouden worden. Vervolgens werd er een vignetstudie uitgevoerd door 74 verpleegkundigen elk 8 vignetten te laten invullen en 21 hoofdverpleegkundigen 16 vignetten. Op deze wijze werden er voor deze respondentengroepen respectievelijk 592 en 336 observaties verzameld.

CONCLUSIE: Uit de vragenlijst voor de verpleegkundigen bleken de mate van ambitie, de mogelijkheid tot bijscholing, rolonduidelijk en de relatie met artsen de meest significante variabelen die een invloed uitoefenen om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen. In de keuze om het hoofdverpleegkundig beroep te blijven uitoefenen zijn de meest significante factoren de mate van ambitie, het ervaren stressniveau, het loon en de specialisaties waarover men beschikt. Op basis van deze conclusie werden vier praktische oplossingen gesuggereerd voor de ziekenhuisdirecties. Deze oplossing zijn: werken aan de eigen employer brand, het uitwerken van een high potentials programma en tenslotte het herbekijken van de functieclassificatie en het hieraan gekoppelde loonhuis.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1. Probleembeschrijving	9
Hoofdstuk 2. Onderzoeksvragen	13
Hoofdstuk 2.1. Centrale onderzoeksvraag	13
Hoofdstuk 2.2. Deelvragen	13
Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode	15
Hoofdstuk 3.1. Literatuurstudie	15
Hoofdstuk 3.2. Verkennend onderzoek	16
Hoofdstuk 3.3. Interviews met bevoorrechte getuigen	17
Hoofdstuk 3.3. Factorial Design Survey	17
Hoofdstuk 4. Sleutelbegrippen in verband met het ziekenhuis	19
Hoofdstuk 5. De organisatie van de verpleegkundige activiteit	23
Hoofdstuk 5.1. Vier niveaus in de verpleegkundige activiteit.....	23
Hoofdstuk 5.2. Het hoofdverpleegkundig beroep	24
Hoofdstuk 6. De omvang van het tekort aan hoofdverpleegkundigen	27
Hoofdstuk 6.1. Verschillen tussen afdelingen in een ziekenhuis.....	28
Hoofdstuk 6.2. Verschillen tussen bepaalde geografische gebieden	29
Hoofdstuk 7. Factoren die het tekort aan hoofdverpleegkundigen beïnvloeden	31
Hoofdstuk 7.1. Factoren die de keuze om hoofdverpleegkundige te worden beïnvloeden	32
Hoofdstuk 7.2. Factoren die de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep te blijven uitoefenen beïnvloeden.....	34
Hoofdstuk 7.3. Het imago van het (hoofd)verpleegkundig beroep	38
Hoofdstuk 8. Financiering van een ziekenhuis en de verloning van hoofdverpleegkundigen	39
Hoofdstuk 8.1. De financiering van een ziekenhuis	39
Hoofdstuk 8.2. De verloning van (hoofd)verpleegkundigen.....	42
Hoofdstuk 9. Vignetstudie.....	45
Hoofdstuk 9.1. Populatie en steekproef.....	45

Hoofdstuk 9.2. Opbouw vignetstudie	46
Hoofdstuk 9.2.1. Keuze variabelen	46
Hoofdstuk 9.2.2. Arbeidstevredenheid.....	49
Hoofdstuk 9.2.3. Keuze schalen	49
Hoofdstuk 9.2.4. Volgorde variabelen en vignetten	50
Hoofdstuk 9.3. Validiteit van het onderzoek	51
Hoofdstuk 9.3.1. Halfgestructureerde interviews	51
Hoofdstuk 9.3.2. Pilotstudie	51
Hoofdstuk 9.4. Resultaten onderzoek verpleegkundigen.....	54
Hoofdstuk 9.4.1. Kenmerken van de steekproef	54
Hoofdstuk 9.4.2. Resultaten regressieanalyse	55
Hoofdstuk 9.5. Resultaten onderzoek hoofdverpleegkundigen.....	59
Hoofdstuk 9.5.1. Kenmerken van de steekproef	59
Hoofdstuk 9.5.2. Resultaten regressieanalyse	60
Hoofdstuk 10. Suggesties aan ziekenhuisdirecties	63
Hoofdstuk 10.1. Employer Branding	63
Hoofdstuk 10.2. High potentials programma.....	68
Hoofdstuk 10.3. Verlonen en belonen	70
Hoofdstuk 10.4. Functiedifferentiatie	71
Hoofdstuk 10.5. Besluit	73
Hoofdstuk 11. Kritische reflectie	76
Hoofdstuk 11.1. Kritische reflectie over het onderzoek.....	76
Hoofdstuk 11.1.1. De onderzoeksmethode.....	76
Hoofdstuk 11.1.2. De vragenlijst	76
Hoofdstuk 11.1.3. De piloottest.....	77
Hoofdstuk 11.1.4. De verwerking van de resultaten.....	77
Hoofdstuk 11.2. Kritische reflectie over het leerproces.....	78
Lijst van geraadpleegde werken	79
Bijlagen.....	83
Bijlage 1: Totale uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product volgens de de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (2009).....	83
Bijlage 2: De zorgdriehoek van Pool en van Dijk (2006).....	83
Bijlage 3: De vier hoofdgroepen van verpleegkundige functies volgens Beckers en Nijhuis (2005).	84
Bijlage 4: Indeling van de ziekenhuizen volgens type (infofiche CM, 2008).....	84
Bijlage 5: Uitnodiging deelname vragenlijst ziekenhuisdirecties	85
Bijlage 6: Vragenlijst aan ziekenhuisdirecties	86

Bijlage 7: Voorbereiding halfgestructureerde interviews.....	87
Bijlage 8: Voorbeeld uitnodiging tot deelname vignetstudie gericht aan ziekenhuisdirectie	88
Bijlage 9: vragenlijst voor verpleegkundigen	89
Bijlage 10: vragenlijst voor hoofdverpleegkundigen.....	100
SPSS-output - Pilootstudie.....	119
Output 1 – Reliability Statistics.....	119
Regressieanalyse 1.1.: Zou je deze job nu willen uitoefenen?.....	119
Regressieanalyse 1.2. – Zou je deze job aanbevelen aan je collega’s?	122
Regressieanalyse 1.3. – Zou je deze job binnen nu en 5jaar willen uitoefenen?	125
SPSS-ouput – Verpleegkundigen	129
Output 2 - kruistabel A.....	129
Output 3 – kruistabel B.....	130
Output 4 – Case Summaries A.....	130
Output 5 – kruistabel C	131
Output 6 - kruistabel D.....	131
Output 7 – staafdiagram A	132
Output 8 – staafdiagram B.....	133
Output 9 – Reliability Statistics.....	133
Output 10 – Descriptive Statistics	134
Regressieanalyse 2.1.: zou je deze job nu willen uitoefenen?	134
Regressieanalyse 2.2.: Zou je deze job aanbevelen aan je collega’s?.....	135
Regressieanalyse 2.3.: Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen?.....	137
Regressieanalyse 2.3. – zonder ambitie	138
SPSS-output - hoofdverpleegkundigen	140
Output 11 – Kuistabel E.....	140
Output 12 – Kruistabel F.....	140
Output 13 – Kruistabel G	141
Output 14 – kruistabel H.....	141
Output 15 – kruistabel I	142
Output 16 – staafdiagram C	142
Output 17 - staafdiagram D	143
Output 18 – Reliability Statistics	144
Output 19 – Descriptive Statistics	144
Regressieanalyse 3.1.: zou je deze job nu willen uitoefenen?	144
Regressieanalyse 3.2.: Zou je deze job aanbevelen aan je collega’s?.....	146
Regressieanalyse 3.3.: Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen?.....	148

Hoofdstuk 1. Probleembeschrijving

De zorgsector is een sleutelsector in onze economie. Ze herbergt verscheidene voorzieningen, waaronder de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en ook de thuiszorg en allerlei tussenvormen van zorgverlening (Pool & van Dijk, 1999). In 2009 verscheen het vijfde rapport van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) over zorgsystemen en hun prestaties. Daaruit blijkt dat in 2007 10,2% van het Bruto Binnenlands Product van ons land naar de gezondheidszorg is gegaan. Daarmee staat België op de vierde plaats in de Europese ranglijst en scoren we hoger dan het gemiddelde van de Europese landen (9,4%), alsook van de OESO-landen (8,9%)¹. Bovendien blijkt uit de SWOT-analyse² van Daue & Crainich (2008) dat de uitgaven aan de gezondheidszorg een duidelijke groei vertonen. De sector 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' speelt dus een significante rol in onze nationale economie. De moeite waard om de sector eens wat grondiger te onderzoeken.

Onder invloed van een aantal demografische en andere tendensen, zoals vergrijzing en veranderende levens- en consumptiegewoonten, zal de vraag naar zorg de komende jaren toenemen (Daue & Crainich, 2008). Volgens schattingen van het Federaal Planbureau (FPB) en het Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (AD SEI) zal het aantal tachtigjarigen in Vlaanderen tussen 2010 en 2060 met 170% stijgen en het aantal honderdjarigen met 1400%. Dat de sector van de gezondheidszorg de komende jaren een forse groei zal kennen, is duidelijk. Wat belangrijker is, is of het aanbod deze groei in vraag zal kunnen volgen. Pool en van Dijk (2006) spreken in dat opzicht van de 'zorgkloof'. Dit is het gat dat ontstaat, of dreigt te ontstaan, tussen de hoeveelheid zorg die nodig is als gevolg van ziekte en ouderdom, en de zorg die geleverd kan worden met beperkte middelen zoals mensen en geld.

Wat immers onmiddellijk opvalt, wanneer we de zorgsector gaan bekijken, is hoe arbeidsintensief deze is. Personeel is het belangrijkste productiemiddel en zal dat in de toekomst ook blijven. De mogelijkheden om arbeid door technologie te vervangen, zijn immers beperkt. De inzet en deskundigheid van zorgverleners zijn dan ook bepalende factoren voor de omvang en kwaliteit van het zorgaanbod.

¹ Zie figuur 1 in bijlagen.

² Een SWOT-analyse is een analyse van de sterkes (strengths), zwaktes (weaknesses), opportuniteiten (opportunities) en bedreigingen (threats) van een systeem (Robbins & Coulter, 2003).

In 2005 werden simulaties gepubliceerd vanuit het Onderzoeksinstituut van Arbeid en Samenleving (HIVA) aan de Katholieke Universiteit van Leuven (KUL) over de groei van de behoeften aan zorgpersoneel tussen 1995 en 2020. Het HIVA maakt daarbij een onderscheid tussen een vervangings- en een uitbreidingsvraag. De vervangingsvraag slaat op de nood aan extra personeel ter vervanging van zij die de sector verlaten omwille van ander werk of pensioen. De uitbreidingsvraag slaat op de netto-aangroei van de sector, veroorzaakt door verschillende factoren, zoals bijvoorbeeld de vergrijzing van de maatschappij.

Ook Pool en Van Dijk (2006) benoemen deze kwantitatieve medewerkerskloof. Zij benoemen daarnaast echter ook een medewerkerskloof die zich op kwalitatief vlak manifesteert. Daarbij is de belangrijkste vraag in welke mate werknemers kunnen blijven voldoen aan hetgeen van hen wordt verwacht. Ook de Vlaamse Dienst voor Beroepsopleiding en Arbeidsbemiddeling (VDAB) maakt dit onderscheid in haar jaarlijkse analyse van knelpuntberoepen van 2009. Volgens deze analyse zijn in eerste instantie het kwantitatief tekort en in tweede orde de jobintrinsieke elementen verantwoordelijk voor het knelpuntberoep verpleegkundige (het gaat hier zowel om hoofdverpleegkundigen, thuisverpleegkundigen als gespecialiseerde verpleegkundigen). Deze elementen verwijzen naar de hoge fysieke en psychische arbeidsbelasting, het eventuele weekend- en avondwerk en de eventuele onregelmatige uurroosters.

De vraag naar gezondheidszorg zal in de toekomst alsmear blijven toenemen. Dit blijkt duidelijk uit de hierboven beschreven bronnen en daarin aangehaalde tendensen en voorspellingen. Het is ook gebleken dat de mate en kwaliteit van de verstrekte zorg sterk afhankelijk is van het personeel dat in de sector is tewerkgesteld. Bovendien spelen de ontwikkelingen in het personeelsbestand een invloed op de kosten van zorg. Deze samenhang tussen zorg, financiën en personeel wordt weergegeven in de zorgdriehoek³ (Pool & van Dijk, 2006).

Niet alleen binnen de grenzen van Vlaanderen en België, maar ook ver daarbuiten strekt de problematiek van de gezondheidszorg zich uit. In 2004 gaf de Europese Commissie volgend advies met betrekking tot het verdrag van Lissabon:

"De lidstaten moeten een werkgelegenheidsbeleid ontwikkelen dat in staat is het hoofd te bieden aan de gevolgen van de vergrijzing van de bevolking in de gezondheidszorg en longterm care, meer bepaald om de schaarste in een aantal beroepen te voorkomen of op te vangen, dankzij voldoende investeringen in de basis- en voortgezette opleidingen en de kwaliteit van de jobs. De bijdrage van het Europees Sociaal Fonds moet volledig aangewend worden in dit kader." (uit Pacolet et al., 2005).

³ Zie figuur 2 in bijlagen.

Iets minder duidelijk staat het geformuleerd in het nieuwe artikel 168, paragraaf 7 van de geconsolideerde versie van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (gewijzigd door het Verdrag van Lissabon):

"Het optreden van de Unie eerbiedigt de verantwoordelijkheden van de lidstaten met betrekking tot de bepaling van hun gezondheidsbeleid, alsmede de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging. De verantwoordelijkheden van de lidstaten omvatten het beheer van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, alsmede de allocatie van de daaraan toegewezen middelen...."

In 2009 bood de sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Vlaanderen werk aan 294.000 mensen. Volgens het econometrisch HERMREG-model⁴ van juli 2009 zou dat aantal met 60.000 zijn toegenomen tegen 2014. Ondanks de ruim 500.000 werknemers en zelfstandigen die in België in de sector werken, blijven verscheidene vacatures, waaronder die van hoofdverpleegkundige, open staan. Wanneer we vervolgens rekening houden met de voorspelde toename in vraag naar zorg en dus ook naar zorgpersoneel, kunnen we enkel een grotere nood aan het invullen van alle vacatures verwachten. Dit blijkt ook uit de jaarlijkse knelpuntanalyse van de Vlaamse Dienst voor Beroepsopleiding en Arbeidsbemiddeling in 2009, hierboven reeds aangehaald. Daaruit blijkt immers dat de VDAB 4045 vacatures voor verpleegkundige beroepen ontvingen, waarvan 270 specifiek voor hoofdverpleegkundigen.

Na een eerste verkennende literatuurstudie en enkele gesprekken met verpleegkundigen over het tekort aan hoofdverpleegkundigen had ik een idee over wat zeker onderzocht diende te worden. Namelijk de vraag waarom het hoofdverpleegkundig beroep zo onaantrekkelijk is en hoe dat probleem kan worden aangepakt? Na het bijwonen van de studiedag 'Wegwijs op de arbeidsmarkt'⁵ werd me echter ook een tweede oorzaak van het knelpunt duidelijk. Namelijk verpleegkundigen die wel willen doorgroeien, maar dat niet kunnen, omwille van het gebrek aan specifieke competenties die nodig zijn voor het uitvoeren van de job, zoals leiderschap en kunnen delegeren. Deze opmerking kreeg ik van Johan Cox, verpleegkundig en paramedisch directeur van het Ziekenhuis Maas en Kempen.

4 HERMREG vindt zijn oorsprong in het nationale model HERMES dat door het Federaal Planbureau wordt gebruikt voor het opstellen van zijn economische middellangtermijn-voorzichten en voor het uitvoeren van impactstudies (die antwoorden geven op 'wat als...' vragen). De regionale vooruitzichten in het HERMREG-model zijn een opsplitsing van de federale vooruitzichten uit het HERMES-model (Federaal Planbureau, 2009).

5 Deze studiedag werd georganiseerd op 14 oktober 2010 door de POM-ERSV Limburg. De Provinciale Ontwikkelingsmaatschappij Limburg (POM Limburg) voert het sociaal-economische beleid van de provincie Limburg uit. Het Erkend Regionaal Samenwerkingsverband (ERSV) Limburg staat in voor de ondersteuning van het sociaal-economisch overleg. Samen organiseerden zij deze studiedag met het oog op de ontwikkeling van zorg economie in Limburg: de Limburgse groeisector (POM-ERSV Limburg, 2010).

De vaststelling dat het knelpunt door twee krachten wordt gevormd, wordt bevestigd door de hierboven reeds aangehaalde bevindingen van Pool & Van Dijk (2006). De kwantitatieve medewerkerskloof zou in die zin veroorzaakt worden door een gebrek aan attractiviteit van het beroep. Het gebrek aan de juiste competenties zou op zijn beurt de kwalitatieve medewerkerskloof verklaren.

Hoofdstuk 2. Onderzoeksvragen

Hoofdstuk 2.1. Centrale onderzoeksvraag

Welke maatregelen kan de directie van een ziekenhuis nemen om het tekort aan hoofdverpleegkundigen aan te pakken?

Hoofdstuk 2.2. Deelvragen

Deelvraag 1: Hoe groot is het tekort aan hoofdverpleegkundigen in Vlaamse ziekenhuizen?

- 1A Verschilt de grootte van het tekort aan hoofdverpleegkundigen tussen afdelingen in een ziekenhuis?
- 1B Verschilt de grootte van het tekort aan hoofdverpleegkundigen tussen bepaalde geografische gebieden in Vlaanderen?

Het idee dat het tekort aan hoofdverpleegkundigen anders tot uiting zou komen tussen de verschillende afdelingen in een ziekenhuis, kwam naar voren tijdens een gesprek dat ik op 12 april 2010 had met Maria Vaesen, directrice personeel en organisatie in het Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt. Tijdens dit gesprek heb ik haar verteld over de opzet van mijn thesis en legde ik uit hoe ik daartoe gekomen was door middel van het bijwonen van de studiedag 'werkgoesting in de zorg' en een eerste verkennende literatuurstudie. Ze vertelde me dat eventuele samenwerking tussen het Mariaziekenhuis en mezelf in functie van deze thesis mogelijk was en dat het ook interessant zou kunnen zijn verschillen in dit knelpunt tussen de afdelingen in het ziekenhuis te onderzoeken. Afdelingen kunnen immers op een aantal gebieden van elkaar verschillen. Denken we bijvoorbeeld aan de complexiteit van de afdeling, de aard van de patiëntencategorie en de omvang en functieopbouw van de eenheid. We kunnen dan ook verwachten dat de verschillen in deze kenmerken tussen de afdelingen ook een verschil in de kenmerken van het knelpunt betekent.

Welke omvang het knelpunt heeft in verschillende regio's is een vraag die rees tijdens het gesprek met Regine Van Ackere, coördinator zorgeconomie POM-ERSV Limburg, op 6 augustus 2010. Het zou immers kunnen dat ziekenhuizen, in de buurt van een instituut dat verpleegkundige opleidingen aanbiedt, een kleiner tekort aan hoofdverpleegkundigen hebben. Trekken deze ziekenhuizen door middel van stages makkelijker bepaalde profielen aan? Of halen zij voordeel uit de dichtbevolktere omgeving? Eén van de veranderende levensgewoonten van de 21^{ste} eeuw is immers dat men werk en gezin goed willen kunnen combineren en men bijgevolg ook dicht bij het werk gaat wonen.

Deelvraag 2: Welke factoren veroorzaken het tekort aan hoofdverpleegkundigen?

2A Uit welke onderdelen bestaat het loon van een verpleegkundige en een hoofdverpleegkundige?

Tijdens het onderzoeksplan werd deelvraag twee oorspronkelijk als volgt omschreven:

'Welke factoren spelen een rol in de keuze om hoofdverpleegkundigen te worden?'

Tijdens de verdere uitwerking van deze thesis werd echter duidelijk dat niet alleen de factoren die een invloed hebben op de keuze om hoofdverpleegkundige te worden belangrijk zijn, maar ook de factoren die een invloed hebben op de intentie om de functie te blijven uitoefenen. Om die reden werd deelvraag twee herschreven tot: Welke factoren beïnvloeden het tekort aan hoofdverpleegkundigen?

Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethode

Hoofdstuk 3.1. Literatuurstudie

Een goed wetenschappelijk onderzoek begint met een degelijke literatuurstudie. Hierin ben ik nagegaan welke literatuur reeds gepubliceerd werd met betrekking tot het onderwerp. Het doel is immers om op basis van eerder uitgevoerd onderzoek een eigen beeld en visie omtrent de problematiek te vormen. Deze secundaire bronnen hebben verschillende vormen aangenomen en heb ik geraadpleegd via databanken en zoekmachines. Boeken, wetenschappelijke artikels en onderzoeksrapporten respectievelijk Antilope, AtoZ, Bronco, EBSCOHost en EJS zijn hier voorbeelden van.

Zoals uit de literatuurlijst zal blijken, werd er voor dit onderzoek gebruik gemaakt van een ruim aantal bronnen die bovendien ook zeer divers van aard zijn. Het gaat om boeken, wetteksten, wetenschappelijke artikels, organisatiebladen, -websites en -infiches van overheidsinstanties, vzw's of privé-instellingen. Het is met name van belang om de aandacht te vestigen op één bepaald onderzoek, namelijk het onderzoek van twee masterstudenten in Management en Beleid van de Gezondheidszorg in 2009-2010 naar het tekort aan hoofdverpleegkundigen.

Omwille van de gelijkennis met het huidig onderzoek is het belangrijk om enerzijds nader te verklaren hoe het onderzoek van 2009-2010 in de eigen masterproef gebruikt zal worden en anderzijds ook de verschillen tussen beide onderzoeken weer te geven en de meerwaarde van beide onderzoeken aan te tonen. De verwerking van het onderzoek in de eigen masterproef wordt in hoofdstuk 7 besproken.

Wat betreft de verschillen tussen de onderzoeken zijn er twee duidelijke verschillen te onderscheiden. In eerste instantie is er een verschil in het plan van aanpak en de gebruikte onderzoeksmethode. In de eerste masterproef maakt men gebruik van een gelegenheidssteekproef en werden 1122 verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen gecontacteerd. 904 daarvan vulden een online-vragenlijst in die werd opgebouwd rond verscheidene thema's. Deze thema's waren: (inter)persoonlijke factoren, werkplaatsspecifieke factoren, aanvullende factoren, intentie om hoofdverpleegkundige te worden of te blijven en ten slotte demografische factoren. In het eigen onderzoek wordt gebruik gemaakt van een vignetstudie die werd verdeeld aan de verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen van twee ziekenhuizen in Noord-Limburg. Deze onderzoeksmethode wordt nader toegelicht in hoofdstuk 3.4.

In tweede instantie beperkt het onderzoek van 2009-2010 zich tot het presenteren van resultaten en trekken van conclusies, terwijl het huidig onderzoek een stap verdergaat en een aantal praktische oplossingen aanreikt voor ziekenhuisdirecties.

Hoofdstuk 3.2. Verkennend onderzoek

Om de omvang van het onderzochte knelpunt in kaart te brengen, heb ik een enquête verstuurd naar acht Limburgse ziekenhuizen. Een duidelijker beeld over het probleem brengt immers ook een aantal aanwijzingen over mogelijke oorzaken van het knelpunt met zich mee.

Op basis van een zoekactie via internet vond ik de website www.hospitals.be die wordt beheerd door de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen. Deze vereniging zonder winstgevend doel (vzw) heeft als doel bij te dragen tot de ontwikkeling en bevordering van de ziekenhuiswetenschap en in het bijzonder tot de studie van interne en externe beheers- en organisatieproblemen in de gezondheidszorginstellingen. Dit doet ze onder andere door het verspreiden van publicaties, het organiseren van studiedagen en conferenties en het vertegenwoordigen van haar leden in alle groeperingen en (of) openbare en (of) privé-instanties, die verband houden met ziekenhuismaterialies, medico-sociale zaken en gezondheidszaken.

De site geeft een overzicht van de Belgische ziekenhuizen en dit onderverdeelt per gemeente, gewest, provincie of instellingstype. Uit deze databank werden acht ziekenhuizen geselecteerd die zich situeren in Belgisch Limburg. Er werd voor deze regio gekozen, omdat dit voor de uitwerkingen van het onderzoek het meest praktische zou zijn. Op donderdag 14 januari 2011 werd de vragenlijst een eerste maal naar de personeelsverantwoordelijke van de verscheidene ziekenhuizen gemaïld (zie figuur 3 in bijlagen). Eén van deze ziekenhuizen reageerde een dag later al door middel van een ingevulde vragenlijst. Alle andere ziekenhuizen werden op maandag 17 januari 2011 een eerste maal telefonisch gecontacteerd, zoals aangekondigd in de eerder verzonden e-mail. Personeelsverantwoordelijken die die dag niet bereikbaar waren, kregen een herinneringsmail toegezonden en werden een tweede maal telefonisch gecontacteerd op maandag 24 januari 2011.

Het uiteindelijke resultaat van dit verkennend onderzoek is een bestand van ingevulde vragenlijsten van zeven van de acht gecontacteerde ziekenhuizen uit Limburg. Deze werden per mail of telefonische doorgegeven in de periode van 15 januari 2011 tot 25 januari 2011. De bevindingen uit dit onderzoek worden in hoofdstuk zes besproken.

Hoofdstuk 3.3. Interviews met bevoorrechte getuigen

Op 12 april 2010 had ik een gesprek met Maria Vaesen, directrice personeel en organisatie in het Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt over een mogelijke samenwerking tussen het Mariaziekenhuis en mezelf in functie van deze masterproef. Na meer uitleg over de opzet van mijn thesis en een gesprek over de wijze waarop het Mariaziekenhuis kon meewerken aan dit onderzoek werden er op 17 december 2010 een aantal gesprekken ingepland met verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen tewerkgesteld in het Mariaziekenhuis te Overpelt. Deze halfgestructureerde interviews werden afgenomen met het doel extra informatie te verzamelen betreffende de deelvragen. Op die wijze werd de literatuur een eerste maal benut voor het verzamelen van eigen primaire informatie. De aanpak en het doel van deze interviews worden nader toegelicht in hoofdstuk 9.3 (zie ook figuur 3 in bijlagen).

Hoofdstuk 3.3. Factorial Design Survey

Na de literatuurstudie en een kort verkennend onderzoek naar de omvang van het probleem heb ik verdere primaire informatie verzameld aan de hand van een vignetonderzoek. Dit is een beoordelingsonderzoek waarin door middel van vignetten gegevens worden verzameld. Een vignet is een korte beschrijving van een persoon of situatie die relevant geachte informatie bevat en die wordt voorgelegd aan respondenten om een oordeel te krijgen over de beschreven persoon of situatie. Door in de vignetten meerdere variabelen simultaan te veranderen, heeft deze onderzoeksmethode enkele voordelen ten opzichte van meer traditionele bevragingmethoden. Volgens Rossi & Anderson (1982, in Wallander, 2009) vermijdt zij dat respondenten hun antwoorden aanpassen aan wat hun sociaal verantwoord lijkt en kan bovendien de invloed van contextvariabelen worden nagaan.

De validiteit en de opzet van de vignetstudie worden uitvoerig besproken in hoofdstuk negen.

Hoofdstuk 4. Sleutelbegrippen in verband met het ziekenhuis

In de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 wordt een ziekenhuis als volgt gedefinieerd:

(art. 2) "...de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heekunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren."

Naast deze algemene definitie van een ziekenhuis, is er in de wetgeving en literatuur ook sprake van twee indelingsmogelijkheden van ziekenhuizen. Enerzijds wordt er een onderscheid gemaakt tussen algemene, psychiatrische, gespecialiseerde en universitaire ziekenhuizen. Anderzijds kan er ook een indeling gemaakt worden op basis van de instantie die het ziekenhuis beheert.

In de infofiche van de Christelijke Mutualiteit (CM) van juni 2008 wordt een **algemeen, of ook wel acuut ziekenhuis** omschreven als "een ziekenhuis waarin een brede waaier aan pathologieën⁶ wordt behandeld". Tot deze categorie behoren alle ziekenhuizen die niet als gespecialiseerd ziekenhuis of als psychiatrisch ziekenhuis beschouwd worden.

Gespecialiseerde ziekenhuizen zijn meestal kleiner dan de algemene en gericht op revalidatie, al dan niet in combinatie met een specifiek zorgaanbod voor ouderen. Gespecialiseerde ziekenhuizen worden ook wel categoriale ziekenhuizen genoemd of ziekenhuizen met geïsoleerde gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie of ziekenhuizen met geïsoleerde geriatriediensten (Infofiche CM, 2008).

In artikel drie en vier van de wet betreffende ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen worden respectievelijk de **psychiatrische en universitaire ziekenhuizen** gedefinieerd.

(art. 3) "... ziekenhuizen die uitsluitend bestemd zijn voor psychiatrische patiënten".

⁶ Volgens Kramers (1996) is pathologie een synoniem voor ziekteleer waarmee we de kennis van bepaalde ziekten bedoelen.

(art. 4) "... ziekenhuizen die, gelet op hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten, voldoen aan de voorwaarden gesteld door de Koning en door Hem alsdusdanig worden aangewezen op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan."

In België zijn er zeven universitaire ziekenhuizen die samen ruimte bieden aan zo'n 7.405 bedden in 2010 (Laurette Onkelinx, 2010). Deze worden ook wel academische ziekenhuizen genoemd. Tabel één in bijlagen geeft een overzicht van het aantal ziekenhuizen en het aantal bedden volgens type ziekenhuis in 2008 (Infofiche CM, 2008).

Zoals eerder werd aangehaald, kunnen ziekenhuizen ook worden ingedeeld op basis van de instantie die het ziekenhuis beheert. Zo zijn **openbare ziekenhuizen**, ziekenhuizen die door een openbare overheid beheerd worden. Dit kan hetzij, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) zijn, zoals voorzien in de wet van 8 juli 1976, hetzij een intercommunale vereniging die een of meer openbare centra voor maatschappelijk welzijn of gemeentes omvat, hetzij een provincie, hetzij de Staat, een gemeenschap of een gewest. Ze nemen in de regel de vorm aan van een zuiver OCMW-ziekenhuis, van een autonome verzorgingsinstelling (AV) of van een VZW. De **private ziekenhuizen** in België worden niet door een openbare overheid beheerd. Dergelijke voorzieningen nemen de vorm van een VZW aan. De private ziekenhuizen maken ongeveer 75 % van het totale aanbod uit.

Naast het verschil in beherende instantie zijn er ook nog andere verschillen tussen openbare en private ziekenhuizen. Een eerste verschil manifesteert zich op financieel vlak. In de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt onder titel III 'programmatie, financiering en erkenning van ziekenhuizen' een afzonderlijk hoofdstuk gewijd aan de financiering van tekorten van openbare ziekenhuizen. Artikel 125 bepaalt dat het deficit van een openbaar ziekenhuis gedekt wordt door de gemeente of de intercommunale vereniging waarvan het afhangt.

Art.125 2° het tekort wordt gedragen door de gemeente waarvan het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn het ziekenhuis beheert. In het geval het ziekenhuis wordt uitgebaat door een vereniging als bedoeld in artikel 118 van voornoemde organieke wet van 8 juli 1976 of door een intercommunale vereniging, wordt het tekort gedragen door de plaatselijke besturen die van de vereniging deel uitmaken volgens de onderlinge verhouding van hun aandeel in de vereniging;

Dit artikel werd in de wet opgenomen, omdat de makers ervan zich lieten leiden door de zogenaamde sociale opdracht van het openbare ziekenhuis, dat door zijn statuut meer kansarme patiënten zou opnemen dan de private ziekenhuizen. De opname van kansarme patiënten zou tot meer geschillen en tot langere verblijven in het openbare ziekenhuis leiden, wat op zijn beurt tot grotere financiële tekorten zou leiden (Infofiche CM, 2008).

Dit standpunt wordt sterk betwist door de private ziekenhuizen, en dit om twee redenen. Enerzijds staat het niet vast dat alleen de openbare ziekenhuizen kansarme patiënten opnemen en een sociale opdracht vervullen. Uit een onderzoek van de Christelijke Mutualiteit blijkt immers dat openbare en private ziekenhuizen naar verhouding evenveel patiënten opnemen die recht hebben op de sociale vrijstelling. Daarnaast bestaan er in bepaalde regio's van het land geen openbare ziekenhuizen meer, waardoor alle patiënten, kansarm of niet, opgevangen worden in privé-instellingen. Deze tegemoetkoming vanwege de overheid (en uiteindelijk dus vanwege de belastingbetaler) in het tekort van de openbare ziekenhuizen zorgt voor een ongegronde ongelijke financiële behandeling in het voordeel van de openbare ziekenhuizen, die zo een soort aanvullende financiering krijgen en onderworpen zijn aan minder dwingende beheersregels. In de private ziekenhuizen moeten eventuele tekorten door de instelling zelf worden opgevangen, die hier alleen verantwoordelijk voor is. Dit gebeurt via een grotere financiële bijdrage van het medisch personeel (honoraria artsen) en onrechtreeks van de patiënten.

Hoofdstuk 5. De organisatie van de verpleegkundige activiteit

Hoofdstuk 5.1. Vier niveaus in de verpleegkundige activiteit

In de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (gecoördineerd op 10 juli 2008) wordt de verpleegkundige activiteit volgens zes niveaus gestructureerd.

Het eerste niveau wordt bezet door *het hoofd van het verpleegkundig departement*. Deze directeur nursing of directeur zorg is verantwoordelijk voor de goede werking en coördinatie van het departement verpleging. Hij of zij wordt aangeduid door de beheerder (na advies van de directeur en de hoofdgeneesheer) en werkt nauw samen met de (algemene) directeur. Zijn rol bestaat erin, voor wat betreft de uitoefening van de verpleegkundige activiteit, leiding te geven aan de ziekenhuisverpleegkundigen, de zorgkundigen en het verzorgend personeel van de hele inrichting. Merk op dat het hoofd van het verpleegkundig departement vaak ook de leiding heeft over alle paramedische medewerkers in het ziekenhuis (o.a. kinesitherapeuten, psychologen, logopedisten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten).

Vervolgens zijn er de *verpleegkundigendiensthoofden*, die samen het middenkader vormen. Zij zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige activiteiten in hetzij meerdere verpleegeenheden, een of meer medisch-technische diensten of een of meerdere andere domeinen van de verpleegkunde in het ziekenhuis. Zij worden aangeduid door de beheerder (na advies van de directeur, het hoofd van het verpleegkundig departement en de hoofdgeneesheer).

Het *verpleegkundig kader* vormt het derde niveau van de verpleegkundige activiteit en bestaat uit de hoofdverpleegkundigen. Zij staan in voor de coördinatie van de verpleegkundige activiteit van een verpleegeenheid. Zij worden aangeduid door de beheerder na advies van de directeur, het hoofd van het verpleegkundig departement en het verpleegkundig diensthoofd.

Tenslotte is er de *verpleegkundige staf* gevormd door alle ziekenhuisverpleegkundigen, zorgkundigen en verzorgenden. Deze werkenden vormen respectievelijk het vierde, vijfde en zesde niveau in de organisatie van de verpleegkundige activiteit.

Hoofdstuk 5.2. Het hoofdverpleegkundig beroep

De uitoefening van de verpleegkunde, waaronder de functie van hoofdverpleegkundige valt, is uitgewerkt in het Koninklijk Besluit nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 november 1967. Deze wet verbiedt aan iedereen het uitoefenen van de verpleegkunde, tenzij men in het bezit is van de beroepstitel van verpleegkundige, hetzij de beroepstitel van gegradueerde verpleegkundige, en bovendien beantwoordt aan enkele extra voorwaarden, zoals bepaald in dezelfde wet.

Wanneer we willen nagaan wat de functie van hoofdverpleegkundige dan precies inhoud, vinden we daarover een uitvoerige beschrijving in het Koninklijk Besluit van 13 juli 2006 betreffende de uitvoering van artikel 17bis van de Wet op de ziekenhuizen. In het kort kunnen we zeggen dat de hoofdverpleegkundige instaat voor de dagelijkse organisatie en coördinatie van de verpleegkundige activiteit op haar afdeling. In dit kader is zij verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorgverlening en het concretiseren van het beleid. Deze ruime taakomschrijving wordt geconcretiseerd in meerdere taken en verantwoordelijkheden voor de leidinggevende van een afdeling. Ook de inhoudstabel van het zonet aangehaald Koninklijk Besluit laat via haar onderverdeling in hoofdstukken zien hoe divers de taken van een hoofdverpleegkundige zijn. Deze taken kunnen onderverdeeld worden in zes groepen.

Een eerste taak die bij het beroep van hoofdverpleegkundige hoort, is de realisatie van de strategische visie van het ziekenhuis. Dit doet ze voornamelijk door de werkmethoden binnen haar equipe af te stemmen op deze visie en de visie ook regelmatig onder aandacht te brengen van zijn of haar medewerkers. De hoofdverpleegkundige stelt hiervoor jaarlijks een verslag op en stuurt veranderingsprocessen op de afdeling.

Verder staat de hoofdverpleegkundige in voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Ze organiseert, coördineert en evalueert de verpleegkundige activiteit met bijzondere aandacht voor patiëntenrechten en ethiek. Met het oog op continue innovatie doet zij suggesties voor initiatieven binnen de afdeling en ook afdelingsoverschrijdende initiatieven.

Een derde taak heeft betrekking op het personeelsbeleid. Als leidinggevende beheert de hoofdverpleegkundige de personeelsinformatie en neemt beslissingen inzake werkverdeling, rekening houdend met de minimumstaffing. Bij deze taak staat de zorg om zijn of haar teamleden centraal en dit uit zich door het begeleiden en ondersteunen van deze teamleden, het coachen en evalueren van de medewerkers en het toepassen van het arbeidsreglement.

Met betrekking tot nieuwe teamleden neemt de hoofdverpleegkundige deel aan sollicitatiegesprekken en is hij of zij verantwoordelijk voor de inscholing van dit nieuw teamlid. Door op een consistente manier leiding te geven en afspraken te respecteren, neemt zij een voorbeeldrol op en bevordert het werkklimaat en de groeps sfeer op zijn of haar afdeling.

Een andere plicht houdt het optimale beheer van middelen in met het oog op kwaliteitsvolle dienstverlening. Hiervoor is de leidinggevende verantwoordelijk voor het stockbeheer, stelt hij of zij een investeringsbegroting op en staat hij of zij in voor het verantwoord en efficiënt gebruik van (verbruiks)materialen en toestellen op haar afdeling.

De laatste twee groepen activiteiten situeren zich enerzijds rond opleiding en ontwikkeling van de leden van haar equipe en anderzijds rond haar rol in communicatie en overleg, zowel intern als extern. Deze samenwerking gebeurt op niveau van het verpleegkundig departement (deelname vergadering, medewerking onderzoek,...), met andere departementen binnen het ziekenhuis (hoteldienst, facturatie, informatica,...) en met de sector zelf (studiedagen, conferenties,...).

In steekwoorden kunnen we de zes taken van de hoofdverpleegkundige achtereenvolgens als volgt beschrijven: strategische visie, patiëntenzorg, personeelsbeleid, middelenbeheer, opleiding en ontwikkeling en tenslotte communicatie en overleg. Het valt op dat de verzorgende taken, die verpleegkundige functies zo kenmerken, plaats maken voor managementtaken. Een hoofdverpleegkundige moet in die zin dus kunnen plannen, organiseren, leidinggeven en controleren (Robbins & Coulter, 2002).

Beckers & Nijhuis (2005) verdelen de verpleegkundige functies in vier hoofdgroepen⁷. Deze zijn de expertfuncties, de verpleegkundige & verzorgende functies, de algemene & zorgondersteunende functies en tenslotte de managementfuncties. Uit de hierboven opgesomde takenlijst blijkt duidelijk dat de hoofdverpleegkundige in de laatste categorie thuishoort. Beckers & Nijhuis (2005) verwoorden het als volgt: "De hiërarchische leidinggevende van een afdeling is namelijk eindverantwoordelijk voor de gehele zorgverlening en organisatie en hij heeft de beslissingsbevoegdheid als het gaat om personeelsbeoordelingen en bevorderingen".

⁷ Zie figuur 3 in bijlagen.

Hoofdstuk 6. De omvang van het tekort aan hoofdverpleegkundigen

Dit hoofdstuk heeft tot doel de omvang van het knelpunt in kaart te brengen. Een duidelijker beeld over het probleem zal ook meteen een aantal aanwijzingen voor mogelijke oorzaken met zich meebrengen. Op basis van de gegevens van de jaarlijkse knelpuntanalyse van de VDAB bleek dat er in 2009 4054 verpleegkundige vacatures werden gepubliceerd via de VDAB. 270 daarvan waren specifiek voor hoofdverpleegkundigen.

Daarnaast blijkt uit een rondvraag bij zeven ziekenhuizen in Noord-Limburg dat er bij de zeven bevraagde ziekenhuizen in 2010 in totaal 19 hoofdverpleegkundige vacatures openstonden, wat neerkomt op een ruim gemiddelde van drie openstaande hoofdverpleegkundige vacatures per ziekenhuis in 2010. De helft van deze vacatures had drie maanden of meer nodig om ingevuld te worden. Nog eens de helft daarvan had meer dan zes maanden nodig. Met name voor de diensten geriatrie en intensieve bleek de periode tussen het openstellen van een hoofdverpleegkundige vacature en de invulling ervan het langst. Volgens de geïnterviewde leden van de personeelsdienst van enkele ziekenhuizen zou dit te wijten kunnen zijn aan de wettelijke verplichting voor hoofdverpleegkundigen van deze afdelingen om te beschikken over een Bijzondere Beroepstitel Geriatrie, respectievelijk Intensieve Zorgen.

Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt verder dat de voornaamste reden (58%) van het vertrek van hoofdverpleegkundigen, natuurlijke afvloeiing is. 16% van de hoofdverpleegkundigen in dit onderzoek stopten met werken omwille van medische redenen. De overige 26% aan openstaande vacatures ontstonden door diverse redenen, zoals te hoge werkdruk en andere jobopportunities.

Met betrekking tot de rekrutering van hoofdverpleegkundigen blijkt bij de bevraagde ziekenhuizen het voornaamste probleem hierbij een gebrek aan vereiste competenties bij de kandidaten te zijn. Door zes van de zeven ziekenhuizen (86%) duidt het niet beschikken over de vereiste leidinggevende capaciteiten bij de kandidaten aan als één van de grootste problemen bij de rekrutering van hoofdverpleegkundigen. Verder werden ook 'het niet bezitten van de juiste kennis (lees: opleiding)' en 'weinig respons' aangehaald als redenen voor het niet onmiddellijk kunnen invullen van openstaande hoofdverpleegkundige vacatures. Deze redenen werden respectievelijk door drie en twee ziekenhuizen benoemd. De stelling van Johan Cox van het Ziekenhuis Maas en Kempen, dat voornamelijk een gebrek aan de vereiste competenties leidt tot het tekort, wordt met deze resultaten duidelijk bevestigd (zie supra, hoofdstuk 1).

Met betrekking tot de meest gebruikte aanwervingmethode is gebleken dat de bevraagde ziekenhuizen voornamelijk gebruik maken van interne doorgroei. Vier van de acht ziekenhuizen zijn actief bezig met het intern laten doorgroeien van hun personeel. Volgens twee ziekenhuizen is interne doorgroei de aanwervingmethode bij uitstek. Wanneer je de kosten en baten van een intern doorgroeisysteem vergelijkt met het plaatsen van een grote kleurenadvertentie in een bekend jobmagazine, zoals *jobat*, blijkt duidelijk de voorkeur voor een intern doorgroeiprogramma. Een dergelijk programma kan bestaan in het inhuren van een lesgever die opleiding geeft over leidinggeven en plannen. Hoewel de initiële kosten van zo'n lesgever hoger zijn dan de kost voor het plaatsen van een advertentie, is er meer zekerheid over het uiteindelijke resultaten. Kandidaten die zich intern aanbieden en een programma volgen kennen enerzijds de organisatie op zich en krijgen anderzijds voldoende begeleiding in de groei naar het hoofdverpleegkundig beroep. Wanneer je een advertentie plaats weet je niet hoeveel kandidaten erop zullen reageren en ook niet hoeveel valabele kandidaten zich uiteindelijk zullen aanbieden.

Hoofdstuk 6.1. Verschillen tussen afdelingen in een ziekenhuis

In deelvraag één wordt de vraag gesteld of de grootte van het tekort aan hoofdverpleegkundigen anders tot uiting zou komen tussen afdelingen in een ziekenhuis. Hierboven werd reeds aangehaald dat de invullinggraad bij de afdelingen geriatrie en intensieve zorgen het hoogst is. Bovendien is gebleken dat het aantal openstaande vacatures het grootst is op de afdelingen operatiekwartier (16%), spoedgevallen (16%), mobiele equipe (16%) en geriatrie (11%). Dit valt te verklaren aan de hand van de literatuurstudie en gesprekken met ziekenhuispersoneel naar aanleiding van dit verkennend onderzoek. Hieruit is immers gebleken dat er een aantal verschillen zijn tussen de erkenningcriteria van afdelingen in ziekenhuis. Voor sommige afdelingen is het nodig dat de hoofdverpleegkundige naast de standaard vereiste ervaring en volgen van een kaderopleiding ook in het bezit is van een bijzondere beroepstitel. Dit is het geval voor verpleegkundigen die als hoofdverpleegkundige aan de slag willen in de afdelingen intensieve zorgen en spoedgevallen, mobiele urgentieteam⁸, geriatrie en oncologie (Zorgnet Vlaanderen, 2011).

⁸ Een mobiele equipe is een groep van personeelsleden die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid. Het hoofd van het verpleegkundig departement beslist over de inzet van deze personeelsleden op basis van noodzaak. Dit kan bijvoorbeeld zijn om acute situaties van een toegenomen zorgvraag en werkdruk op te vangen of ter vervanging van verpleegkundigen bij ziekte of opleiding. Dit team mag zeker niet benut worden om aan de minimumomkaderingsnormen van de ziekenhuisdiensten te voldoen (KB 15/2/1999 en Sermeus, 2006).

Hoofdstuk 6.2. Verschillen tussen bepaalde geografische gebieden

Met betrekking tot deelvraag twee werd in de loop van het schooljaar 2010-2011 besloten om deze deelvraag niet volledig uit te werken. Omwille van de beperkte omvang van dit onderzoek bleek het immers te ambitieus te zijn om naast de andere deelvragen ook deze vraag grondig uit te werken. Ik heb ervoor geopteerd om de vraag naar verschillen in de problematiek tussen regio's te beperken tot het aanhalen van een aantal aandachtspunten. Dit is dus een loutere denkoefening die verder niet ondersteund wordt door een grondige literatuurstudie.

Voor wat betreft de vraag naar verschillen in regio's is het nodig om criteria vast te leggen op basis waarvan regio's worden bepaald. Een eerste cruciaal element is de aanwezigheid van een school waarin de opleiding verpleegkunde wordt aangeboden in de buurt van een ziekenhuis. Het spreekt voor zich dat de instroom en retentie van (hoofd)verpleegkundige daar heel anders verlopen dan in ziekenhuizen die verpleegkunde niet in hun opleidingsaanbod uit de onmiddellijke omgeving hebben zitten. Het is immers zo dat elke studentverpleegkundige verplicht een aantal maanden stage moet lopen met het oog op het behalen van zijn of haar diploma en het waarschijnlijker is dat studenten een stage zullen lopen in dezelfde regio als waarin ze de opleiding volgen.

Een tweede interessant item is de vergelijking tussen de kenmerken van de regio's waar ziekenhuizen zijn gevestigd. Zijn hier verschillen te vinden met betrekking tot afstudeercijfers, leeftijden, werkloosheidscijfers, aantal nationaliteiten, enzovoort. En zijn deze verschillen te koppelen aan verschillen in instroom en retentie van verpleegkundig personeel?

Het is onder meer zinvol een antwoord te kunnen formuleren op de volgende vragen:

- Hoeveel verpleegkundigen die starten bij een ziekenhuis hebben reeds ervaring opgedaan in dit ziekenhuis door middel van stage enerzijds en/of een studentenjob anderzijds.
- Waarvan hangt de keuze van een (hoofd)verpleegkundige af om in een bepaald ziekenhuis te gaan werken? Hangt dit af van de locatie en dus de afstand woon-werk? Oefenen de diverse afdelingen of specialisatie een bepaalde rol uit? Verloopt de samenwerking met artsen, andere departementen,.....relatie met patiënten in een bepaald instellingstype anders dan in anderen?
- Bestaat er een verschil van instroom tussen (hoofd)verpleegkundigen van universitaire ziekenhuizen en niet-universitaire ziekenhuizen?

Hoofdstuk 7. Factoren die het tekort aan hoofdverpleegkundigen beïnvloeden

In de probleembeschrijving werd reeds aangehaald dat het tekort aan hoofdverpleegkundigen zich op twee vlakken manifesteert. Enerzijds is er een tekort aan werkkrachten (kwantitatief), anderzijds is er een tekort aan bekwame medewerkers (kwalitatief). Wanneer we oplossingen willen suggereren aan ziekenhuisdirecties is het van belang om een duidelijk beeld te krijgen van de problematiek omtrent het tekort aan hoofdverpleegkundigen. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) benadrukt het belang van rekening te houden met wat (hoofd)verpleegkundigen als fundamenteel beschouwen in hun beroepsuitoefening. Worden er maatregelen genomen zonder inachtneming hiervan, dan kan de efficiëntie van de maatregelen in twijfel getrokken worden.

Vooraleer oplossingen te suggereren, wil ik dus achterhalen wat de drijfveren zijn achter de keuze van een verpleegkundige om door te groeien tot hoofdverpleegkundige en wat een hoofdverpleegkundige stimuleert om haar job te blijven uitoefenen. Wanneer we dit herleiden naar concrete vragen gaat het erom een antwoord te vinden op de volgende twee vragen:

1. Welke zijn de significante factoren die de intentie om hoofdverpleegkundige te worden beïnvloeden?
2. Welke zijn de significante factoren die ervoor zorgen dat hoofdverpleegkundigen hun functie blijven uitoefenen?

Dit zijn dezelfde onderzoeksvragen die ook twee masterstudenten in Management en Beleid van de Gezondheidszorg zich hadden vooropgesteld. Deze studie zal gebruikt worden als hulpmiddel bij het opstellen van de eigen vignetstudie, zoals reeds werd aangehaald in hoofdstuk 3.1. Er worden immers een aantal oorzaken van het tekort aangeduid in de voorgaande masterproef en deze kunnen dienen als mogelijke variabele bij de eigen vignetstudie. Bovendien kunnen de resultaten van het eigen onderzoek vergeleken worden met de resultaten van deze reeds uitgevoerde thesis.

Hoofdstuk 7.1. Factoren die de keuze om hoofdverpleegkundige te worden beïnvloeden

In de hierboven aangehaalde masterproef werd gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef en werden 1122 verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen gecontacteerd. 904 daarvan vulden een online-vragenlijst in die werd opgebouwd rond verscheidene thema's. Deze thema's waren: (inter)persoonlijke factoren, werkplaatsspecifieke factoren, aanvullende factoren, intentie om hoofdverpleegkundige te worden of te blijven en ten slotte demografische factoren.

Uit de analyse van deze vragenlijst is gebleken dat er voor verpleegkundigen acht factoren zijn die significant beïnvloedend zijn op de intentie om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen. Het gaat om: geslacht, leeftijd, jobtevredenheid als verpleegkundige, rolonduidelijkheid, ambitie tot hogere functie, motivatie tot bijscholing, zelfvertrouwen en relatie arts-hoofdverpleegkundige. Aangezien we met het huidige onderzoek willen focussen op haalbare oplossingen voor ziekenhuisdirecties, moet er ook gefocust worden op die beïnvloedende factoren die binnen het bereik van het ziekenhuis vallen.

Wat betreft het geslacht is uit de voorgaande masterproef gebleken dat mannelijke verpleegkundigen vaker de intentie vertonen om door te groeien. Het gegeven dat mannen sneller voor een leidinggevende functie zouden kiezen, werd al vaker besproken in de literatuur (Deen, Dunn & Little, 2001; Hoyt, 2010; Koch, 2005). Het idee zou dus kunnen ontstaan om het aantal mannelijke verpleegkundigen te doen toenemen, omdat de kans dat zij doorgroeien tot hoofdverpleegkundige groter is. Het is echter efficiënter om de huidige middelen te investeren in de reeds aanwezige verpleegkundigen (waarvan het merendeel vrouwelijk) en deze te laten doorgroeien.

De leeftijd kwam uit de regressieanalyse als een significant negatief beïnvloedende factor voor de keuze van verpleegkundigen. Dit wil zeggen dat, naar mate de leeftijd stijgt, de intentie om door te groeien tot hoofdverpleegkundige daalt. Er is echter wel een piek qua intentie tussen de leeftijd van 31 en 35 jaar. Dit is een interessant gegeven met betrekking tot het wervingsbeleid en wordt verder besproken in hoofdstuk 10 waarin we een aantal oplossingen suggereren voor de ziekenhuisdirecties.

De factor jobtevredenheid als verpleegkundige heeft eveneens een negatieve invloed op de keuze om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen. Hoe meer men belang hecht aan factoren die tot jobtevredenheid in de huidige functie als verpleegkundige leiden, hoe lager de intentie zal zijn om voor een functie als hoofdverpleegkundige te kiezen. Verpleegkundigen blijken te denken dat deze factoren minder aanwezig zijn in de functie van hoofdverpleegkundige.

Motivatie en mogelijkheid tot bijscholing zijn belangrijke factoren die de intentie om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen, beïnvloeden. Uit de hierboven beschreven masterproef blijkt dat hoe hoger de motivatie tot bijscholing, hoe hoger de intentie om voor de hoofdverpleegkundige functie te kiezen. Dit is logisch aangezien er verplicht een bijkomende opleiding gevolgd moeten worden om het hoofdverpleegkundig beroep te mogen uitoefenen. Verder blijkt uit Gardul et al (2008) dat de mogelijkheden om de eigen vaardigheden te ontwikkelen een belangrijke impact heeft op de werktevredenheid van verpleegkundigen. Aangezien een hogere werktevredenheid bij verpleegkundigen de intentie om door te groeien doet afnemen zou gesteld kunnen worden dat het bevorderen van bijscholing negatief is voor verticale doorgroei in de verpleegkunde. Intuïtief klopt dit natuurlijk niet. Bovendien blijkt uit de masterproef dat **zelfvertrouwen** wél een positieve invloed heeft op de intentie om hoofdverpleegkundige te worden en zelfvertrouwen groeit onder andere door meer kennis en dus meer bijscholing. Verder neemt het zelfvertrouwen ook toe naarmate de anciënniteit toeneemt. Na aanpassing aan de nieuwe werksituatie en het opdoen van ervaring neemt het zelfvertrouwen vanzelf toe. De Belimagestudie naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen (2001-2003) bevestigt deze stelling. Zowel in het kader van retentie van verpleegkundigen als in het kader van verticale doorgroei is het dus belangrijk het aspect bijscholing en zelfvertrouwen nader te bekijken.

Net zoals motivatie tot bijscholing heeft ook de mate van **ambitie om door te groeien** een positieve invloed op de intentie om hoofdverpleegkundige te worden. Dit is echter een interpersoonlijk kenmerk en is moeilijk beïnvloedbaar door een ziekenhuisdirectie. Toch is het van belang ook deze variabelen grondig te beoordelen bij de op te nemen variabelen. Het lijkt immers logisch dat deze factor een grote invloed zal hebben op de beslissing om al dan niet door te groeien.

Wat betreft de **rolonduidelijkheid** is er opnieuw een negatief verband. Hoe groter de onduidelijkheid, hoe lager de intentie. In verschillende bronnen in de literatuur (Gardul et al, 2008; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000) wordt rolonduidelijkheid aangehaald als een stressfactor voor (hoofd)verpleegkundigen. Het is niet onlogisch dat dit ook een effect zal hebben op de perceptie van verpleegkundigen op het hoofdverpleegkundig beroep en hun intentie om verticaal door te groeien. Reeds in 1984 voerde van den Bergh-Braam een onderzoek uit naar de rolonduidelijkheid van hoofdverpleegkundigen. Hierin werd voornamelijk aangehaald dat de relatie met andere functiegroepen niet steeds vlot verloopt omwille van onvoldoende kennis van elkaars taken en rol in het zorgproces. Het valt niet te verbazen dat rolonduidelijkheid van de job van hoofdverpleegkundige voor een afschrikkend effect zorgt voor verpleegkundigen.

De **relatie arts - hoofdverpleegkundige** kan een positieve invloed hebben op de intentie om hoofdverpleegkundige te worden. Hoe beter de relatie tussen beiden, hoe hoger de intentie om door te groeien volgens de masterproef. In de Belimagestudie naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen blijkt dat volgens drie op tien verpleegkundigen de werkrelaties met de artsen niet goed zijn en één op vier is van mening dat artsen het nut van verpleegkundige interventies niet voldoende waarderen. Verpleegkundigen die deze mening hebben, worden mogelijks afgeschrikt door de functieomschrijving van hoofdverpleegkundigen, waarbij de samenwerking met artsen frequenter en diepgaander is.

Hoofdstuk 7.2. Factoren die de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep te blijven uitoefenen beïnvloeden.

Op basis van de literatuurstudie en het verkennend onderzoek werden vier factoren geselecteerd die het meest significant bleken met betrekking tot de intentie om de huidige functie van hoofdverpleegkundige te blijven uitoefenen.

In eerste instantie is het ervaren **stressniveau** één van de beïnvloedende factoren op de intentie om de huidige job als hoofdverpleegkundige te blijven uitoefenen. De wijze waarop hoofdverpleegkundigen hun job ervaren is afhankelijk van allerlei factoren, net zoals ervaren stress ook veroorzaakt wordt door diverse factoren. Werkstress wordt door Heymann (1990, in Mensink, 2000) omschreven als een sociaal-organisatorisch verschijnsel. Er ontstaat stress door de context van het samenwerken in organisatieverband. Hierdoor spelen groepsprocessen en externe werkeisen, dus sociale verwachtingen en werkrollen, een belangrijke invloed.

Ook het ervaren competentieniveau speelt een belangrijke rol in de mate van ervaren stress op het werk. Hoofdverpleegkundigen die vinden dat zij in te beperkte mate over bepaalde vaardigheden beschikken, zullen sneller en in sterkere mate stress ervaren (Frisch et al. 1991 in Suominen et al.).

Verder blijkt uit de werkzaamhedenenquête 2007 van Stichting Innovatie en Arbeid dat een belangrijke risico-indicator van werkstress een hoge werkdruk is. Een bevinding die wordt bevestigd door de geïnterviewde bevoorrechte getuigen. Ook Zorgnet Vlaanderen (2011) spreekt van een structureel probleem met betrekking tot de personeelsbezetting. Het concept van de ziekenhuisnormen dateert van 1964 en geldt als toetssteen voor de personeelsbestaffing ook voor de meest recente zorgprogramma's. De normen laten weinig aanpassing toe van de personeelssterkte aan de reële arbeidslast. Voor de spoedgevallendienst betekent dat bijvoorbeeld dat er op elk moment twee verpleegkundigen ter beschikking moeten zijn, ongeacht of er zich veel spoedgevallen aandienen of niet.

Een vierde factor die het ervaren stress-niveau beïnvloedt, is de mate van thuis-werk- en werk-thuis conflict. Met het thuis-werk conflict wordt de mate waarin problemen en zorgen van thuis mee naar het werk worden genomen, bedoeld. Met het werk – thuis conflict wordt de omgekeerde situatie bedoeld, namelijk de mate waarin stress van op het werk en extra taken het gezinsleven verstoren. Ook uit het Coopermodel (uit Cox, 2000) van de arbeidsgebonden stress blijkt dat deze factoren bronnen van stress kunnen zijn en worden dan ook als zodanig in dit onderzoek opgenomen.

Dat hoofdverpleegkundigen geconfronteerd worden met stress wordt bevestigd door het onderzoek van Notelaers & Hoedemaekers (2002) naar de psychosociale belasting in de zorgsector in opdracht van het Nationaal Onderzoeksinstituut Voor Arbeidsonstandigheden (NOVA INRCT). Zij gebruikten voor dit onderzoek de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid, of kortweg VBBA, die Van Veldhoven in 1996 ontwikkelde. Deze lijst peilt naar diverse werkkenmerken. Het doel van het project van Notelaers & Hoedemaekers was een beeld te schetsen van de psychosociale belasting in de gezondheidszorg. Door de aard van de gegevens kon dit beeld zowel voor ziekenhuizen, als voor andere instellingen en voor verschillende soorten functies (verzorgend personeel, verplegend personeel, paramedisch personeel en hoofdverpleegkundigen) gemaakt worden. Wanneer de diverse functies in het onderzoek naast elkaar worden geplaatst, blijkt dat er vooral aandacht besteed moet worden aan de arbeidsbeleving van hoofdverpleegkundigen. Zoals besproken in hoofdstuk 4 bevinden zij zich in een positie waarin verpleegkundige kennis en taken gecombineerd moeten worden met leidinggevende vaardigheden. Deze tweeslachtigheid blijkt te zorgen voor onduidelijkheid over de uit te voeren job en stress.

De mate van **empowerment** is de tweede beïnvloedende factor die in de vignetstudie opgenomen zal worden. Met empowerment bedoelen we het gevoel dat we iets kunnen doen, zelfvertrouwen hebben om een bepaalde actie uit te voeren. Suominen et al. (2005) onderzochten in Finland hoe hoofdverpleegkundigen 'work empowerment' ervaren. De studie maakt een onderscheid tussen drie soorten empowerment. In eerste instantie is er de verbale empowerment, daarnaast gedragsempowerment en ten slotte resultaatempowerment. De resultaten van de studie stellen dat hoofdverpleegkundigen het gevoel hebben dat zij gedragsmatig en verbaal sterk staan. Wat de resultaten, uitkomsten betreft zijn zij minder zeker. Met 'verbal empowerment' verwijst de studie naar het vermogen van iemand om zijn eigen mening te verwoorden en te discussiëren in verschillende groepen. Participatie in het beslissingsproces is eveneens een onderdeel van 'verbal empowerment'. 'Behavioural empowerment' verwijst naar het vermogen om in groep samen te werken om problemen te identificeren, ontleden en op te lossen en hierover te rapporteren. 'Outcome empowerment' omvat de vaardigheid om de oorzaken van een probleem te achterhalen en op te lossen. Het gaat tevens om de vaardigheid om verbeteringen en veranderingen door te voeren met het oog op een efficiëntere werking van de afdeling. Uit het onderzoek bleek dat hoofdverpleegkundigen over het algemeen hoog scoren met betrekking tot work empowerment. Toch is er een duidelijk onderscheid tussen de drie soorten, waarbij de verbale empowerment duidelijk het hoogste scoort en outcome empowerment het laagste. In alle gevallen blijkt de mate van invloed binnen de eigen afdeling positief te zijn, maar af te nemen buiten de eigen werkplek.

Ook de Belimage-studie, het reeds eerder aangehaald project in opdracht van Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (2001-2003) naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen, bevestigt het belang van empowerment. De spanning tussen hetgeen is en hetgeen gewenst is, is volgens deze studie een belangrijke veroorzaker van ontevredenheid met betrekking tot het werk. Wanneer de invloed om de huidige situatie aan te passen aan de gewenste situatie afneemt, wordt die ontevredenheid alleen maar versterkt. Een gegeven dat werd bevestigd door de bevoorrechte getuigen. Ook Mrayyan (2007) haalt in haar onderzoek het belang aan van het betrekken van hoofdverpleegkundigen in de vorming van het beleid en het maken van administratieve beslissingen.

Een derde factor die meermaals werd aangehaald tijdens het verkennende onderzoek was de **relatie met het middenkader** en meerbepaald het gebrek aan **feedback en waardering** van hen. Uit de Belimage-studie is gebleken dat de relatie met de andere disciplines een spanningsveld vormt. Het gaat dan over een gebrek aan respect vanwege kinesisten, logopedisten en psychologen en over het idee dat artsen het nut van verpleegkundige interventies weinig of niet erkennen.

Het belang en gebrek aan ondersteuning van leidinggevend en wordt eveneens aangehaald in het onderzoek naar arbeidskwaliteit van de Stichting Innovatie en Arbeid (2007) en in het onderzoek van Mrayyan (2007). Uit deze onderzoeken blijkt dat de intentie om het huidige beroep te blijven uitoefenen hoger is naarmate de relaties met andere disciplines en het middenkader beter zijn. Betere werkrelaties zorgen immers voor een goed werkklimaat en zodoende ook voor werknemers die zich meer ondersteund en betrokken voelen bij de gehele organisatie. Ook het onderzoek van Notelaers & Hoedemakers naar de arbeidsbeleving in de zorgsector (2002), hierboven reeds omschreven, duidt op de ondermaatse score van ziekenhuizen op het vlak van sociaalorganisatorische ondersteuning.

Tenslotte is het interessant om dieper in te gaan op de **verloning** van hoofdverpleegkundigen. Dit element werd tijdens de verkennende literatuurstudie, de studiedagen die ik heb bijgewoond en de gesprekken die daaruit voortvloeiden meermaals aangehaald. Het ging meer specifiek over het te kleine loonverschil tussen het loon van een verpleegkundige en een hoofdverpleegkundige. Een goede kennis over de verloningswijze van beide functies zal me toelaten een meer gerichte vignetstudie op te stellen. Dit heeft bijgevolg zijn invloed op de resultaten met betrekking tot andere mogelijke oorzaken en voorgestelde oplossingen. Vandaar dat deelvraag 2A luidt: 'uit welke onderdelen bestaat het loon van een verpleegkundige en een hoofdverpleegkundige?'. Hoewel dit onderzoek zich toespitst op maatregelen die de directie van een ziekenhuis kan nemen, is het zinvol om met name deze resultaten over de verloning van hoofdverpleegkundigen ook te benutten om aanbevelingen voor de overheid te formuleren. Om deze beïnvloedende factor te kunnen opnemen in de vignetstudie en een antwoord te geven op deelvraag 2A, wordt hier dieper op in gegaan in hoofdstuk 8.

Uit het onderzoek van de masterproef van de studenten Management en Beleid van de gezondheidszorg blijkt dat het loon als niet significant wordt beschouwd in de keuze van de verpleegkundigen, maar wel in die van de hoofdverpleegkundigen. Dit is een bevinding die zeker wordt meegenomen bij het opstellen van de eigen vignetstudie. Het geeft ons bovendien alvast een aanwijzing over de mening van verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen over respectievelijk het startloon van een hoofdverpleegkundige en de evolutie van dat loon tijdens de loopbaan.

Hoofdstuk 7.3. Het imago van het (hoofd)verpleegkundig beroep

Het imago van het verpleegkundig beroep is een bijkomende factor die het waard is om uitdrukkelijk te worden vermeld in dit onderzoek. Het spreekt voor zich dat het imago van het verpleegkundig beroep deels wordt bepaald door het professioneel zelfbeeld van (hoofd)verpleegkundigen. De zelfperceptie van verpleegkundigen wordt immers ook naar de buitenwereld toe uitgestraald. Het imago is echter negatief, ondanks een hoge algemene jobtevredenheid bij verpleegkundigen (Belimagestudie, 2001-2003). Een andere verklaring zou dan kunnen zijn dat de buitenwereld een onrealistisch beeld heeft van het beroep (actieplan werkgelegenheid in de zorgsector, 2010). In hoofdstuk 10 bekijken we de mogelijkheden om aan dit scheefgegroeide beeld iets te doen door middel van employer branding.

Hoofdstuk 8. Financiering van een ziekenhuis en de verloning van hoofdverpleegkundigen

Hoofdstuk 8.1. De financiering van een ziekenhuis

Het KB van 25 april 2002 bepaalt de berekenings- en vereffeningsregels van het Budget van Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen. Het Budget Financiële Middelen is bestemd om de niet-medische activiteit van het ziekenhuis te dekken. Dit omvat voornamelijk de verpleging, de 'hotelkosten' en de infrastructuur voor de gehospitaliseerde patiënten en voor de patiënten die opgenomen zijn in het chirurgisch dagziekenhuis.

De overheid legt zeer gedetailleerd vast in welke kosten het budget van de financiële middelen tegemoetkomt. Het is een ellenlange lijst die wordt onderverdeeld in drie grote delen. Het deel A bevat de kapitaal- en investeringslasten en bedraagt ongeveer 8,5% van het budget van de financiële middelen. Het deel B van het budget financiële middelen dekt de werkingskosten van het ziekenhuis en is het belangrijkste deel. Het bedraagt meer dan 90% van het budget. Het deel C bevat een aantal bijkomende financiële lasten, zoals oprichtingskosten van een vzw, bouwbelastingen en verzekeringskosten (Sermeus, 2006).

Met betrekking tot de financiering van de lonen van het verpleegkundige personeel zal hieronder gefocust worden op het onderdeel B2. Dit onderdeel dekt de kosten van de klinische diensten, ook wel de ziekenhuisfunctie genoemd en neemt zo'n 49% van het totale budget in beslag. In de financiering van de klinische diensten zijn volgende kosten inbegrepen: kosten van verplegend en verzorgend personeel, kosten van courante geneesmiddelen, verbanden, medische verbruiksgoederen, producten voor de zorgverlening, de kleine instrumenten en de kosten voor revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten⁹. Al deze kosten kunnen in twee groepen onderverdeeld worden, namelijk in de groep personeelskosten of kosten gebruik medische producten (CM-infocfiche, 2008).

De financiering van budget B2 is eveneens opgebouwd uit twee componenten. Enerzijds uit de basisfinanciering op basis van het aantal verantwoorde bedden, anderzijds uit de aanvullende financiering op basis van de activiteit. Voor de basisfinanciering worden er punten toegekend in functie van de verantwoorde activiteit in de klassieke hospitalisatie en het chirurgisch dagziekenhuis, het aantal operatiezalen en het feit of er al dan niet een spoedgevallendienst aanwezig is.

⁹ De afkortingen A-, T-, K-, G- en Sp-diensten staan respectievelijk voor neuropsychiatrie, neuropsychiatrie voor behandeling, neuropsychiatrie voor kinderen, dienst voor geriatrie en gespecialiseerde dienst voor behandeling en observatie (Sermeus, 2006).

Het gaat om de financiële vertaling van de minimale verpleegkundige personeelsnormen. Voor de meeste diensten komt één punt overeen met 0,4 FTE's of voltijdse equivalenten. Naast deze basisfinanciering is er vervolgens ook de aanvullende financiering afhankelijk van de aard, de zwaarte en het volume van de gerealiseerde activiteit in de verschillende ziekenhuisdiensten (Sermeus, 2006).

Het budget B2 van een ziekenhuis wordt dus toegekend op basis van een aantal basispunten vermeerderd met enkele bijkomende punten. De financiële waarde van een punt wordt op nationaal niveau bepaald door het totale budget B2 te delen door het totale aantal verdiende punten van alle ziekenhuizen samen. Het budget B2 van een ziekenhuis wordt dus berekend door het aantal verdiende punten te vermenigvuldigen met de waarde van één punt (CM-infofiche, 2008).

Volgens Sermeus (2006) is deze verhouding tussen punten en voltijds equivalenten niet correct. In eerste instantie dekt de gemiddelde puntenwaarde niet de gemiddelde loonkosten van het verpleegkundig personeel. In 2005 is de waarde van een punt gelijk aan €19.607,31, wat leidt tot een financiering van 49.018,275 euro per voltijdse equivalent. In de berekening van de loonkostencorrectie van hetzelfde besluit wordt gewerkt met een gemiddelde nationale kost van €51.242,05 euro. Dit betekent dat in 2005 ten aanzien van de nationale gemiddelde loonkosten een financiering van 95% wordt verleend. Deze nationale gemiddelde loonkost is bovendien niet deze van het huidig werkingsjaar, waardoor de onderfinanciering in werkelijkheid nog groter is (Sermeus, 2006).

Ondanks de input van meer middelen klaagt ook de zorgsector over een structurele onderfinanciering van de financiële middelen. In 2000 en 2001 heeft de sectie financiering¹⁰ van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen¹¹ hierover een advies¹² uitgebracht.

¹⁰ De Raad bestaat uit twee afdelingen :

1° een afdeling erkenning en programmatie die, als opdracht heeft advies uit te brengen over alle problemen inzake de programmatie van ziekenhuisvoorzieningen en inzake de toepassing van de programmatie ...

2° een afdeling financiering die, ..., als opdracht heeft advies uit te brengen over alle problemen die zich in het kader van deze gecoördineerde wet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen. De afdeling financiering adviseert omtrent de kostprijselementen voor de zorgprogramma's (art 32 van de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

¹¹ Bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu wordt een Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen opgericht die tot taak heeft advies uit te brengen omtrent alle problemen van het ziekenhuiswezen die,... , tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren. (art 32 van de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

¹² Ook in 2009 bleef dezelfde Raad het probleem van onderfinanciering aankaarten in haar adviezen. Zie "Advies van de afdeling financiering van de NRZV betreffende de dekking

Het totaal tekort voor alle ziekenhuizen wordt in dit advies geraamd op 400 miljoen euro. Bovendien blijkt de nieuwe ziekenhuisfinanciering sinds 1 juli 2002 nog meer besparingen in te voeren in plaats van de kloof te dichten. Willen ziekenhuizen toch financieel rondkomen dan moeten ze onderhandelen met de artsen, die een (groter) deel van hun eigen honoraria moeten afstaan om het deficit op het budget verpleegdagprijs te compenseren (Degadt & Van Herck, 2003).

Volgens Zorgnet Vlaanderen (2011) zorgen ook de maatregelen van de overheid om de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep te doen toenemen voor problemen met betrekking tot de financiering. De overheid kwam haar engagement om deze maatregelen te financieren immers niet volledig na. Hierdoor moeten ziekenhuizen de kosten van die sociale akkoorden rechtstreeks doorrekenen aan de patiënt of nadien recupereren via hogere afhoudingen op de artsenhonoraria. Volgens Zorgnet Vlaanderen is het van belang dat de overheid de kosten van de maatregelen correct inschatten zodat de financiering voor de ziekenhuizen overeenkomt met de reële kosten.

Hoofdstuk 8.2. De verloning van (hoofd)verpleegkundigen.

In België speelt een groot deel van de salarisonderhandelingen voor de privé-sector zich af in paritaire comités. Deze comités bestaan uit vertegenwoordigers van de werkgevers en van de werknemers. Wanneer zij samen een overeenkomst sluiten over loonbarema's, spreken we van een Collectieve Arbeidsovereenkomst of CAO. Voor de sociale profit-sector heeft het paritair comité 330 deze loonschalen vastgelegd. De verloning van verpleegkundigen wordt dus in eerste instantie bepaald door een basisbarema in functie van het behaalde diploma en de leeftijd, verhoogd met een haard- of standplaatstoelag¹³.

Daar komen echter nog een aantal bijzondere toeslagen bij als gevolg van het Koninklijk Besluit betreffende de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep van 22 juni 2010. Deze wet die, zoals de naam reeds doet vermoeden, tot doel heeft het verpleegkundig beroep financieel aantrekkelijker te maken, voert premies in voor verpleegkundigen met bijzondere beroepsbekwaamheden of -titels en uurroostertoeslagen.

Verder zijn er nog functietoeslagen en functiepremie's. De functietoelag is een toeslag gekoppeld aan de barema's van bepaalde leidinggevende functies. Deze bedraagt, van 0 tot 8 jaar anciënniteit 4% op het basisloon, van 9 tot 17 jaar anciënniteit 8% en boven de 18 jaar anciënniteit 12% op het basisloon. Sinds 1 september 2010 wordt er ook een functiecomplement toegekend aan hoofdverpleegkundigen en paramedische diensthoofden met minstens 18 jaar anciënniteit.

In de eerste jaren treedt er tussen basis- en hoofdverpleegkundigen een loonspanning van ongeveer 32% op (Nationale confederatie van de Kaderleden, 2011). Na 7 à 10 jaar is deze met de huidige barema's echter helemaal afgevlakt door de opbouw van anciënniteit. De Nationale confederatie van de Kaderleden¹⁴ verwijst in zijn dossier 'loonspanning hoofdbasis verpleegkundige' van 4 januari 2011 ook naar de invoering van de bijzondere beroepsbekwaamheden en -titels. Zij zorgen voor een absurde situatie waarbij een verpleegkundige, die in het bezit is van een bijzonder beroepsbekwaamheid of -titel meer verdient dan een hoofdverpleegkundige.

¹³ Een haardtoelag wordt toegekend aan gehuwde of wettelijk samenwonende werknemers; of aan alleenstaande personeelsleden van wie één of meer kinderen deel uitmaken van het gezin die recht geven op kinderbijslag. Een standplaatstoelag wordt toegekend aan werknemers die geen recht hebben op een haardtoelag (Paritair Comité 330, 2010).

¹⁴ De NCK is een belangenvereniging die door en voor kaderleden beheerd wordt. Ze heeft tot doel de belangen van de Belgische kaderleden te verdedigen door tussenkomst op bedrijfsniveau, nationaal niveau en op Europees/nationaal niveau en dit in alle domeinen die hen aanbelangen (fiscus, koopkracht, werktijd, sociaal recht, enz.) (opgevraagd op 26 februari 2011, via www.cnc-nck.be).

Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen haalt deze problematiek aan in zijn advies van 9 juni 2009 waarin ze een permanente loonspanning van 35% adviseert. Op die manier zal het loon van de hoofdverpleegkundige ook beter in verhouding staan tot de verwachtingen die gesteld worden in deze functie.

De problematiek rond de verloning en meerbepaald loonspanning in de zorgsector wordt al meerdere jaren besproken. Aangezien de goedbedoelde initiatieven, zoals het attractiviteitsplan, wel voor een verhoging van het loon, maar tevens voor een verkleining van de loonspanning zorgen, moeten er maatregelen vanuit een groter kader worden genomen. Vandaar dat sinds 2002 de sociale partners van de federale gezondheidssectoren werken aan de opmaak van een analytische functieclassificatie. Die functieclassificatie moet het fundament vormen voor de uitbouw van een geactualiseerd en meer objectief verloningsbeleid. Het Instituut voor Functieclassificatie (IF-IC) analyseerde en beschreef daarom de afgelopen jaren systematisch alle functies in de zorgsector. De basisfilosofie van de functieclassificatie is immers dat gelijkwaardig werk leidt tot gelijkwaardig loon. Het instituut analyseerde 205 functies aan de hand van zes criteria: kennis en kunde, leidinggeven, communicatie, probleemoplossing, verantwoordelijkheid en omgevingsfactoren. Per functie wordt aan elk criteria een waarde toegekend en door al deze waarden op te tellen wordt de relatieve waarde van een functie bepaald. Deze classificatie is dus gebaseerd op een wiskundig systeem (Zorgnet Vlaanderen, 2011). Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerde een rapport over de mogelijkheid tot functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg (2008). Zij benaderen functiedifferentiatie in dit verslag echter meer als oplossing voor het onevenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Hoofdstuk 9. Vignetstudie

Hoofdstuk 9.1. Populatie en steekproef

Om een getrouwe weergave van de populatie te krijgen, is het van belang om stil te staan bij de steekproeftrekking van dit onderzoek. Bij voorkeur gaat het om een aselechte steekproef, waarbij de bevroegden bij willekeur in de steekproef terechtkomen. Omwille van het beperkt tijdsbestek en voor de praktische uitvoering werd er echter gekozen om enkel (hoofd-)verpleegkundigen in de regio Belgisch Limburg te bevroegen. Op die manier werden er dus wel heel wat potentiële respondenten uitgesloten.

Zoals reeds eerder werd aangehaald, werden er acht ziekenhuizen in Belgisch Limburg gecontacteerd voor het invullen van de algemene vragenlijst over het tekort aan hoofdverpleegkundigen. Deze vragenlijst werd gericht aan de verschillende personeelsdiensten van de ziekenhuizen en dus niet aan de (hoofd)verpleegkundigen. Zeven ziekenhuizen gaven hun antwoorden op deze vragen schriftelijk of telefonisch door. Drie van hen gaven ook onmiddellijk aan dat zij niet wensten deel te nemen aan de vignetstudie, omwille het grote aantal onderzoeken waarin zij gevraagd worden mee te werken. De vier resterende ziekenhuizen werden op 8 maart 2011 per mail gecontacteerd in verband met hun mogelijke deelname aan het vignetonderzoek.

Op 4 april 2011 heb ik beide ziekenhuizen die positief antwoorden persoonlijk bezocht. In één ziekenhuis werd de opzet van het onderzoek nader verklaard aan de directie zorg- en ondersteunende eenheden. Zij heeft de vignetten via de hoofdverpleegkundigen ook bezorgd aan de verpleegkundigen van diverse afdelingen. In de tweede organisatie kreeg ik de gelegenheid om zelf enige toelichting te geven aan de hoofdverpleegkundigen. Zij verdeelden op hun beurt de vignetten aan telkens vijf verpleegkundigen van hun eigen afdeling. Uiteindelijk werden alle vignetten door 74 verpleegkundigen en 21 hoofdverpleegkundigen ingevuld. Dit levert respectievelijk 592 (74 verpleegkundigen maal 8 vignetten) en 336 (21 hoofdverpleegkundigen maal 16 vignetten) waarnemingen op.

Hoofdstuk 9.2. Opbouw vignetstudie

Hoofdstuk 9.2.1. Keuze variabelen

Op basis van de literatuurstudie en het verkennend onderzoek werden in hoofdstuk 7 de factoren omschreven die het tekort aan hoofdverpleegkundigen beïnvloeden. Uit deze opsomming werden een aantal variabelen gekozen die werden opgenomen in de vignetstudie. De keuze van de op te nemen variabelen werd gebaseerd op drie gegevens.

In eerste instantie werd er een onderscheid gemaakt tussen de variabelen die een invloed hebben op de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep uit te oefenen en anderzijds de variabelen die de intentie om het beroep te blijven uitoefenen beïnvloeden. Dit onderscheid werd duidelijk tijdens de literatuurstudie en werd ook gemaakt tijdens de vignetstudie, zodat er een vragenlijst voor verpleegkundigen en voor hoofdverpleegkundigen werd opgesteld.

Verder werd er bij de keuze van de op te nemen variabelen een beoordeling gemaakt van de omschrijfbaarheid van een variabele. Er werd gekeken naar hoe duidelijk de variabele omschreven kon worden in een vignet en in welke mate deze juist begrepen zou worden door de respondenten.

Een derde, en laatste, idee waar rekening mee werd gehouden, is de stelling dat het aantal variabelen en dimensies beperkt gehouden moet worden om de omvang van de vignetstudie en haar resultaten binnen praktisch haalbare grenzen te houden.

Uiteindelijk werden er voor de vignetstudie bij de **verpleegkundigen** voor 3 variabelen gekozen, met elk twee dimensies. Deze zijn 'bijscholing', 'relatie met artsen' en 'rolonduidelijkheid'.

Hoewel **zelfvertrouwen** tijdens de literatuurstudie naar voren kwam als een significant beïnvloedende factor in de keuze om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen, werd deze niet opgenomen in de vignetstudie. Omwille van de moeilijkheid om dit begrip te omschrijven in een vignet werd ervoor gekozen om deze variabele niet op te nemen in de vignetstudie. Bovendien moesten er, zoals reeds eerder werd aangehaald, selecties gemaakt worden om de omvang van de vignetstudie en haar resultaten binnen praktisch haalbare grenzen te houden. Aangezien zelfvertrouwen automatisch toeneemt door meer ervaring op te doen en bovendien ook kan toenemen door meer bijscholing te volgen (Belimagestudie, 2001-2003), zit het begrip op die manier ook in de vignetstudie verweven.

Dit brengt ons tot de volgende variabele, namelijk de motivatie en **mogelijkheid tot bijscholing**. In hoofdstuk 7 wordt deze factor aangehaald als een beïnvloedende factor op de intentie om de hoofdverpleegkundige functie uit te oefenen. Motivatie tot bijscholing is een interpersoonlijk kenmerk, maar kan wel beïnvloed worden door de mogelijkheid tot bijscholing. Vandaar dat er werd geopteerd voor het opnemen van de factor 'mogelijkheid tot het volgen van bijscholing' onderverdeeld in twee dimensies. Deze twee gradaties in de variabele worden in de vignetten als volgt omschreven: 'je weet dat je weinig kans maakt op bijscholing en dat het een uitdaging wordt om studeren met werken te combineren' en 'je hoofdverpleegkundige laat je weten dat ze bij het opstellen van de planning rekening zal houden met je les- en studiemomenten. Bovendien kan je via jullie organisatie een bijscholing volgen'.

De relatie met artsen wordt in de vignetten uitgedrukt als "de samenwerking tussen artsen en hoofdverpleegkundige verloopt volgens jou zeer goed. De kennis over elkaars taken en rol binnen het zorgproces is bij beide functiegroepen zeer goed." en "je denkt dat de samenwerking met de artsen niet optimaal verloopt. Dit komt door een gebrek aan kennis van elkaars taken en rol in het zorgproces."

Uit de literatuur bleek duidelijk dat **rolonduidelijkheid** een belangrijke impact heeft op het willen (blijven) uitoefenen van de hoofdverpleegkundige functie. Daar deze factor meermaals en over een ruime tijdspanne wordt aangehaald in de secundaire en primaire bronnen is het gegrond deze variabele op te nemen in de vignetstudie. Deze variabele wordt hierin als volgt omschreven 'je kent in grote lijnen de verantwoordelijkheden van een hoofdverpleegkundige, maar het is niet duidelijk hoever deze verantwoordelijkheden zouden lopen' en 'het is voor jou zeer duidelijk wat er van je in deze functie verwacht wordt en waar jouw verantwoordelijkheden liggen'.

Voor de **hoofdverpleegkundigen** werden de volgende, vier, variabelen geselecteerd: 'stressniveau', 'empowerment', 'relatie met middenkader en directie' en 'loon'.

Stress wordt in de vignetten omschreven als 'je vindt het een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis' en 'je hebt het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier'. Er werd dus gekozen om voor deze variabele twee dimensies te gebruiken die beide verwijzen naar een zekere mate van stress. Aangezien er een kwantitatief tekort is aan hoofdverpleegkundigen lijkt het immers zeer onwaarschijnlijk dat hoofdverpleegkundigen hun job ooit als niet stresserend zouden ervaren.

Bovendien dragen zij een aantal extra verantwoordelijkheden (zoals omschreven in hoofdstuk 5.2.) die omwille van hun aantal en verscheidenheid automatisch enige mate van stress met zich meebrengen. Ook uit de interviews met bevoorrechte getuigen is gebleken dat stress een constante factor is binnen de functie als hoofdverpleegkundige. Omwille van deze redenen werd ervoor gekozen om de variabiliteit in stress niet te laten schommelen tussen laag en hoog, maar tussen hoog en zeer hoog.

Wat betreft **empowerment** werd eveneens de keuze gemaakt om de waarden hiervan niet te laten schommelen tussen laag en hoog, maar eerder tussen zeer laag en laag. Hoewel hoofdverpleegkundigen de verantwoordelijkheid dragen over diverse domeinen binnen hun afdeling, moeten zij nog steeds opereren binnen het kader van de organisatie in zijn geheel en door dat wat wordt geambieerd en opgedragen door het middenkader en de directie. Omwille van financiële budgetten en personeelsnormen zullen zij ook steeds geconfronteerd worden met een aantal begrenzings bij het opstellen en nastreven van hun plannen, waardoor hun gevoel van empowerment zelden zeer hoog zal zijn. In de vignetten wordt empowerment als volgt omschreven 'De veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdeling heb je bijna, maar niet helemaal kunnen verwezenlijken zoals je dat graag zou willen. Je denkt dat dit komt doordat enkele elementen die de uiteindelijke werking van de afdeling beïnvloeden buiten je invloedssfeer liggen' en 'je hebt het gevoel dat je de veranderingen die je wil doorvoeren niet kan realiseren. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt.'

Voor de omschrijving van de **relatie met het middenkader** werd gekozen voor volgende omschrijvingen: 'je hebt het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management en zij hun mening over jouw werk duidelijk communiceren' en 'het middenkader en de directie geven bovendien weinig feedback over de inspanning die je levert binnen je afdeling en geven ook weinig blijk van waardering'

Een vierde en laatste variabele die in de vragenlijst voor hoofdverpleegkundigen is opgenomen, is het **loon**. Aangezien uit de literatuur blijkt dat een loonspanning van 35% aan te raden is en er momenteel zo'n loonspanning van 28% is, werden er in de vignetten twee dimensies voor lonen benut die omschreven werd als volgt: 'over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer hebben verdiend dan de verpleegkundigen binnen je equipe' en 'je verdient over je hele loopbaan gemiddelde zo'n 650€ bruto per maand meer als de verpleegkundigen binnen je equipe'. Deze twee omschrijvingen weerspiegelen respectievelijk een loonspanning van 30% en 35%.

Hoofdstuk 9.2.2. Arbeidstevredenheid

Daar het te verwachten is dat de mate van jobsatisfactie een invloed zal uitoefenen op de antwoorden van de respondenten, is het van belang om ook daarmee rekening te houden.

Berings & Steen (2002) spreken met betrekking tot arbeidssatisfactie over twee mogelijke benaderingen. Een eerste mogelijkheid om arbeidssatisfactie te meten is via de facetbenadering waarbij verschillende aspecten van het werk worden bevraagd. Uit statistische analyse is echter gebleken dat er steeds één onderliggende factor bestaat waarmee elk van de facetten mee correleert. Dat betekent dat als iemand tevreden is over één element, de kans groot is dat hij of zij ook tevreden is over andere elementen. Via die weg komen we uit bij de globale benadering, waarbij men nagaat wat de gehele attitude is ten opzichte van het werk. Deze laatste methode zullen we gebruiken in de eigen vignetstudie waarbij we de respondent een aantal stellingen geven met betrekking tot de algemene jobtevredenheid (zie afsluitende vragen in bijlagen 9 & 10).

Zoals uit deze bijlage zal blijken worden er in de vragenlijsten voor verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen positieve en negatieve stellingen afgewisseld. Hierdoor wordt de aandacht van de respondent verhoogd en vermijden we het risico dat de respondent in een soort cadans geraakt. Wanneer dit wel gebeurt, dan zou de respondent door een aantal keren een hoge score aan te duiden, bij de volgende stelling ook automatisch een hoge score aanduiden (Brinkman, 1994).

Hoofdstuk 9.2.3. Keuze schalen

Voor wat betreft de vraag naar de huidige tevredenheid met de job werd gebruik gemaakt van een beoordelingsschaal. Deze bestaat uit twee extreme meningen over een stelling met betrekking tot de omschreven situatie, ten opzichte waarvan de respondent zijn eigen positie moet aanduiden (Brinkman, 1994; Sekeran, 2003). In dit geval kon de respondent een cijfer aanduiden tussen één en zes, waarbij één staat voor helemaal oneens en zes voor helemaal eens.

Wat betreft het aantal antwoordcategorieën werd dus gekozen voor een even aantal. Op die manier werden de respondenten gedwongen een keuze te maken en hun standpunt weer te geven. Sommige respondenten hebben misschien nog nooit écht nagedacht over het onderwerp of hebben geen zin in het invullen van een enquête. Door middel van een oneven aantal antwoordcategorieën krijgen de respondenten sterker het gevoel dat zij hun mening moeten weergeven. Ook al kiest de persoon dan gewoon voor de drie of vier en is de voor- of afkeur niet zeer uitdrukkelijk, het zal toch een indicatie geven van de opinie van de respondent.

Het gebruik van voorgestructureerde antwoorden bij de vraag naar ambitie, de vijf vragen naar jobtevredenheid en de drie vragen naar aantrekkelijkheid van de jobomschrijvingen is bewust gebeurd. Er zijn immers een aantal voordelen verbonden aan het gebruik van voorgestructureerde antwoordcategorieën. Enerzijds is het voor de bevragee onmiddellijk duidelijk wat voor soort antwoord van hem verwacht wordt. Anderzijds kan ook de verwerking van de antwoorden zeer efficiënt gebeuren. De gegevens kunnen immers makkelijk worden samengevat en vergeleken met elkaar. De uniformiteit en betrouwbaarheid worden verhoogd door middel van gesloten vragen. Nadeel is echter dat, door de beknopting van het aantal antwoordmogelijkheden, waardevolle informatie verloren kan gaan. Meninge en gevoelens zijn immers moeilijk samen te vatten tot één kort en eenvoudig antwoord (Brinkman, 2001). Een mogelijke oplossing hiervoor is het invoegen van een open vraag op het einde van de vragenlijst. Vragen zoals 'Zijn er nog relevante zaken die je wilt vermelden, maar die niet aan bod kwamen in deze vragenlijst? Zoja, welke?' geven de respondent de mogelijkheid de onderzoeker te wijzen op eigen, niet bevragee inzichten.

Hoofdstuk 9.2.4. Volgorde variabelen en vignetten

Om te waarborgen dat de respondent niet onmiddellijk zou zien welke variabelen er bij een volgende jobomschrijving werd veranderd, werd er bij de opstelling van de vragenlijst extra aandacht besteed aan de volgorde van de vignetten. Bij beide vragenlijsten werden er bij opeenvolgende jobomschrijvingen minimaal de dimensies van twee variabelen tegelijk gewijzigd. Dit is echter een minimum. Er werd immers gestreefd naar het wijzigen van zoveel mogelijk variabelen in een volgende jobomschrijving, zodat het meestal gaat om drie of zelfs vier variabelen met een verschillende dimensie als die in de voorgaande jobomschrijving.

Bovendien werd er ook rekening gehouden met de volgorde van de variabelen in de vignetten. Door elke variabele een kleur toe te kennen en in de vignetten de variabele overeenkomstig te kleuren, werd in één oogopslag duidelijk of variabelen al dan niet steeds in dezelfde volgorde voorkwamen in de vignetten. Waar aangewezen, werden de nodige aanpassingen gedaan.

Hoofdstuk 9.3. Validiteit van het onderzoek

Hoofdstuk 9.3.1. Halfgestructureerde interviews

Cruciaal bij het opstellen van vignetten is dat ze zoveel mogelijk de realiteit van de respondenten benadert. Op deze wijze kunnen de (hoofd)verpleegkundigen zich beter inleven in de voorgestelde situatie en zal het antwoord ook betrouwbaarder zijn. Om de kwaliteit van de vignetten te waarborgen heb ik, alvorens ze op te stellen, halfgestructureerde interviews afgenomen bij vier bevoorrechte getuigen. Het ging hierbij om twee verpleegkundigen en twee hoofdverpleegkundigen, waarvan respectievelijk één startende en één ervaren (hoofd)verpleegkundige. Zij oefenen allen hun functie uit in het Mariaziekenhuis te Overpelt, waar ook de interviews werden afgenomen op 17 december 2010. Deze interviews ben ik gestart met één vraag, namelijk 'waarom bent u (niet) doorgegroeid tot de functie van hoofdverpleegkundige?'. Aan de hand van bijvragen heb ik het antwoord daarop weten te preciseren en verduidelijken. Deze bijvragen waren gebaseerd op een topiclijst (bijlage 7). De onderwerpen lagen dus op voorhand vast, maar de exacte vraag- en antwoordformulering niet. Op die manier werd aan de geïnterviewde de vrijheid gegeven de vraag naar eigen mening in te vullen. Het hielp de geïnterviewde bovendien om op een dergelijke ruime vraag te antwoorden. Nadien kon de aandacht gevestigd worden op een aantal topics die naar voor kwamen tijdens de literatuurstudie, maar niet tijdens het interview.

Vanuit hun persoonlijke ervaring hebben de respondenten mij aanwijzingen kunnen geven voor wat betreft het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De meest voorkomende factoren die de ontevredenheid over het hoofdverpleegkundig beroep veroorzaakt, volgens de geïnterviewden, zijn het ontbreken van feedback en waardering van leidinggevenden en artsen, het ontbreken van een middenkader en werkstress.

Hoofdstuk 9.3.2. Pilotstudie

Een tweede manier om de betrouwbaarheid van de vignetstudie te verhogen, was het uitvoeren van een pilotstudie aan de hand van de gemaakte vignetten. Deze testing kon enkel uitgevoerd worden op de vragenlijst voor verpleegkundigen en niet voor die van hoofdverpleegkundigen, omwille van het ontbreken van kennis die deze functie uitoefenen.

De vragenlijst voor verpleegkundigen kon worden uitgedeeld aan vier persoonlijke kennissen die aan het werk zijn als verpleegkundige. Aan hen werd gevraagd de vragenlijst in te vullen en antwoord te geven op een aantal **bijkomende vragen**:

1. Hoeveel tijd heb je nodig om de vragenlijst in te vullen (in minuten)? Vind je dit (te) lang?
2. Was voor jou onmiddellijk duidelijk wat er bedoeld werd in de jobomschrijvingen? Zijn sommige zinnen of woorden voor jou voor interpretatie vatbaar?
3. Zijn de elementen, opgenomen in de jobomschrijvingen, volgens jou relevant? Zijn er dingen die je mist of overbodig vindt in de jobomschrijvingen om te kunnen oordelen over een bepaalde job?

De antwoorden op deze vragen hebben tot een driedelige conclusie geleid. In eerste instantie was de gemiddelde duur voor het invullen van de vignetten vijftien minuten. Dit werd zeker niet als te lang ondervonden door de vier respondenten. Verder vonden deze respondenten de jobomschrijvingen voldoende duidelijk geformuleerd, maar hadden zij graag nog extra info gehad over een aantal variabelen, zoals de reden voor een slechte relatie met de artsen. Op die manier kunnen ze de situatie beter kaderen en inschatten of ze er al dan niet iets aan kunnen veranderen. Qua opgenomen variabelen, vonden ze deze zeker relevant om te beslissen hoe aantrekkelijk de job is, maar hadden ze ook graag meer geweten over 'de verloning' en 'het percentage tijd dat je als hoofdverpleegkundige nog in de klinische praktijk staat'. Op basis van de literatuurstudie en de nood om het aantal vignetten te beperken in de vragenlijst werd besloten geen extra of andere variabelen op te nemen in de vragenlijst. Er werd ook geen extra info gegeven over het hoe en waarom van een bepaalde variabele, omdat de vignetten zo beknopt mogelijk moesten blijven.

Na de verwerking van deze drie bijkomende vragen, werd er een **analyse** uitgevoerd op de **resultaten van de pilootstudie**. Enerzijds werd getoetst of de items die de jobtevredenheid meten ook werkelijk goed hun werk doen en dus goed samenhangen. Daarnaast werden er een aantal lineaire regressies uitgevoerd om de zinvolheid van het opnemen van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen na te gaan.

Met betrekking tot de jobtevredenheid werd een cronbach's alpha van 77,9% bekomen (zie output 1). Deze betrouwbaarheidscoëfficiënt geeft de mate van samenhang tussen items die een bepaald concept meten, weer. In dit onderzoek is het concept de jobtevredenheid die gemeten wordt aan de hand van vijf stellingen. Hoe dichter de cronbach's alpha bij één of 100% ligt, hoe sterker de relatie is tussen de verschillende items en dus hoe betrouwbaarder de resultaten (Sekeran, 2003). Met het oog op de komende lineaire regressie's werden de vijf items die peilen naar de mate van jobtevredenheid via statistische analyse omgevormd naar één variabele jobtevredenheid.

Op die manier kunnen er ook éénduidige uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld de gemiddelde jobtevredenheid onder de respondenten, door middel van een score op 30 (een score van 6 op 5 items). Bovendien kan de factor zo ook eenvoudig meegenomen worden in de verdere analyse.

Vervolgens werden er drie lineaire regressie's uitgevoerd per afhankelijk variabele, met name 'Zou je deze job nu willen uitoefenen?' 'Zou je deze job aanbevelen aan een collega?' en 'Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?'. In een eerste blok kijken we naar de adjusted R² wanneer we enkel de onafhankelijke variabelen uit de vignetten in de regressie opnemen, namelijk de mate van bijscholing, relatie met artsen en mate van rolonduidelijkheid. Deze adjusted R² geeft het percentage verklaarde variantie in de afhankelijke variabele door de onafhankelijke variabele weer en dit gecorrigeerd voor het aantal onafhankelijke variabelen in de steekproef (De Vocht, 2007). In het tweede onderdeel worden enkel de onafhankelijke variabelen uit de inleidende- en afsluitende vragen opgenomen, met name het geboortjaar, het aantal jaren in dienst als verpleegkundige, het aantal jaren in dienst bij de huidige werkgever, het diploma, eventueel specialisaties, de afdeling, de mate van ambitie en de jobtevredenheid. In het derde blok, tenslotte, worden beide groepen onafhankelijke variabelen opgenomen in de regressieanalyse. Door te werken met deze drie stappen is het duidelijk wat de bijdragen van de diverse variabelen zijn aan het verklaringsmodel. De statistische output, die hieronder wordt beschreven, is in bijlagen terug te vinden onder regressieanalyse 1, 2 en 3 met elk een deel 1, 2 en 3 die overeenkomen met de drie onderdelen hierboven beschreven.

Wanneer we de eerste afhankelijk variabele analyseren, met name 'Zou je deze job nu willen uitoefenen?' dan is de adjusted R² van de drie blokken respectievelijk 2,3%, 50,8% en 59,5%. Dat wil zeggen dat de variabelen opgenomen in de jobomschrijvingen alleen slechts 2,3% van de variatie verklaren. Dat wijst erop dat de intentie om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen eerder afhangt van persoonlijke kenmerken, zoals ambitie, jobtevredenheid en de leeftijd dan variabelen die deel uitmaken van de jobomschrijvingen. Bovendien blijkt dat de onafhankelijke variabelen, opgenomen in de vignetten, een grotere rol spelen wanneer ook die persoonlijke kenmerken worden opgenomen in de regressie.

Tijdens de lineaire regressie's bij de tweede onafhankelijke variabele 'Zou je deze job aanbevelen aan je collega's?' bekomen we respectievelijk een adjusted R² van 2,7%, 24,8% en 30,8%. Het valt onmiddellijk op dat de opgenomen variabelen deze afhankelijke variabele veel minder goed verklaren dan de vorige afhankelijke variabele.

3,1% van de variantie in de afhankelijke variabele 'Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen' wordt verklaard door de variabelen uit de vignetten. Wanneer we de variantie vervolgens verklaren aan de hand van de persoonlijke kenmerken, en dus de antwoorden op de inleidende- en afsluitende vragen, bekomen we een adjusted R^2 van 35,7%. Voegen we alle onafhankelijke variabele tegelijk toe aan de regressie, dan verklaren zij gezamenlijk 43,4%.

Een belangrijke nota bij deze resultaten is dat de impact van het geslacht in deze piloottest wegvalt. De reden hiervoor is dat alle respondenten vrouwen waren. Ook het effect van een eventueel tweede specialisatie valt weg, omdat geen van de respondenten in de vignetstudie over een tweede specialisatie beschikt.

Hoofdstuk 9.4. Resultaten onderzoek verpleegkundigen

Hoofdstuk 9.4.1. Kenmerken van de steekproef

In output 2 - kruistabel A, in bijlagen is te zien dat er 592 observaties verzameld werden. 74 verpleegkundigen vulden immers elk acht vignetten in ($74 \times 8 = 592$). 25,7% hiervan waren mannen met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen in deze steekproef is 34 jaar (zie output 3 - kruistabel B). Relatief gezien behaalden meer mannen dan vrouwen een A1 diploma, namelijk 57,9% (88/152) van de mannelijke en slechts 43,6% van de vrouwelijke verpleegkundigen (192/440) (zie output 2 - kruistabel A).

Tijdens het ingeven van de data in SPSS viel op dat het aantal jaren dat men aan het werk is als verpleegkundige sterk aanleunt bij het aantal jaren dat men in dienst is bij de huidige werkgever. Deze indruk werd getoetst en bevestigd aan de hand van een samenvattende tabel waarin per geslacht en in totaal de gemiddelde leeftijd, het gemiddelde aantal jaren in dienst en het gemiddeld aantal jaren tewerkgesteld bij de huidige werkgever wordt weergegeven. Uit deze tabel (zie ook output 4 - Case Summaries) blijkt dat het gemiddeld aantal jaren in dienst en het gemiddeld aantal jaren aan het werk in de huidige organisatie respectievelijk 10,07 en 9,96 is voor vrouwen. Voor mannen is dit 15,37 en 14,68. Omwille van de sterke gelijkheid tussen deze gemiddelden wordt in de verdere analyse enkel het totaal aantal jaren in dienst opgenomen. Een andere wijze om deze correlatie te toetsen is door eenvoudig de pearson correlation te toetsen. Uit output 5 - kruistabel C blijkt dat deze 0,997 is en dus $> 0,9$. Er is met andere woorden sprake van multicollineariteit. Het lijkt verder ook mogelijk dat er een sterke correlatie bestaat tussen de leeftijd en het aantal jaren in dienst. Opnieuw bevestigd de pearson correlation (0,946) in output 6 - kruistabel D deze hypothese. Met het oog op het uitvoeren van meervoudige regressie is het van belang om slechts één van de variabelen waartussen multicollineariteit bestaat op te nemen in de regressieanalyse. In dit onderzoek werd enkel leeftijd behouden.

Tijdens het analyseren van de beschrijvende statistiek bleek dat de volwassenen- en ouderenpsychiatrie de twee sterkst vertegenwoordigde afdelingen in de steekproef zijn (zie output 7 - staafdiagram A). Daarnaast bleek ook de leeftijdscategorie 25-29jaar en 30-34jaar het sterkst vertegenwoordigd te zijn (zie output 8 – staafdiagram B).

Wanneer we de betrouwbaarheid van de vijf items met betrekking tot jobtevredenheid nagaan, bekomen we een cronbach's alpha van 79,6% (output 9 – reliability statistics). Hoe hoger deze betrouwbaarheidscoëfficiënt, en dus hoe dichter bij 1 of 100%, hoe beter de samenhang tussen de diverse items is. De vragen peilen dus op een goede manier naar de jobtevredenheid van de respondenten. De gemiddelde score van deze factor is 25/30 (83,33%). Dit wijst op een hoge jobtevredenheid en kunnen we aflezen uit de descriptive statistics in output 10. Dit resultaat kan bevestigd worden aan de hand van de eerder besproken Belimagestudie (2001-2003).

Hoofdstuk 9.4.2. Resultaten regressieanalyse

Vervolgens voeren we een meervoudige regressie uit per afhankelijke variabele of met andere woorden per vraag die gesteld werd bij elk van de jobomschrijvingen. Met de F-toets (ANOVA-tabel) wordt het hele model op significantie getoetst. Voor dit onderzoek is het echter van groter belang om elke onafhankelijke variabele apart te toetsen aan de hand van de t-toets.

Wanneer de afhankelijke variabele de vraag is of de respondent de job nu zou willen uitoefenen, dan blijkt dat de opgenomen onafhankelijke variabelen samen 48,1% van alle variantie verklaren. Volgens de ANOVA-tabel is het volledige model statistisch significant met p-waarde 0,000). Uit de coëfficiënten-tabel blijkt verder dat op significantieniveau 0,05 enkel de onafhankelijke variabelen uit de vignetten en de ambitie een significante invloed hebben op de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep nu uit te oefenen.

Wanneer we vervolgens een lineaire regressie uitvoeren op de tweede afhankelijke variabele, met name 'zou je deze job aanbevelen aan je collega's?', dan blijkt dat de adjusted R² hier slechts 22,8% is. Het antwoord op de gestelde vraag wordt dus slechts voor 22,8% verklaard door de opgenomen variabelen. Het model is statistisch significant volgens de ANOVA-tabel met p-waarde 0,000. Dit geldt eveneens voor de onafhankelijke variabelen leeftijd, specialisatie 2, ambitie, bijscholing, relatie met de artsen en rolonduidelijkheid.

Een derde, en laatste, lineaire regressie werd uitgevoerd op de vraag 'zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen?'. Hieruit blijkt duidelijk dat het gebruikte model het meest geschikt is voor het verklaren van deze laatste afhankelijke variabele (p-waarde is 0,000). De adjusted R^2 blijkt immers 57,5% te zijn. We bekijken daarom dit significante model van dichterbij en trekken hieruit de nodige conclusies op significantieniveau 0,05.

Geslacht

Volgens de coëfficiëntentabel heeft **geslacht** een betacoëfficiënt van $-0,209$ (met p-waarde $0,047$). Er is dus een negatief verband tussen het geslacht en de intentie om door te groeien. Daar 0 in deze analyse staat voor vrouw en dit effect dus enkel zal optreden wanneer 1, man, in de vergelijking wordt toegevoegd wil dit dus zeggen dat man zijn een negatief effect heeft op de intentie om door te groeien. Dit resultaat komt niet overeen met de gevonden literatuur. In hoofdstuk 7.1. werd gesteld dat mannen sterker de intentie vertonen om door te groeien dan vrouwen.

Leeftijd

Verder blijkt uit de regressieanalyse dat er een klein negatief verband bestaat tussen **leeftijd** en de intentie om door te groeien. Een betacoëfficiënt van $-0,013$ (met p-waarde $0,001$) voor de factor leeftijd betekent dat per jaar dat men ouder wordt de intentie om door te groeien daalt met $1,3\%$. Uit de literatuurstudie is echter wel gebleken dat er een piek is qua leeftijd tussen 31 en 35jaar.

Diploma & mogelijkheid tot bijscholing

De variabele **diploma** is niet significant op niveau $0,05$. Dit wil dus zeggen dat het bezitten van een A1 of A2 diploma geen significante invloed heeft op de intentie om door te groeien. Uit de analyse is gebleken dat veeleer de mogelijkheid om bijscholing te volgen een impact heeft op de intentie en niet zozeer het huidige diploma. De onafhankelijke variabele **bijscholing** heeft immers een significante positieve invloed op de intentie om hoofdverpleegkundige te worden en dit met een betacoëfficiënt van $0,467$ (met p-waarde $0,000$). Dat wil zeggen dat een toename in de bijschoolmogelijkheden met waarde één, de intentie om door te groeien doet toenemen met $46,7\%$.

Specialisatie 1 & 2

Het bezitten van **één specialisatie** is een volgende onafhankelijke variabele die een positieve invloed uitoefent op de afhankelijke variabele. Iemand die in het bezit is van een extra diploma heeft dus een grotere intentie om door te groeien dan iemand die dat niet heeft gedaan. De betacoëfficiënt van deze onafhankelijke factor is echter slechts $0,032$ (met p-waarde $0,032$). Het effect ervan is dus niet bijzonder groot, maar valt wel logisch te verklaren. Iemand die een extra diploma behaalde, toont op die manier aan dat hij of zij niet terugschrikt voor extra studeerwerk en eventueel zelfs vooruitdenkt in functie van doorgroeien (afhankelijk van de gekozen specialisatie). Iemand die bovenop een eerste, ook een **tweede specialisatiejaar** heeft gevolgd, zal hierdoor echt geen grotere intentie vertonen om door te groeien. De factor specialisatie 2 is dus geen significante factor in dit model.

Relatie met de arts & rolonduidelijkheid

Ook de **relatie met artsen en de mate van rolonduidelijkheid** blijken een positieve invloed te hebben op de afhankelijke variabele. De betacoëfficiënt van deze factoren zijn respectievelijk 0,304 en 0,629 (met p-waarden 0,000 en 0,000).

Afdeling & jobtevredenheid

De **afdeling** waar een verpleegkundige tewerkgesteld is, heeft geen impact op zijn of haar intentie om door te groeien. Het idee dat de verschillen tussen afdelingen ook kunnen leiden tot verschillen in intentie om door te groeien, zoals besproken in hoofdstuk 6.1, wordt met dit resultaat dus niet bevestigd. Ook de **jobtevredenheid** is geen significante variabele in dit model. Deze bevinding komt niet overeen met de conclusie uit het eerder gevoerd onderzoek van de twee masterstudenten in Management en Beleid van de Gezondheidszorg. Volgens dat onderzoek zou een hoge jobtevredenheid bij verpleegkundigen een negatieve invloed hebben op de keuze om voor het hoofdverpleegkundig beroep te kiezen. In het eigen onderzoek is deze relatie zeer klein en positief (betacoëfficiënt is 0,003) en bovendien niet significant (p-waarde is 0,789).

Ambitie

Uit de regressievergelijking blijkt dat de onafhankelijke variabele **ambitie**, met een betacoëfficiënt van 0,749, een sterke positieve invloed heeft op de intentie om hoofdverpleegkundige te worden. Dit betekent dat meer ambitie hebben, ook een grotere intentie om verticaal door te groeien veroorzaakt. Dit resultaat is logisch en was ook te verwachten bij het opstellen van de vignetten. De reden voor het opnemen van deze variabele is dat zij ook een invloed zal hebben op andere onafhankelijke variabelen. Dit blijkt duidelijk wanneer we in deze derde regressie éénmaal een regressie uitvoeren waarin de onafhankelijke variabele ambitie niet wordt opgenomen (zie regressieanalyse 2.3. – zonder ambitie) en éénmaal een regressie waarbij deze factor wel in rekening wordt gebracht (zie regressieanalyse 2.3.). Bij het wegvallen van de factor ambitie daalt de adjusted R² van 57,5% naar 17,1%.

Conclusie

Wanneer we de absolute waarden van de significante onafhankelijke variabelen vergelijken, blijkt dat de mate van ambitie de meeste invloed heeft op de afhankelijke variabele. Aangezien deze factor persoonsafhankelijk is en niet rechtstreeks beïnvloed kan worden door ziekenhuisdirecties, is het interessant om naar de absolute waarden van de betacoëfficiënten van de andere significante variabelen te kijken. De drie variabelen, opgenomen in de vignetten, liggen immers wel binnen de invloedssfeer van directies en kunnen bovendien een invloed uitoefenen op de mate van ambitie van verpleegkundigen.

Rolonduidelijkheid blijkt daaruit relatief het grootste gewicht te hebben in de intentie om verticaal door te groeien, gevolgd door de mogelijkheid tot bijscholing.

Hoofdstuk 9.5. Resultaten onderzoek hoofdverpleegkundigen

Hoofdstuk 9.5.1. Kenmerken van de steekproef

In output 11 - kruistabel E, in bijlagen is te zien dat er 336 observaties verzameld werden. 21 hoofdverpleegkundigen vulden immers elk zestien vignetten in ($21 \cdot 16 = 336$). 38,1% hiervan waren mannen met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen in deze steekproef is 41 jaar (zie output 12 – kruistabel F). Relatief gezien behaalden meer mannen dan vrouwen een A1 diploma, namelijk 25% (32/128) van de mannelijke en geen van de vrouwelijke hoofdverpleegkundigen (0/208) (zie output 11 – kruistabel E). Het blijkt dus geen absolute must te zijn om over een A1 diploma te beschikken om hoofdverpleegkundige te zijn.

Tijdens het ingeven van de data in SPSS viel op dat het aantal jaren dat men aan het werk is als verpleegkundige sterk aanleunt bij het aantal jaren dat men in dienst is bij de huidige werkgever. Deze indruk werd getoetst aan de hand van pearson correlation. Uit output 13 – kruistabel G blijkt dat deze 0,966 is en dus $> 0,9$. Er is met andere woorden sprake van multicollineariteit. Het lijkt verder ook mogelijk dat er een sterke correlatie bestaat tussen de leeftijd en het aantal jaren in dienst of het aantal jaren in dienst in het huidige ziekenhuis. Bij hoofdverpleegkundigen is er in beide gevallen echter geen sprake van multicollineariteit. De pearson correlation is respectievelijk 0,589 in output 14 – kruistabel H en 0,645 in output 25 – kruistabel I. Met het oog op het uitvoeren van meervoudige regressie is het van belang om slechts één van de variabelen waartussen multicollineariteit bestaat op te nemen in de regressieanalyse. Er moet dus gekozen worden tussen 'aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis' en 'aantal jaren in dienst'. Er werd willekeurig gekozen om de variabele 'aantal jaren in huidig ziekenhuis' uit de analyse te verwijderen. De factoren leeftijd en aantal jaren in dienst blijven dus behouden.

Tijdens het analyseren van de beschrijvende statistiek bleek dat de psychiatrische verzorging en geriatrie de twee sterkst vertegenwoordigde afdelingen in de steekproef zijn (zie output 16 - staafdiagram C). Daarnaast bleken ook de leeftijdscategorieën 35-39jaar en 55-59jaar het sterkst vertegenwoordigd te zijn (zie output 17 – staafdiagram D).

Wanneer we de betrouwbaarheid van de vijf items met betrekking tot jobtevredenheid nagaan, bekomen we een cronbach's alpha van 89,8% (output 18 – reliability statistics). Hoe hoger deze betrouwbaarheidscoëfficiënt, en dus hoe dichter bij 1 of 100%, hoe beter de samenhang tussen de diverse items is.

De vragen peilen dus op een goede manier naar de jobtevredenheid van de respondenten. De gemiddelde score van deze factor is 24/30 (80%). Dit wijst op een hoge jobtevredenheid en kunnen we aflezen uit de descriptive statistics in ouput 19.

Hoofdstuk 9.5.2. Resultaten regressieanalyse

Vervolgens voeren we, parallel met de analyse van de verpleegkundige vragenlijsten, een meervoudige regressie uit per afhankelijke variabele voor de antwoorden van de hoofdverpleegkundigen. Hierbij gebruiken we zowel de F-toets als de t-toets.

Wanneer de afhankelijke variabele de vraag is of de respondent de job nu zou willen uitoefenen, dan blijkt dat de opgenomen onafhankelijke variabelen samen slechts 17,1% van alle variantie verklaren. Volgens de ANOVA-tabel is het volledige model statistisch significant (p-waarde is 0,000). Uit de coëfficiënten-tabel blijkt verder dat op significantieniveau 0,05 enkel het loon, het aantal jaren en dienst en de mate van ambitie een significante invloed hebben op de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep nu uit te oefenen.

Wanneer we vervolgens een lineaire regressie uitvoeren op de tweede afhankelijke variabele, met name 'zou je deze job aanbevelen aan je collega's?', dan blijkt dat de adjusted R² hier 11,5% is. Het antwoord op de gestelde vraag wordt dus voor 11,5% verklaard door de opgenomen variabelen. Dit is zeer weinig en het is dan ook logisch dat het niet statistisch significant (p-waarde is 0,000) is volgens het ANOVA-tabel.

Een derde, en laatste, lineaire regressie werd uitgevoerd op de vraag 'zou je deze job binnen nu en 5jaar willen uitoefenen?'. Hieruit blijkt dat het gebruikte model het meest geschikt is voor het verklaren van deze laatste vraag, deze laatste afhankelijke variabele. De adjusted R² blijkt immers 21% te zijn. Het model is bovendien significant met een p-waarde van 0,000. We bekijken daarom dit model van dichterbij en trekken hieruit de nodige conclusies.

Leeftijd

Uit de regressieanalyse blijkt dat er een klein positief verband bestaat tussen **leeftijd** en de intentie om de huidige functie te blijven uitoefenen. Een betacoefficiënt van 0,041 met p-waarde 0,001 voor de factor leeftijd betekent dat hoofdverpleegkundigen per jaar dat ze ouder worden meer de intentie vertonen om de job te blijven uitoefenen. Dit lijkt logisch aangezien werknemers minder snel van job willen veranderen naarmate men de pensioenleeftijd bereikt.

Specialisatie 1 & 2

Hoofdverpleegkundigen die in bezit zijn van **één of twee specialisaties** vertonen een hogere intentie om de huidige job te blijven uitoefenen. De betacoëfficiënten zijn respectievelijk 0,181 (p-waarde is 0,006) en 0,310 (p-waarde is 0,002).

Stress

De factor **stress** heeft een logisch negatief effect op de intentie om de functie te blijven uitoefenen. Neemt de factor stress met waarde 1 toe, dan zal de intentie dalen met -0,501. De betacoëfficiënt is dus -0,501 met p-waarde 0,002. Dit resultaat komt overeen met de bevindingen van de twee eerder genoemde masterstudenten in Management en Beleid van de Gezondheidszorg. Bovendien bleek stress een belangrijk aandachtspunt te zijn in de arbeidsbeleving van hoofdverpleegkundigen (Notelaers & Hoedemaekers, 2002). De moeite waard om met deze variabele rekening te houden bij het suggereren van oplossingen aan de ziekenhuisdirecties in hoofdstuk 10.

Loon

Met een betacoëfficiënt van 0,566 en een p-waarde 0,000 is het **loon** een belangrijke significante factor voor het willen blijven uitoefenen van de hoofdverpleegkundige functie.

Afdeling

Anders dan bij verpleegkundigen, heeft de **afdeling** waarin ze tewerkgesteld zijn, wel een impact op de intentie om de huidige job te blijven uitoefenen bij hoofdverpleegkundigen. Een betacoëfficiënt van -0,056 (p-waarde 0,003) wijst op een klein negatief verband.

Ambitie

Uit de regressievergelijking blijkt dat de onafhankelijke variabele **ambitie**, met een betacoëfficiënt van 0,281 (p-waarde is 0,003) een positieve invloed heeft op de intentie om hoofdverpleegkundige te blijven. De impact van deze factor bij de hoofdverpleegkundigen is kleiner dan bij de verpleegkundigen, maar voldoende groot om rekening mee te houden bij het suggereren van oplossingen.

De overige factoren, **geslacht, diploma, het aantal jaren in dienst, empowerment, relatie met het middenkader en jobtevredenheid** zijn niet significant in dit model. Ondanks de verscheidene literaire bronnen en de feedback die ik kreeg van de bevoorrechte getuige, blijkt empowerment dus geen significante rol te spelen in de intentie om de huidige hoofdverpleegkundige functie uit te blijven oefenen.

Conclusie

Wanneer we de absolute waarden van de significante onafhankelijke variabelen vergelijken, blijkt dat het loon de grootste invloed uitoefent op de intentie om het hoofdverpleegkundig beroep te blijven uitoefenen. Verder zijn ook stress en ambitie invloedrijke, significante factoren.

Hoofdstuk 10. Suggesties aan ziekenhuisdirecties

Hierboven werd het tekort aan hoofdverpleegkundigen en de oorzaken ervan reeds geschetst. De volgende stap is het in kaart brengen van een aantal oplossingen voor deze problematiek. Tijdens de literatuurstudie en het eigen onderzoek kwamen een aantal suggesties naar boven. Deze worden hieronder uitvoerig besproken met hun voor- en nadelen. Voor elke gesuggereerde oplossing wordt bovendien een casestudie besproken.

Hoofdstuk 10.1. Employer Branding

Een mogelijke oorzaak van het tekort aan hoofdverpleegkundigen in een ziekenhuis is weinig respons op openstaande vacatures. Dit kan op zijn beurt veroorzaakt worden door twee elementen. Enerzijds kan de hoofdverpleegkundige functie in zijn geheel als niet interessant ervaren worden voor een bepaalde persoon. Anderzijds kan de organisatie zelf, waar deze vacatures openstaan, als onaantrekkelijk beschouwd worden. In hoofdstuk 7.3. werd gewezen op het negatief imago van het (hoofd)verpleegkundig beroep. Één van de beïnvloedende factoren waardoor een persoon zich in zijn geheel niet aangetrokken kan voelen tot een verpleegkundige functie.

De overheid neemt hierin al geruime tijd haar verantwoordelijkheid op en werkt imago- en rekruteringscampagnes uit. Zo werd er een programma uitgewerkt waarin vijf kernwoorden een beschrijving geven van de huidige verpleegkundige. Dit gebeurde onder de titel 'Verpleging: het zit in je bloed' (Belimagestudie, 2001-2003). Ook in 2010 wordt er in het actieplan werkgelegenheid in de zorgsector een voorstel gedaan om het imago op te krikken. Men stelt immers voor om de veelheid aan lokale initiatieven te stroomlijnen door een 'commissaris verpleegkunde' aan te stellen. Deze speelt dan een overkoepelende rol in de promotie van het verpleegkundig beroep. Naast deze sector- of opleidingsgerichte campagnes is het echter ook van belang dat elk ziekenhuis op zich werkt aan een positieve uitstraling van zowel het beroep als de eigen organisatie. Dit kunnen ze doen door te werken aan hun employer brand.

Het spreekt voor zich dat de mate waarin organisaties erin slagen de juiste mensen aan te trekken, een bepalende factor is voor hun werking en voortbestaan op lange termijn. Zoals in de inleiding reeds werd aangehaald, geldt dit zeker ook voor de zorgsector. Deze wordt immers gekenmerkt door zijn arbeidsintensiviteit, waardoor personeel momenteel het belangrijkste productiemiddel is en dat in de toekomst ook zal blijven. Ook Jan Denys, arbeidsmarktdeskundige bij Randstad (2010), duidt organisaties op het belang van het aantrekken van voldoende en ook de juiste werknemers. Hij benadrukt het belang dat bedrijven hebben om te werken aan en te waken over hun imago als werkgever.

Wanneer er duidelijkheid is over hoe mensen zich een beeld van een organisatie, of meer specifiek een ziekenhuis als mogelijke arbeidsgever, vormen en welke elementen daarin doorslaggevend zijn, kan er op een efficiënte manier ingespeeld worden op deze beeldvorming. Om die reden gaan we dieper in op het verslag dat Randstad jaarlijks uitbrengt sinds 2000. De kernvraag in dit onderzoek is "welke kenmerken bepalen de aantrekkelijkheid van een bedrijf als werkgever?".

Vooraleer er een antwoord wordt gegeven op die vraag, proberen we te begrijpen hoe mensen zich een beeld vormen van een bepaald object. Uit het onderzoek blijkt dat ze dit doen door het samenvoegen van een resem prikkels tot een consistent geheel. Bij bedrijven of organisaties verwerven mensen informatie via drie verschillende niveaus. In eerste instantie zijn er de persoonlijke ervaring. Hierna volgt informatie die men opvangt via familie, vrienden en kennissen. Tenslotte is er ook nog informatie die via verschillende media verspreid wordt met onder andere de betaalde reclame (de witte woede¹⁵ bijvoorbeeld). Op deze wijze wordt dus een beeld gevormd van een organisatie en krijgt deze een imago naar de buitenwereld toe.

Aan de andere zijde is er ook de wijze waarop de werknemers van een bedrijf naar hun eigen werkgever kijken. Het is het zelfbeeld van de organisatie, de identiteit van het bedrijf. Het beeld dat de organisatie van zichzelf heeft en dat neergeslagen is in de werknemers van het bedrijf, wordt onophoudelijk naar buiten gebracht, hetzij door de werknemers zelf, hetzij via gerichte communicatie. Omgekeerd zal het beeld dat de buitenwereld heeft van het bedrijf ook systematisch inwerken op het zelfbeeld van de organisatie. Het resultaat van deze wisselwerking tussen beide wordt de employer brand genoemd en kan nooit volledig door het bedrijf zelf bepaald worden.

Brett Michington (2006) van The Employer Brand Institute geeft volgende definitie voor een employer brand: The image of the organization as 'a great place to work' in the minds of current employees and key stakeholders in the external market (active and passive candidates, clients, customers and other key stakeholders).

Deze verwijzing naar 'a great place to work' suggereert dat het gaat om een onderscheidend vermogen. Het creëren van een positief onderscheid met alternatieven is essentieel voor een brand en is het belangrijkste doel van het brandingsproces. De bekende definitie van employer branding van Backhaus & Tikoo (2004) verwijst uitdrukkelijk naar dit onderscheidend vermogen:

¹⁵ De 'witte woede' is een verwijzing naar ontevreden personeel in de zorgsector. Deze komen onder de term 'witte woede' op straat om te staken tegen bepaalde beleidsmaatregelen.

Employer branding represents a firm's efforts to promote both within and outside the firm a clear view of what makes it different and desirable as an employer.

Employer branding gaat uit van het idee dat het actief nastreven van een aantrekkelijke employer brand een positieve invloed heeft op de instroom van aantrekkelijke kandidaten. Als het bedrijf duidelijk communiceert waar het voor staat (incl. verwachting die het stelt in toekomstige werknemers), dan is de kans ook groter dat er sprake is van een juiste match tussen werkzoekende en bedrijf. Vandaag verlaten veel (vooral jonge) werknemers een bedrijf omdat de waarden van het bedrijf niet overeenstemmen met hun eigen waarden (Schein, 2007). Een aantrekkelijke employer brand is ook belangrijk voor de huidige werknemers. Het heeft een positieve invloed op het retentiebeleid van ondernemingen. Als werknemers zich onder invloed van een aantrekkelijke employer brand op een positieve wijze kunnen identificeren met hun bedrijf, is de kans niet alleen groter dat ze langer blijven, maar ook dat ze meer gemotiveerd zijn.

Het belang van employer branding werd hierboven reeds duidelijk gemaakt. Wanneer een ziekenhuis actief aan employer branding wil doen, zal zij drie logische fasen doorlopen. In eerste instantie moet zij onderzoek doen naar het imago en de eigen identiteit om op deze wijze de huidige employer brand vast te stellen. In de tweede fase moet men de gewenste employer brand vaststellen. Het is immers vaak het geval dat de huidige en gewenste employer brand van elkaar verschillen. Volgens het onderzoek van Randstad wordt de gewenste employer brand vaak bepaald voor het topmanagement, maar is het ook belangrijk om de mening van het gehele bedrijf te achterhalen. Er moet immers een voldoende groot draagvlak zijn voor een nieuwe employer brand opdat deze ook werkelijk succes zal hebben. Ook Robbins & Coulter (2003) raden aan om de weerstand tegen veranderingen te verminderen door participatie van diegene die beïnvloed zullen worden door de verandering. Wanneer de gewenste employer brand bepaald werd en fase twee voltooid is, moet men in fase drie enkel nog onderhoud en finetuning uitvoeren. Wanneer er zich echter interne of externe gebeurtenissen voordoen, wordt de organisatie gedwongen om opnieuw naar fase twee te gaan en de employer brand te herzien.

De employer brand is opgebouwd uit een aantal bouwstenen: lonen, werkzekerheid, financiële gezondheid, werksfeer, jobinhoud, toekomstperspectieven, internationale loopbaanmogelijkheden, opleidingsmogelijkheden in het bedrijf, kwaliteit van het management, evenwicht tussen werk en privé-leven, ligging van het bedrijf, aandacht voor milieu en samenleving, aangeboden producten en diensten, waarden, innovatievermogen en dominante positie in een sector.

Om na te gaan hoe de verschillende bouwstenen zich verhouden tot elkaar wordt aan respondenten gevraagd of, en indien ja in welke mate, de betrokken bouwsteen een rol

speelt in de keuze voor een bedrijf. Daarvoor hebben de betrokkenen 1000 punten ter beschikking die ze kunnen verdelen tussen verschillende bouwstenen. Gemiddeld duidde een respondent zes bouwstenen aan en verdeelde de 1000 punten hierover. Wanneer we kijken naar de gemiddelde percentages gebaseerd op deze jaarlijkse studie tussen 2004 en 2010 zien we dat geen enkele bouwsteen op zich heel zwaar doorweegt. De zeven belangrijkste halen samen 73%.

De gepercipieerde werkzekerheid is het belangrijkste aantrekkelijkheidscriterium en dus de belangrijkste bouwsteen van de employer brand. De eigen impact van het bedrijf op dit criterium is niet altijd groot en het is dan ook moeilijk om op basis hiervan onderscheidend te zijn. De tweede belangrijkste bouwsteen ligt in dezelfde lijn van de nummer een: de financiële gezondheid van het bedrijf. Zonder financiële gezondheid is er geen werkzekerheid en komen ook de meeste andere bouwstenen onder druk te staan. Op de derde plaats staan de lonen. Ook hier is het bedrijf sterk afhankelijk van de sector waarbinnen ze opereert en is het moeilijk om zich hierin te onderscheiden. Op de volgende plaats staat de werksfeer. Dit is de eerste bouwsteen in de rangschikking waarbij de impact van het bedrijf zelf zeer hoog is. Daarna volgt een goed evenwicht tussen werk en privé-leven. De inhoud van de jobs en het toekomstperspectief komen misschien wat verassend op de zesde en zevende plaats. Hoewel we vanuit ons buikgevoel zouden verwachten dat zeker de inhoud van een job een hogere plaats zou verdienen voor heel wat werknemers is deze positionering op de zesde plaats, vanuit de theorie van de piramide van Maslow¹⁶, eigenlijk zeer logisch. Eerst komen de zorg voor werkzekerheid en lonen. Dan komt de behoefte aan sociale contacten of de werksfeer en dan pas de behoefte aan zelfontplooiing en actualisering.

Case-study

Een goed voorbeeld van employer branding zien we bij het Ziekenhuis Maas en Kempen. Dit ziekenhuis liet een bedrijfsfilmje ontwikkelen om de werksfeer in het ziekenhuis beter te kunnen weergeven en hun organisatie zo aantrekkelijker te maken.

Johan Cox, verpleegkundig en paramedisch directeur bij Ziekenhuis Maas en Kempen getuigt in een interview met Barbara Peirs van de VDAB: "We wilden sollicitanten duidelijk maken dat we een familiale en aangename werksfeer hebben. Dat is namelijk een van onze troeven. De vraag is: hoe doe je zo iets? Je kan het in je vacature vermelden, maar wie gelooft die woorden? Daarom dachten we aan een video waarin medewerkers getuigen. Dit leek ons veel spontaner en overtuigender. We deden een oproep binnen ons bedrijf en kozen vlotte praters uit waarvan we hoopten dat ze ook zouden 'pakken' op het scherm.

¹⁶ De behoeftenpiramide van Maslow is een weergave van de behoeften van de mens. In een driehoekige figuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten behoeften en hun onderlinge rangorde (Psychologie, 2003).

Vervolgens schakelden we VDAB in. Hun partner 'Bezooom' nam contact op met onze getuigen en blikte het filmpje in. Wij hebben er ons verder als directie niet mee bemoeid. We wisten zelfs niet wat de medewerkers precies zouden vertellen. Ondertussen blijkt de video een succes: nu hij op vdab.be te zien is, worden onze vacatures meer dan twee keer zo vaak bekeken. En heel wat sollicitanten vertellen tijdens hun gesprek dat ze bij ons terechtwamen door dat filmpje."

Volgens Jan Heiremans van StepStone België zijn niet alleen het loon en de jobinhoud belangrijk voor jobzoekers. Ze willen ook weten of de sfeer in het bedrijf goed zit. Bedrijfsvideo's geven hier op een originele manier meer informatie over en kunnen de beslissing om te solliciteren beïnvloeden. Volgens Jan Heiremans is het opvallend dat bedrijven die een video hebben op hun site meer succes hebben met hun jobs. Hij kijkt echter ook met een kritische blik naar deze nieuwe wervingsmethode: "Deze verwoording van het bedrijf in het filmpje moet met de nodige kritische blik beschouwd worden. Een bakker zal ook niet gauw beweren dat zijn duurste brood eigenlijk toch niet het lekkerste is." Niettemin is het succes van bedrijfsfilmpjes te staven met een aantal andere onderzoeken. In eerste instantie is er het hierboven beschreven jaarlijks onderzoek van Randstad naar employer branding. Hieruit bleek dat het derde belangrijkste element in de keuze voor een bepaalde werkgever de werksfeer is. Vervolgens is er ook het onderzoek 'Best practices: De recruitmentwebsite van ziekenhuizen' van Didi Scheffer, studente communicatiewetenschap. Scheffer voerde het onderzoek uit bij communicatiebureau TMP Worldwide. Hieruit bleek dat verpleegkundigen hun keuze maken op basis van persoonlijke voorkeuren. Ze willen weten of de dagelijkse manier van werken hen aanspreekt. Het gaat dan om 'kleine' dingen, zoals: hoeveel bedden staan er op de afdeling, hoe is de sfeer en hoe is de samenwerking met artsen. Visie en ontwikkeling van een ziekenhuis, of andere informatie over de organisatie op hoger niveau vinden ze minder belangrijk dan afdelings specifieke informatie.'

Het maken van een video is maar een onderdeel van Employer Branding. Dit moet geïntegreerd worden in een communicatiecampagne. Het volstaat niet om deze video enkel op de bedrijfssite en Youtube te plaatsen. Een onderneming moet er zelf ruchtbaarheid aan geven. Medewerkers en kandidaten hebben vandaag de dag toegang tot een uitgebreid universum van informatie. Een bedrijf dat bij zijn Employer Branding geen rekening houdt met de realiteit op de werkvloer, kan geen geloofwaardig werkgeversbeeld uitdragen en valt dadelijk door de mand.

Hoofdstuk 10.2. High potentials programma

Naast een zwakke respons kan een andere reden voor de lage invullinggraad van de hoofdverpleegkundige vacatures, een gebrek aan kwalitatieve respons zijn. Qua kennis en vaardigheden scoren de meeste kandidaten goed. Een gegeven dat te verklaren is aan de hand van de benodigde ervaring als verpleegkundige om überhaupt nog maar in aanmerking te komen voor een hoofdverpleegkundige functie. Het probleem situeert zich voornamelijk in de leidinggevende en organisatorische capaciteiten. Vanzelfsprekend bezit elke verpleegkundige in zekere mate deze competenties door de aard van haar job, maar zij zijn daarom niet voldoende ontwikkeld om de functie van hoofdverpleegkundige op zich te nemen. Niet alleen uit de literatuurstudie, maar ook uit de analyses is gebleken dat extra bijscholing een positief effect kan hebben op het tekort aan hoofdverpleegkundigen. Dit effect doet zich zowel voor bij de verpleegkundigen, als bij de hoofdverpleegkundigen (zie hoofdstuk 9 en regressieanalyses 2.3. en 3.3.) Een mogelijke oplossing hiervoor is de ontwikkeling van een high potential programma.

Met high potential wordt verwezen naar werknemers waarvan men denkt dat ze de nodige competenties en ambitie bezitten en dus de kans zeer groot is dat zij zich verder kunnen ontwikkelen. Met high potential management wordt vervolgens bedoeld op het proces waarbij high potentials op een consistente wijze in een vroege carrièrefase worden geïdentificeerd en hun carrièrepad actief wordt gemanaged (Sabbe & Timmermans, 2007).

Twee van de zeven geënquêteerde ziekenhuizen spraken over een dergelijk begeleidingsprogramma. Het is een voorbereidingsprogramma om internen te laten doorgroeien en hen daarbij te laten begeleiden. Enkele andere ziekenhuizen verwezen bovendien niet expliciet naar een high potentials programma, maar wel van een intern doorschuifstelsel. De helft van de ziekenhuizen haalt interne doorgroei immers aan als de meest gebruikte methode voor het invullen van openstaande hoofdverpleegkundige vacatures. Één van deze ziekenhuizen had bovendien concrete plannen om een dergelijk project in de toekomst ook in het eigen ziekenhuis op te richten. Dit kan wijzen op een opmars van deze aanpak.

De voordelen van een high potentials project zijn talrijk. Een eerste voordeel is dat de kandidaten mensen zijn die de organisatie reeds kennen. De waarden, visie en verwachtingen zijn dus duidelijk. Dit is enerzijds tijdsbesparend en anderzijds verhoogt het ook de kans op succes. Op het eerste zicht, in absolute termen dus, ligt de kostprijs hoger dan bij het plaatsen van een advertentie.

Deze kosten bestaan uit: het inhuren van een trainer, de tijd die een personeelslid moet steken in de organisatie van zo'n project, men zal meer educatief verlof en/of extra verlof toekennen aan de deelnemers ervan, men moet in de planning en werkroosters rekening houden met de andere activiteiten van deze medewerkers (trainingen, opleidingen volgen,...). Tenslotte kan men de medewerkers ook financieel steunen bij het volgen van de kaderopleiding. Kosten en tijd die aan een dergelijk high potential programma besteed worden zijn dus aanzienlijk. Anderzijds verhogen de kansen op een positieve kandidaat echter drastisch en lijkt ook de samenwerking beter te verlopen. Volgens de geïnterviewde ziekenhuizen compenseren positieve elementen de hogere kost ruimschoots.

Ook Sabbe en Timmermans (2007) halen deze voordelen aan. Zij vergelijken een organisatie daarin met een voetbalteam. Het is niet omdat men een sterspeler kan binnenhalen, dat ook het team als geheel erop zal vooruitgaan en alle wedstrijden zal winnen. Zij beweren het tegendeel zelfs. Niet alleen is de kostprijs van een dergelijke sterspeler, respectievelijk rekruteringsplan, duur. Het ziekenhuis kan haar interne cohesie verliezen en er zouden interne conflicten kunnen ontstaan. Het rendement van de pas aangeworven werknemer is dus minder goed verzekerd wanneer het gaat om een extern persoon.

Case study

In het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum in Rekem worden er plannen gemaakt voor het invoeren van een high potentials programma. De bedoeling is om interne medewerkers te laten screenen op bepaalde competenties in zogenaamde development centers en hen zo voor te bereiden op een andere functie. Momenteel voert het ziekenhuis al gesprekken met hun personeel in het kader van bepaalde functies. Medewerkers met potentieel krijgen de kans om op kosten van het ziekenhuis een masteropleiding te volgen. (verpleegkundig specialist en leidinggevende)

In het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen staat het talenmanagement programma al volledig op zijn poten. Jaarlijks worden met de hoofdverpleegkundigen managementgesprekken gevoerd. Hierbij wordt gepolst wie de hoofdverpleegkundigen zien als potentiële leidinggevendenden. In wie zien zij een toekomstige hoofdverpleegkundige of een verpleegkundig specialist? Anderzijds, zo vertelt Hildegard Hermans, personeelsdirecteur UZA, wordt er ook gepeild naar de mogelijke interesse bij de verpleegkundigen om een masteropleiding te volgen. Ze vertelt hierover het volgende: "Die masteropleiding financieren we trouwens ook zelf. Op deze wijze motiveren we medewerkers om verder door te groeien." In de brochure over het UZA op topemployers.be wordt verder ook meegegeven dat naast managementopleidingen nu ook cursussen coachingvaardigheden worden aangeboden.

“Het is immers belangrijk dat alle leidinggevendenden hun medewerkers excellent coachen. Medewerkers die goed gecoacht worden, zijn gemotiveerd, geëngageerd en leveren schitterend werk.”

Hoofdstuk 10.3. Verlonen en belonen

Een andere mogelijke oplossing situeert zich in het veld van de verloningen en beloningen. Uit de regressieanalyse bij de hoofdverpleegkundige bleek immers dat het loon een belangrijke significante invloed heeft op de intentie om het beroep te blijven uitoefenen. Met een bèta-coëfficiënt van 0,566 is deze factor zeker de moeite waard om nader te bekijken en trachten te beïnvloeden. Het is voor ziekenhuizen echter niet steeds mogelijk om veel te schuiven in de brutolonen (zie supra). Zoals uit de casestudy hieronder zal blijken, zijn er echter ook andere mogelijkheden om de lonen te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld door extralegale voordelen.

Daarnaast kan belonen ook op een niet-financiële wijze gebeuren. Zoals uit de literatuurstudie is gebleken, hechten veel verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen belang aan feedback en waardering over hun werk. Wat bovendien belangrijker is, is dat uit de interviews met de bevoorrechte getuigen blijkt dat verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen vinden dat die feedback en waardering niet altijd voldoende wordt gegeven. Deze hypothese wordt in het eigen onderzoek getoetst door middel van het opnemen van de factor ‘relatie met de artsen’ bij de verpleegkundige vragenlijst en ‘relatie met het middenkader’ in de hoofdverpleegkundige vragenlijst. In hoofdstuk 9 werd reeds besproken dat enkel de factor voor de verpleegkundigen, namelijk ‘relatie met artsen’ een significante invloed heeft op hun intentie om door te groeien. De bèta-coëfficiënt hierbij is 0,304. Eén manier op de verstandhouding tussen (hoofd)verpleegkundigen en het middenkader en/of de artsen te verbeteren is door middel van functiedifferentiatie. Deze vierde oplossing biedt aan de medewerkers de gelegenheid om elkaars taken en verantwoordelijkheden beter te leren kennen en begrijpen. Bovendien wordt door het gebruik van een duidelijk functieclassificatie voor de medewerker duidelijk in welke categorie hij of zij zich op dit moment bevindt en op welke manier hij of zij kan groeien. Dit kan zowel verticaal als horizontaal en kan al dan niet invloed hebben op het loon. Dit is belangrijk, omdat ook de mogelijkheid om te groeien in de eigen job gezien kan worden als een beloning voor het werk.

Casestudy

In het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum in Rekem biedt men naast het loon ook een aantal extralegale voordelen aan. Extra's zoals een hospitalisatieverzekering, maaltijdcheques en pensioensparen zijn volgens Kris Vaneerdweghe, bij jobaanbiedingen in de ziekenhuiswereld, echter eerder standaarden geworden in plaats van extra's. Wat wel speciaal is, is dat zij kinderopvang voorzien tijdens de schoolvakanties. Nog andere ziekenhuizen bieden gratis strijkdiensten aan of levering van brood aan het ziekenhuis om aan het einde van de werkdag mee naar huis te nemen. Dergelijke voorzieningen doen de spanning tussen werk en thuis afnemen. Een factor die ook in de literatuurstudie werd besproken en in het eigen onderzoek in de variabele 'stress' werd opgenomen (zie hoofdstuk 7.2.).

Ook het Universitair Ziekenhuis Antwerpen scoort hoog op de secundaire arbeidsvoorwaarden. Hieronder behoren extralegale verzekeringen, extra vakantiedagen en maaltijdcheques. Hildegard Hermans vertelt hier verder nog over: "Ook onregelmatige prestaties worden bijzonder gewaardeerd. Aan hoofdverpleegkundigen, afdelingshoofden en gespecialiseerde medewerkers worden extra voordelen toegekend in verhouding tot de verantwoordelijkheden die men opneemt."

In Vilvoorde gooit het Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels het over een iets andere boeg. Zij bieden een flex income plan aan. Dit betekent concreet dat zij hun medewerkers voor bepaalde functies de vrije keuze laten om te kiezen uit een voordelenpakket zoals auto, internet, premie of bijkomend kinderbijslag. Op die manier kan de persoon in kwestie zelf kiezen welke optie voor hem het meest waardevol is.

Hoofdstuk 10.4. Functiedifferentiatie

Uit de visietekst van de Vlaamse Verpleegunie kan een vierde oplossing worden afgeleid voor het tekort aan hoofdverpleegkundigen. Door middel van functiedifferentiatie zou men immers het grote knelpunt van de leidinggevende capaciteiten kunnen omzeilen.

Het probleem met betrekking tot de leidinggevende capaciteiten is tweeledig. Enerzijds bleek uit de interviews met bevoorrechte getuigen dat heel wat verpleegkundigen de stap tot hoofdverpleegkundige niet nemen, omdat zij dan minder tijd kunnen besteden aan het verzorgende aspect van hun job. De redenering van deze verpleegkundigen is dat zij in eerste instantie voor dit beroep kozen, omdat zij in rechtstreeks contact met de patiënt willen staan, invloed willen uitoefenen op zijn gemoeds- en gezondheidstoestand en op die wijze dus voldoening uit hun job halen.

Verder blijkt dat de verpleegkundigen die toch willen doorgroeien tot hoofdverpleegkundige vaak niet beschikken over de nodige leidinggevende capaciteiten. Dit blijkt uit de telefonische enquête uitgevoerd bij acht ziekenhuizen in Belgisch Limburg. De geïnterviewde directieleden ontvangen regelmatig enthousiaste kandidaten die zich, na enkele jaren ervaring, klaar voelen om extra verantwoordelijkheden op zich te nemen. Uit de afgenomen testen en interviews blijken deze capaciteiten echter regelmatig ondervertegenwoordigd te zijn.

Zoals in de voorgaande hoofdstukken werd aangehaald, bestaat de hoofdverpleegkundige functie uit een verscheidenheid aan taken en verantwoordelijkheden. Uit de voorgaande alinea blijkt dat het moeilijk is om dergelijke uiteenlopende capaciteiten en vaardigheden in één kandidaat te vinden. In eerste instantie moeten zij immers een aantal jaren ervaring hebben én een bepaalde niveau in hun verpleegkundige functie behalen (Verpleegunie¹⁷, 2009). Dit impliceert dat zij interesse hebben in en voldoening halen uit verpleegkundig en verzorgend werk. Vervolgens is het echter ook noodzakelijk dat zij de ambitie voelen om door te groeien en leidinggevende en organisatorische competenties willen verwerven. In plaats van een manier te vinden waardoor al deze competenties in één persoon gegroepeerd worden, denken we bijvoorbeeld aan een high potentials programma (zie supra), kan men er ook voor opteren om de gezochte competenties en vaardigheden te verdelen tussen meerdere personen. Dit is exact wat de verpleegunie suggereert in haar visietekst over functiedifferentiatie in de verpleegkunde.

Het voorstel is om zorginhoudelijke aspecten toe te vertrouwen aan een verpleegkundig specialist en de managementaspecten over te laten aan de hoofdverpleegkundige. Concreet wil dat zeggen dat deze laatste instaat voor de organisatie voor haar afdeling. Opstellen van werkroosters, verdelen van bedden, behoren tot de taken van de hoofdverpleegkundige. De verpleegkundig specialist richt zich dan specifiek op het bijhouden van ontwikkeling in haar vakgebied, het sensibiliseren van haar dienst met betrekking tot nieuwe regelgeving en procedures en de implementatie hiervan.

¹⁷ De Vlaamse Verpleegunie verenigt Vlaamse beroepsverenigingen voor algemene en specialistische verpleegkundigen. Via intens overleg groeien voorstellen en standpunten over items die belangrijk zijn voor verpleegkundigen uit alle sectoren in de gezondheidszorg. De Vlaamse Verpleegunie formuleert en verdedigt deze standpunten bij het beleid en bij andere gesprekspartners.

Naast het verdelen van de gezochte competenties en vaardigheden over meerdere personen, zorgt goede functiedifferentiatie ook voor meer duidelijkheid onder de werknemers. Taken en verantwoordelijkheden worden verdeeld over verschillende functies en bij voorkeur ook gekoppeld aan een doordacht loonhuis. Op die wijze biedt functiedifferentiatie een oplossing voor drie belangrijke factoren die het tekort aan hoofdverpleegkundigen veroorzaken. Deze zijn met name rolonduidelijkheid, de relatie met artsen en het loon (zie hoofdstukken 9.4.2. & 9.5.2.).

Case study

In het universitair ziekenhuis Gent wordt functiedifferentiatie toegepast, zo vertelt Directeur Verpleging Filip Demeyere in het vakblad Zorgperspectief (december, 2010). Zij werken met hoofdverpleegkundigen die echte managers zijn en daarnaast met verpleegkundige specialisten die met hun specifieke vakkennis zeer sterk staan in een specifiek zorgprogramma en zorg combineren met opleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Verder zijn er in het UZGent ook verpleegkundige consultants die gespecialiseerd zijn in een specifiek zorgaspect en over verschillende afdelingen worden ingezet. Ook referentieverpleegkundigen spitsen zich toe op een specifiek domein binnen de eigen afdeling en delen kennis en tips met de collega's op de eigen en andere afdelingen.

Naast de opsplitsing in diverse functies is het ook mogelijk om de hele structuur binnen een ziekenhuis opnieuw vorm te geven. Zo werkt het UZGent met een gekantelde structuur. Dit wil zeggen dat ze niet langer werken vanuit aparte departementen, zoals verpleging, medische diensten en facilitair beheer, maar wel vanuit sectoren. Deze sectoren zijn groeperingen van diverse beroepsgroepen of departementen rond een bepaalde pathologie of specialisme en werken. Ook het Virga-Jessa ziekenhuis in Hasselt is van een functionele structuur overgestapt naar een gekantelde structuur.

Hoofdstuk 10.5. Besluit

De hierboven beschreven oplossingen kunnen pas een optimaal resultaat opleveren indien zij tegelijk toegepast worden. Het is bijvoorbeeld duidelijk dat het promoten van de eigen organisatie en het uitstralen van een zeker imago pas effect kan hebben, wanneer dit imago enerzijds de werkelijkheid weerspiegelt en anderzijds ook dat inhoudt waarnaar (hoofd)verpleegkundigen op zoek zijn. Ook tussen verlonen (financieel), belonen (waardering en feedback) en functiedifferentiatie is er een logische samenhang die hierboven reeds uiteengezet werd. Bovendien hebben de gesuggereerde oplossingen soms invloed op dezelfde variabelen. Zo bijvoorbeeld ambitie, een factor die zowel bij de verpleegkundigen als bij de hoofdverpleegkundigen een belangrijke rol bleek te spelen.

Functiedifferentiatie zorgt voor duidelijkheid over de verschillen tussen functies en over doorgroeimogelijkheden. Ook een high potential programma schept een duidelijk beeld over de mogelijkheden om verticaal door te groeien binnen de eigen organisatie en vergroot bovendien deze kans.

Het simultaan uitwerken van al deze oplossingen is echter een utopische ambitie voor de meeste ziekenhuisdirecties. Organisaties hebben immers te maken met beperkingen in middelen (geld en mensen) en tijd. Het is ieder ziekenhuis daarom aangeraden een SWOT-analyse te maken met betrekking tot het wervingsbeleid van hoofdverpleegkundigen. Enerzijds brengt een dergelijke analyse de sterktes en zwaktes van de eigen organisatie in kaart. Anderzijds wordt ook de aandacht gevestigd op de opportuniteit en gevaren die in de onmiddellijke omgeving leven en een invloed kunnen uitoefenen op de werking van het ziekenhuis (zie ook voetnoot 2 in hoofdstuk 1). Hieronder een aantal voorbeelden om deze suggestie te verduidelijken.

Een mogelijke **sterkte** kan bijvoorbeeld zijn dat de employer brand van een ziekenhuis al sterk en positief gevormd werd, doordat het gaat om een universitair ziekenhuis waar in het verleden al baanbrekende ontdekkingen werden gedaan.

Eén van de **zwaktes** zou kunnen zijn dat omwille van die bekendheid, veel externe professionals interesse tonen in bepaalde functies, waardoor aan interne kandidaten voorbij wordt gegaan. Ook het budget of de leeftijden van het personeel kunnen sterktes of zwaktes zijn voor een bepaalde organisatie. Uit de literatuurstudie is immers gebleken dat de intentie om door te groeien daalt, maar ook een piek kent tussen de leeftijd van 31 en 35 jaar. Door op de juiste manier in te spelen op bepaalde zwaktes of sterktes kunnen deze omgevormd worden tot opportuniteiten of gevaren.

Omwille van de opkomst van high potentials programma in verschillende organisatie over verschillende markten zijn er tal van casestudies te vinden die ideeën kunnen opleveren voor de uitwerking van een eigen intern stimuleringsprogramma. De opkomst van dit soort programma's kan dus een **opportuniteit** zijn voor dit ziekenhuis.

Het feit dat de zorgsector schreeuwt om een loonspanning van 35% tussen verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen kan een **bedreiging** zijn voor een organisatie die kampt met budgetproblemen of waarbij ook de loonspanning met andere functies in gedrang zou kunnen komen door deze aanpassing.

Hoofdstuk 11. Kritische reflectie

Hoofdstuk 11.1. Kritische reflectie over het onderzoek

Deze masterproef werd geschreven ter voltooiing van de Masteropleiding Toegepaste Economische Wetenschappen in het schooljaar 2010-2011. Deze omkadering bracht zowel een beperking in tijd als in middelen met zich mee en kan in dat opzicht niet vergeleken worden met onderzoeken van doctoraten of onderzoeksinstellingen. Niettemin werd ernaar gestreefd om, onder begeleiding van mijn promotor Prof. Dr. Jan van Mierlo, een masterproef af te leveren die voldoet aan de criteria van wetenschappelijkheid. Met het oog op de wetenschappelijkheid van dit onderzoek werd in elke fase van deze thesis kritisch nagedacht over de gebruikte onderzoeksmethode en wordt deze gedachtegang ook uitvoerig beschreven. Hierdoor is het mogelijk om het gevoerde onderzoek te herhalen. Indien dat zou gebeuren is het echter aangeraden rekening te houden met de volgende bedenkingen die tijdens de uitwerking van deze masterproef rezen.

Hoofdstuk 11.1.1. De onderzoeksmethode

Wat betreft de gekozen onderzoeksmethode werd gekozen voor het persoonlijk afleveren en toelichten van de vignetstudie. De reden hiervoor was om een responsgraad van 100% te kunnen nastreven. Bij de eigenlijke uitwerking ervan bleek het echter moeilijk voor ziekenhuizen om (hoofd)verpleegkundigen 30 minuten vrij te geven van hun taken om de vragenlijst in te vullen. Dit omwille van een combinatie van twee redenen. Enerzijds is de werkdruk, zoals reeds eerder omschreven, zeer hoog. Anderzijds worden er de afgelopen jaren zeer veel onderzoeken in de zorgsector uitgevoerd, waardoor een ziekenhuis frequent de vraag krijgt mee te werken met een bepaald onderzoek.

Hoofdstuk 11.1.2. De vragenlijst

Met het oog op de praktische verwerking van de resultaten zijn er ook een aantal verbeterpunten voor de vragenlijst mogelijk. In eerste instantie vulden sommige respondenten, naast het aantal jaren in dienst, ook het aantal maanden in dienst in. Het spreekt voor zich dat het voornamelijk jonge verpleegkundigen zijn die dit invullen. Dat deze extra informatie werd meegegeven zorgde weliswaar niet voor problemen bij de verwerking, de antwoorden werden immers consequent naar boven afgerond, maar zou voor frustratie of onduidelijkheid bij de respondenten kunnen zorgen. Een tweede item uit de inleidende vragen waarbij verbetering mogelijk is, is de vraag naar de afdeling waar men momenteel tewerkgesteld is.

Eenzijds zijn er respondenten die op verschillende afdelingen ingezet worden, anderzijds vulden sommige respondenten afkortingen in die in het eigen ziekenhuis werden gebruikt, waardoor de verwerking trager verliep. In het huidige onderzoek werden deze twee problemen opgelost door respectievelijk de eerstgenoemde afdeling over te nemen in de analyse en een lijst met afkortingen op te vragen bij de contactpersonen van de twee ziekenhuizen. Wanneer een gelijkaardig onderzoek uitgevoerd wordt, is het verstandig om de respondenten richtlijnen mee te geven over wat ze moeten invullen wanneer ze in meerdere afdelingen actief zijn. Men kan bijvoorbeeld met een percentage weergeven hoe de tijd tussen deze afdelingen verdeeld wordt of enkel die afdeling noteren waar men het meest ingezet wordt. Met betrekking tot de benamingen van de afdelingen, is het zinvol om op voorhand een keuzelijst te noteren, zodat respondenten hun afdeling enkel nog dienen aan te kruisen.

Hoofdstuk 11.1.3. De piloottest

De piloottest werd uitgevoerd om de validiteit van dit onderzoek te waarborgen. Omwille van het klein aantal respondenten dat bereikt kon worden voor deze test zijn de resultaten hiervan echter beperkt. Hierdoor werden er geen inhoudelijke aanpassingen gedaan aan de vragenlijst na het uitvoeren van de pilootstudie. Enkel de lay-out en enkele typfouten werden gecorrigeerd na de test. Wanneer dit onderzoek herhaald zou worden, dan is het van belang enerzijds het aantal respondenten te verhogen en bovendien ook een piloottest voor de hoofdverpleegkundige vragenlijst uit te voeren. Deze laatste kon in deze thesis nog niet uitgevoerd worden, door het niet kennen van hoofdverpleegkundigen in de eigen vriendenkring.

Hoofdstuk 11.1.4. De verwerking van de resultaten

Multilevel analyse is het analyseren van gegevens die op meerdere niveaus zijn verzameld. In deze studie gaat het om de niveau's: organisatie, afdeling en medewerker. Dit wordt ook wel 'nested-data' genoemd. Het is immers mogelijk dat de intentie om hoofdverpleegkundige te worden, beïnvloed wordt door de afdeling waarop men werkt. Elke afdeling heeft immers zijn specifieke kenmerken. Bij de ene ligt de nadruk op het psychologisch aspect (palliatieve), bij andere eerder op het ad hoc en zeer snel kunnen reageren op bepaalde levensbedreigende situaties (spoed). Ook de manier waarop de hoofdverpleegkundige functie ingevuld wordt kan hierdoor verschillen. Verder heeft ook elke organisatie, elk ziekenhuis zijn eigen visie en cultuur en ook dat kan de intentie om verticaal door te groeien beïnvloeden. Een multi-level analyse zou ons echter te ver leiden en past daardoor niet langer binnen het kader van deze masterproef.

Hoofdstuk 11.2. Kritische reflectie over het leerproces

Na een jaar aan deze thesis te hebben gewerkt, kijk ik met een voldaan gevoel terug op dit werk. Het schrijven van een tekst gebeurt steeds met vallen en opstaan. Wanneer die tekst ook wetenschappelijk onderbouwd hoort te zijn, dan is dat zeker het geval. Het ene moment zie je door het bos de bomen niet meer en op het andere moment vallen alle puzzelstukjes als vanzelf op hun plaats. Dat de meeste alinea's in deze masterproef verschillende keren werden bijgewerkt en sommigen zelfs helemaal herschreven of weggelaten, wijst op een leerproces. Dit geldt ook voor de verschillende regressieanalyses die werden uitgevoerd. Pas als je nieuwe analyses herhaaldelijk maakt en denkwijzen herhaaldelijk formuleert, ga je zelf ook de kern van de zaak grondig begrijpen. Voor mij persoonlijk wordt de waarde van deze thesis gevormd door de ervaring van het schrijven van een wetenschappelijke tekst. Het analyseren van een probleem, het achterhalen van de oorzaken en het suggereren van oplossingen op methodologisch verantwoorde en kritische wijze zijn zaken waarover ik in de studie Toegepaste Economische Wetenschappen heb geleerd. Deze thesis is de omzetting van deze theoretische kennis in de praktijk.

Lijst van geraadpleegde werken

Boeken, studies en artikels

- Bassilière, D., Bossier, F., Caruso, F., Hendrickx, K., Hoorelbeke, D. & Lohest, O. (2008). *Uitwerking van een regionaal projectiemodel*. Opgevraagd op 16 oktober, 2010, via http://www.plan.be/admin/uploaded/200801091551150.hermreg_nl
- Beckers, F. & Nijhuis, C. (2005) *Functiedifferentiatie, verpleging in beweging*. Utrecht: Lemma.
- Berings, D. & Steen, T. (2002). *Mens en Organisatie*. Antwerpen: De Boeck.
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent: Academia Press
- Brinkman J. (1994). *De vragenlijst*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Brinkman, J. (2001). *Cijfers spreken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Christelijke Mutualiteit (2008). Infofiche ziekenhuizen: de financiering en de organisatie van ziekenhuizen [Elektronische versie]. *CM-Informatie*, 232, 1-35.
- Clerinx, I. & Vermeulen, L. (2010). *Beïnvloedende factoren in het tekort aan hoofdverpleegkundigen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Christelijke Mutualiteit (2004). Private versus openbare ziekenhuizen: financiering, tekorten, sociale patiënten [Elektronische versie]. *CM-Informatie*, 211, 8-14.
- Cox T. et al. (2000). *Research on workrelated stress. Luxemburg: Office for official publications of the EC*. Opgevraagd op 26 februari, 2010, via <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>
- Daue F. & Crainich D. (2008). *De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies*. Brussel: Uitgeverij ASP nv.
- Deen, R., Dunn, D. & Little, T. (2001). *A View from the Top*. Opgevraagd op 30 oktober 2010 via <http://web.ebscohost.com.bib-proxy.uhasselt.be>
- Degadt, P. & Van Herck, G. (2003). Financiering van ziekenhuizen en het arenamodel. [Elektronische versie]. *Tijdschrift voor Economie en Management*, XLVIII, 119-131.
- Denys, J., (2010). *Uw werk uw merk*. Leuven: LannooCampus
- Hoyt, C.L. (2010). *Women, Men, and Leadership: Exploring the Gender Gap at the Top*. Opgevraagd op 31 maart 2011 via <http://web.ebscohost.com.bib-proxy.uhasselt.be>.
- Federaal Planbureau & Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2008). *Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060*. Opgevraagd op 9 oktober, 2010, via http://www.plan.be/press/press_det.php?lang=nl&TM=46&IS=67&KeyPub=649.

- Federaal Planbureau & Studiediensten van de drie Belgische gewesten. *Regionale economische vooruitzichten 2009-2015*. (2009). Opgevraagd op 16 oktober, 2010, via http://www.plan.be/admin/uploaded/201007091041140.HERMREG%202010_nl
- Koch, S.C. (2005). *Women and leadership – 20 years later: a semantic connotation study*. Opgevraagd op 31 maart, 2011, via <http://web.ebscohost.com.bib-proxy.uhasselt.be>.
- Kramers (1996). *Handwoordenboek Nederlands*. Amsterdam: Elsevier.
- *Laat je niet kennen*. (z.d.). Opgevraagd op 28 februari, 2010, <http://www.stepstone.be/Voor-Werkgevers/ehrbulletin/laat-je-niet-kennen.cfm>.
- Mensink, C. (2000). *U vraagt, wij draaien? Over stress en klantvriendelijkheid binnen het maatschappelijk werk*. Enschede: Sector Welzijn en Arbeid.
- Mrayyan, M. T. (2007). *Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards*. Opgevraagd op 23 oktober, 2010, via <http://web.ebscohost.com.bib-proxy.uhasselt.be>.
- Nederhoud, P. (2007). *Helder rapporteren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Notelaers, G. & Hoedemakers, C. (2002). *De arbeidsbeleving binnen de gezondheidszorg*. Opgevraagd op 30 oktober 2010 via <http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=7564>
- Onkelinx, L. (2010). *Antwoord op een schriftelijke vraag van Bart Laeremans*. Opgevraagd op 19 januari, 2011, via <http://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=199&LANG=nl>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2009*. (2009). Opgevraagd op 6 september, 2010, via http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en.
- Pacolet, J., Leroy, X., Cattaert, G. & Coudron, V. (2005). *Synthese voor de zorgsector in België 1995-2005*. Opgevraagd op 29 oktober, 2010, via http://www.hiva.be/nl/overhiva/onsteam_detail.php?id=52.
- Paritair comité 330. *Loonbarema's vanaf 1 september 2010*. (2010). Opgevraagd op 17 oktober, 2010, via http://www.vso.be/xcms/lang__nl-BE/330/sociaal-overleg.aspx.
- Pool, J. & van Dijk, J.K. (2006). *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

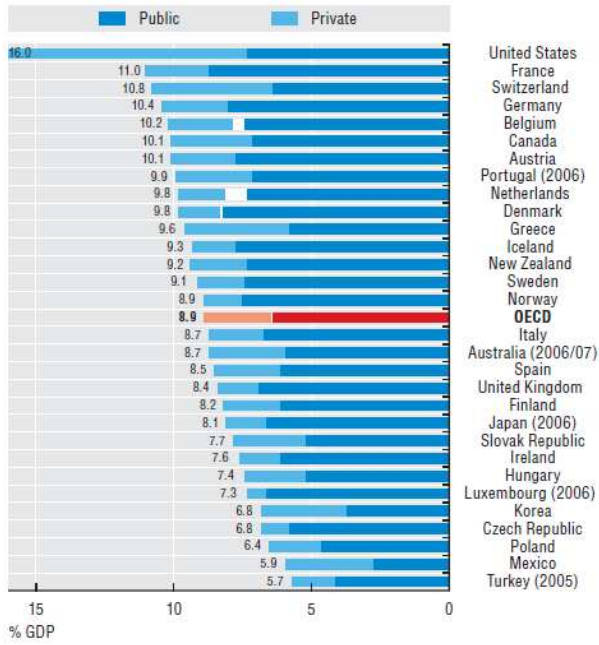
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Professionals in de zorg*. Opgevraagd op 26 februari, 2011, via http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi_relID=23&chap_relID=5&last=1&stat=
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Opgevraagd op 26 februari, 2011, via <http://www.rvz.net/data/download/publ99-15adv>
- Raedts, M. & Masui C. (2007). *Van vraag tot tekst. Praktische leidraad van literatuurverslagen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Robbins, S.P. & Coulter, M. (2003). *Management* (J. de Vries & C. van der Wal, vertaling). Pearson Prentice Hall. (Oorspronkelijk verschenen in het Engels in 2002).
- Sabbe, C. & Timmermans, M. (2007). *High Potentials: feiten en fables*. Mechelen: Wolters Kluwer.
- Sermeus W. (2006). *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. Leuven: Acco.
- Sekeran, U. (2003). *Research Methods for Business: A Skill Building Approach*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Tijdens, K. & van Klaveren, M. (2010). *Werkstress in de gezondheidszorg*. Opgevraagd op 26 februari, 2011, via <http://www.wageindicator.org/documents/publicationslist/publications-2010/Werkstress-in-de-gezondheidszorg>.
- Top Employers België (2010). *Universitair Ziekenhuis Antwerpen*. Opgevraagd op 28 februari, 2011, via <http://www.topemployers.be/LinkClick.aspx?fileticket=mPHZLXf38FQ=&tabid=2212>
- Van den Bergh-Braam, A. (1984). *Hoofdverpleegkundigen over leven in een ziekenhuis*. Opgevraagd op 26 februari, 2011, via <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=5269>, <http://www.rvz.net/data/download/publ99-15adv>
- Vandaele, G. (2010, december). Hedendaags leidinggeven in de verpleegzorg. *Zorgperspectief*, 6, 11-13.
- Verpleegunie (2009). *Visietekst functiedifferentiatie in de verpleegkunde*. Opgevraagd op 26 februari, 2010, via <https://www.box.net/shared/d15m9jaz18>
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: a review [Elektronische versie]. *Social Science Research*, 38, 505-520.
- Zorgnet Vlaanderen (2011). *Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsbeoefening*. Opgevraagd op 26 februari, 2011, via <http://www.zorgnetvlaanderen.be>

Wetteksten

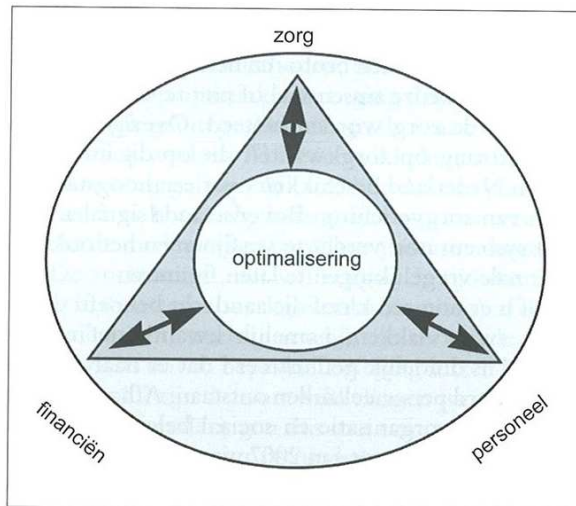
- Koninklijk Besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 november 1967.
- Koninklijk Besluit betreffende de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep van 22 juni 2010.
- Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Bijlagen

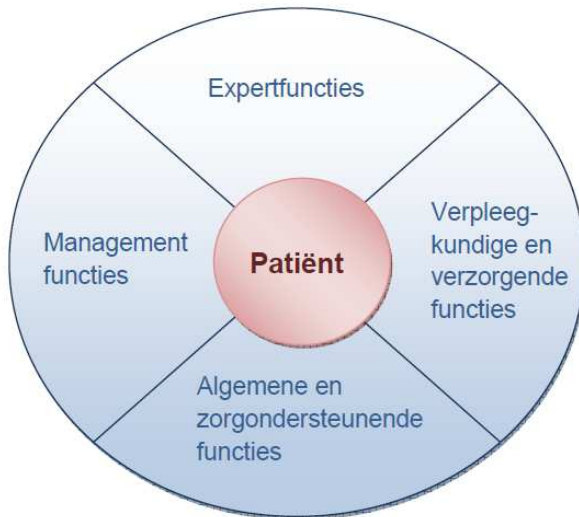
Bijlage 1: Totale uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product volgens de de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (2009).



Bijlage 2: De zorgdriehoek van Pool en van Dijk (2006).



Bijlage 3: De vier hoofdgroepen van verpleegkundige functies volgens Beckers en Nijhuis (2005).



Bijlage 4: Indeling van de ziekenhuizen volgens type (infociche CM, 2008)

Tabel 1: Indeling van de ziekenhuizen volgens type

	Algemene ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen met universitair karakter	Universitaire ziekenhuizen	Gespecialiseerde en geriatrische ziekenhuizen	Psychiatrische ziekenhuizen	Totaal
Aantal ziekenhuizen	90	16	7	28	68	209
Aantal vestigingen	156	36	11	29	73	305
Aantal erkende bedden	34.891	10.193	6.930	2.908	15.558	70.480

Bron: ziekenhuisfiches van de FOD Volksgezondheid, gepubliceerd op www.health.gov.be

Bijlage 5: Uitnodiging deelname vragenlijst ziekenhuisdirecties

Beste,

In het kader van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen (Master Beleidsmanagement) aan de Universiteit Hasselt voer ik onderzoek uit naar het tekort aan hoofdverpleegkundigen. De uitwerking van dit onderzoek gebeurt onder begeleiding van Prof. Dr. J. Van Mierlo. Het doel van deze studie is enerzijds het in kaart brengen van de omvang van het tekort aan hoofdverpleegkundigen en anderzijds het achterhalen van de oorzaken en het suggereren van oplossingen aan de ziekenhuisdirecties en de overheid.

Hiervoor hoop ik op uw hulp te mogen rekenen! Hieronder kan u een aantal vragen terugvinden over het specifieke tekort aan hoofdverpleegkundigen in uw ziekenhuis. Natuurlijk worden al deze gegevens vertrouwelijk behandeld. Indien u toch liever niet antwoord op bepaalde vragen of verkiest anoniem te blijven in dit onderzoek dan kan dat natuurlijk. Ook wanneer u op bepaalde vragen niet kan antwoorden omwille van een gebrek aan data, dan kan u deze vragen onbeantwoord laten. Maandag 17 januari 2011 zal ik uw dienst telefonisch contacteren om deze vragenlijst te overlopen. Op deze manier heeft u de tijd de vragenlijst te doorlopen, opmerkingen of vragen aan mij te noteren of eventueel een aantal dingen op te zoeken.

Hopelijk kan ik rekenen op uw hulp!

Met vriendelijke groeten,

Joyce De Decker

Bijlage 6: Vragenlijst aan ziekenhuisdirecties

Vraag 1:

Heeft u de voorbije 12 maanden één of meerdere openstaande vacatures gehad voor de functie van hoofdverpleegkundige in uw ziekenhuis?

- Indien ja, hoeveel openstaande vacatures waren er hiervoor?
- Voor welke afdeling(en) was dit?

Vraag 2:

Hoelang duurde het vooraleer deze vacatures ingevuld werden?

- < 1 maand
- 1-2 maanden
- 3-6 maanden
- > 6 maanden

Vraag 3:

Wat zijn de vertrekredenen van hoofdverpleegkundigen?

- Ontslag
- Zelf vertrokken - familiale redenen
- Zelf vertrokken - medische redenen
- Zelf vertrokken - andere redenen
- Natuurlijk afvloeiing
- Andere redenen (gelieve te verduidelijken)

Vraag 4:

Ervaart u problemen met de rekrutering van hoofdverpleegkundigen?

- Indien ja, wat zijn de redenen voor deze problemen?
 - o Geen respons
 - o Weinig respons
 - o Wel respons, maar problemen met betrekking tot het profiel van de kandidaat.
 - Meer bepaald met betrekking tot:
 - Kennis
 - Vaardigheden
 - Attitude
 - Andere (gelieve te verduidelijken)
 - o Wel respons, maar problemen met betrekking tot het eisenpakket van de kandidaat.

Meer bepaald met betrekking tot:

- Het tewerkstellingspercentage
- Het dienstrooster
- Het financieel aspect
- Extra legale voordelen
- Jobinhoud
- Andere (gelieve te verduidelijken)

Vraag 5:

Op welke wijze hebt u de laatste hoofdverpleegkundigen in uw voorziening aangeworven?

- Spontane sollicitatie
- Via aanbeveling eigen personeel
- Via aanbeveling derden
- Via advertenties
- Via interim
- Via VDAB
- Het nieuw personeelslid deed eerder weekendwerk of was jobstudent in uw ziekenhuis
- Het nieuw personeelslid liep eerder stage in uw ziekenhuis
- Andere (gelieve te verduidelijken)

Bijlage 7: Voorbereiding halfgestructureerde interviews

- Welke info heb je reeds gehad over deze masterproef, dit gesprek?
- Toelichting over mezelf en deze masterproef.
- Vertrouwelijkheid van het gesprek benadrukken.
- De persoon voor me leren kennen:
 - Leeftijd
 - Opleiding
 - Interesse voor de sector
 - Huidige job: omschrijving, positieve en negatieve items, zijn deze items eigen aan de job, de organisatie of de sector?
 - Toekomst: wat is je professioneel doel? Is dat realistisch? Word je hierin gesteund?
 -

Deze topics uitdiepen door waaromvragen en herformulering van antwoorden. Specifiek aandacht vestigen op het financiële aspect van de job (ziekenhuisfinanciering en verloning), werkuren, werken in team en het imago van de job, sector, organisatie.

Bijlage 8: Voorbeeld uitnodiging tot deelname vignetstudie gericht aan ziekenhuisdirectie

Beste Maria,

We hebben elkaar al meerdere malen gemaïld en ontmoet in verband met mijn **thesisonderzoek naar het tekort aan hoofdverpleegkundigen**. Na een uitgebreide literatuurstudie en mede dankzij uw medewerking en de interviews met een aantal verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen in het Mariaziekenhuis heb ik een vignetstudie kunnen opstellen.

De vignetstudie is een onderzoeksmethode waarbij situaties (in dit geval jobs) omschreven worden en voorgelegd aan een aantal respondenten. Na het lezen van deze scenario's kunnen de respondenten hun mening weergeven door het beantwoorden van een aantal ja/nee-vragen. Deze methode heeft als voordeel dat er een aantal variabelen simultaan kunnen worden veranderd, waardoor het voor de respondent minder duidelijk is, welke variabele net bevraagd wordt. Op die manier kan de betrouwbaarheid van de antwoorden verhoogd worden en ook de bruikbaarheid van de resultaten ervan.

Indien u in het Mariaziekenhuis aan dit onderzoek wilt meewerken, zou ik graag op maandag 4 april 2011 in de voormiddag uw ziekenhuis willen bezoeken en een 15-tal van uw verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen ontmoeten. De bedoeling is om hen kort te informeren over het hoe, waarom en wat van mijn onderzoek en hen daarna zo'n 25 minuten te tijd te geven voor het invullen van de vragenlijst.

Alvast bedankt voor uw respons!

Met vriendelijke groeten,
Joyce De Decker

Bijlage 9: vragenlijst voor verpleegkundigen

Maandag, 4 april 2011

Beste verpleegkundige,

Onderstaande vragenlijst wordt bij jou afgenomen in het kader van mijn **onderzoek** naar het **tekort aan hoofdverpleegkundigen** en duurt zo'n 20 minuten. Door het invullen van deze enquête **help je** niet alleen mij, maar **ook jezelf een stukje vooruit!** Het is immers de bedoeling om met de resultaten van deze vragenlijst een aantal praktische oplossingen voor het tekort aan hoofdverpleegkundigen voor te stellen aan jullie ziekenhuisdirectie. Op die manier kunnen zij enerzijds het hoofdverpleegkundig beroep aantrekkelijker maken voor jullie en anderzijds jullie kansen om te slagen tijdens de selectieprocedures vergroten, door jullie hierop bijvoorbeeld beter voor te bereiden.

Hieronder vinden jullie nog een aantal **richtlijnen** terug met betrekking tot het invullen van de vragenlijst. **Lees deze aandachtig door!**

- *Probeer **eerlijk** te zijn bij het beantwoorden van de vragen. Je **antwoord** zal **vertrouwelijk behandeld** worden. Enkel ikzelf en mijn promotor zullen deze ingevulde vragenlijsten kunnen inkijken en verwerken. Bovendien is het niet nodig om jouw naam te vermelden op deze documenten.*
- *Er bestaan **geen goede of foute antwoorden**. Het is mijn bedoeling om jullie mening over een aantal situaties te achterhalen en een mening kan niet verkeerd zijn. Probeer dus altijd een antwoord te geven, ook als je twijfelt.*
- *Indien je graag **meer uitleg** geeft over je antwoorden **of** je zit met **vragen**, dan mag je mij gerust aanspreken tijdens of na het invullen van de vragenlijst. Spreek je me liever een andere keer, dan kan je mij contacteren via joyce.dedecker@student.uhasselt.be of mag je op het einde van dit document jouw contactgegevens noteren.*

Alvast bedankt voor je inzet!

Groetjes, Joyce

Enkele inleidende vragen

Wat is je geslacht? M
(Omcirkel wat past) V

Wat is je geboortejaar? 19.....
(Vul aan)

Welk diploma heb je behaald? A1
(Omcirkel en/of vul aan) A2
Specialisatiejaar, namelijk:.....
Andere

Het aantal jaren dat je in dienst bent als verpleegkundige:jaar

Het aantal jaren dat je in dienst bent als verpleegkundige in dit ziekenhuis:jaar

Op welke afdeling werk je op dit moment?

Ga nu verder naar pagina 3.

Enkele jobomschrijvingen

Hieronder worden een aantal jobs voor jou omschreven. Lees deze omschrijving aandachtig vanuit jouw standpunt zoals dat vandaag is en gebaseerd op jouw eigen ervaringen. Daarna ga je over naar de drie vragen onder het tekstvak en omcirkel je het antwoord dat voor jou van toepassing is.

Jobomschrijving 1

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je weet echter dat je weinig kans maakt op bijscholing en dat het een uitdaging wordt om studeren met werken te combineren. Je kent in grote lijnen de verantwoordelijkheden van een hoofdverpleegkundige, maar het is niet duidelijk hoever deze verantwoordelijkheden zouden lopen. De samenwerking tussen artsen en hoofdverpleegkundige verloopt volgens jou zeer goed. De kennis over elkaars taken en rol binnen het zorgproces is bij beide functiegroepen zeer goed.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 2

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je denkt dat de samenwerking met de artsen niet optimaal verloopt. Dit komt door een gebrek aan kennis van elkaars taken en rol in het zorgproces. Je hoofdverpleegkundige laat je weten dat ze bij het opstellen van de planning rekening zal houden met je les- en studiemomenten. Bovendien kan je via jullie organisatie een bijscholing volgen. Het is voor jou zeer duidelijk wat er van je in deze functie verwacht wordt en waar jouw verantwoordelijkheden liggen.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 3

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Het is voor jou zeer duidelijk wat er van je in deze functie verwacht wordt en waar jouw verantwoordelijkheden liggen. Je weet echter dat je weinig kans maakt op bijscholing en dat het een uitdaging wordt om studeren met werken te combineren. De samenwerking tussen artsen en hoofdverpleegkundige verloopt volgens jou zeer goed. De kennis over elkaars taken en rol binnen het zorgproces is bij beide functiegroepen zeer goed.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 4

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je kent in grote lijnen wel de verantwoordelijkheden van een hoofdverpleegkundige, maar het is niet duidelijk hoever deze verantwoordelijkheden zouden lopen. Bovendien denk je dat de samenwerking met de artsen niet optimaal verloopt. Dit komt door een gebrek aan kennis van elkaars taken en rol in het zorgproces. Je hoofdverpleegkundige laat je nog weten dat ze bij het opstellen van de planning rekening zal houden met je les- en studiemomenten. Bovendien kan je via jullie organisatie een bijscholing volgen.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 5

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je hoofdverpleegkundige laat je weten dat ze bij het opstellen van de planning rekening zal houden met je les- en studiemomenten en dat je via jullie organisatie een bijscholing kan volgen. Het is voor jou zeer duidelijk wat er van je in deze functie verwacht wordt en waar jouw verantwoordelijkheden liggen. Je denkt dat de samenwerking met de artsen zeer goed verloopt. Beide functiegroepen kennen elkaars taken en rol binnen het zorgproces.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 6

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. De samenwerking tussen artsen en hoofdverpleegkundige verloopt volgens jou niet optimaal door een gebrek aan kennis over elkaars taken en rol in het zorgproces. Het is voor jou zeer duidelijk wat er van je in deze functie verwacht wordt en waar jouw verantwoordelijkheden liggen. Je weet echter dat je weinig kans maakt op bijscholing en dat het een uitdaging wordt om studeren met werken te combineren.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 7

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis en het hoofd van het verpleegkundig departement vraagt of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je kent in grote lijnen de verantwoordelijkheden van een hoofdverpleegkundige, maar het is niet duidelijk hoever deze verantwoordelijkheden zouden lopen. Je hoofdverpleegkundige laat je weten dat ze bij het opstellen van de planning rekening zal houden met je les- en studiemomenten en dat je via jullie organisatie een bijscholing kan volgen. De samenwerking tussen artsen en hoofdverpleegkundige verloopt volgens jou zeer goed. Beide functiegroepen kennen elkaars taken en rol binnen het zorgproces.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 8

Je werkt als verpleegkundige in een ziekenhuis waar je weinig kans maakt op bijscholing en waar het moeilijk wordt om tijdens de planning van het personeel rekening te houden met eventueel studie- of lesmomenten. Toch vraagt het hoofd van het verpleegkundig departement je of je hoofdverpleegkundige wilt worden. Je denkt echter dat de samenwerking tussen hoofdverpleegkundigen en artsen niet optimaal verloopt. Dit komt door een gebrek aan kennis van elkaars taken en rol in het zorgproces. Ook met betrekking tot de job van hoofdverpleegkundige is voor jou niet alles duidelijk. Je weet welke de diverse taken zijn die bij de job horen, maar hoever deze taken en verantwoordelijkheden gaan, weet je niet zeker.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?

1 2 3 4 5 6

- Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen, dus tegen 2016?

1 2 3 4 5 6

Enkele afsluitende vragen

- Hoe groot is je ambitie, op dit moment, om tegen 2016 hoofdverpleegkundige te zijn?
Omcirkel wat past. 1 staat voor zeer laag, 6 staat voor zeer hoog.

1 2 3 4 5 6

- Duid aan met een schaal van 1 tot en met 6 in welke mate je het eens bent met onderstaande stellingen. 1 staat voor helemaal oneens en 6 staat voor helemaal eens.
Omcirkel wat past.

Ik voel me tevreden met mijn huidige job.

1 2 3 4 5 6

De meeste dagen ben ik enthousiast over mijn job.

1 2 3 4 5 6

Elke werkdag lijkt alsof hij nooit zal eindigen.

1 2 3 4 5 6

Ik heb plezier aan mijn job.

1 2 3 4 5 6

Ik ervaar mijn job eerder als onaangenaam.

1 2 3 4 5 6

Bijlage 10: vragenlijst voor hoofdverpleegkundigen

Maandag, 4 april 2011

Beste hoofdverpleegkundige,

Onderstaande vragenlijst wordt bij jou afgenomen in het kader van mijn **onderzoek** naar het **tekort aan hoofdverpleegkundigen** en duurt zo'n 20 minuten. Door het invullen van deze enquête **help je** niet alleen mij, maar **ook jezelf een stukje vooruit!** Het is immers de bedoeling om met de resultaten van deze vragenlijst een aantal praktische oplossingen voor het tekort voor te stellen aan jullie ziekenhuisdirectie. Op die manier kunnen zij enerzijds het hoofdverpleegkundig beroep aantrekkelijker maken voor jullie en anderzijds jullie kansen om te slagen tijdens de selectieprocedures vergroten, door jullie hierop bijvoorbeeld beter voor te bereiden.

Hieronder vinden jullie nog een aantal **richtlijnen** terug met betrekking tot het invullen van de vragenlijst. **Lees deze aandachtig door!**

- *Probeer **eerlijk** te zijn bij het beantwoorden van de vragen. Je **antwoord** zal **vertrouwelijk behandeld** worden. Enkel ikzelf en mijn promotor zullen deze ingevulde vragenlijsten kunnen inkijken en verwerken. Bovendien is het niet nodig om jouw naam te vermelden op deze documenten.*
- *Er bestaan **geen goede of foute antwoorden**. Het is mijn bedoeling om jullie mening over een aantal situaties te achterhalen en een mening kan niet verkeerd zijn. Probeer dus altijd een antwoord te geven, ook als je twijfelt.*
- *Indien je graag **meer uitleg** geeft over je antwoorden **of** je zit met **vragen** dan mag je mij gerust aanspreken tijdens of na het invullen van de vragenlijst. Spreek je me liever een andere keer, dan kan je mij contacteren via joyce.dedecker@student.uhasselt.be of mag je op het einde van dit document jouw contactgegevens noteren.*

Alvast bedankt voor je inzet!

Groetjes, Joyce

Enkele inleidende vragen

Wat is je geslacht? M
(Omcirkel wat past) V

Wat is je geboortejaar? 19.....
(Vul aan)

Welk diploma heb je behaald? A1
(Omcirkel en/of vul aan) A2
Specialisatiejaar, namelijk:.....
Andere

Het aantal jaren dat je in dienst bent als hoofdverpleegkundige:jaar

Het aantal jaren dat je in dienst bent als hoofdverpleegkundige in dit ziekenhuis:.....jaar

Op welke afdeling werk je op dit moment?.....

Ga nu verder naar pagina 3.

Enkele jobomschrijvingen

Hieronder worden een aantal jobs voor jou omschreven. Lees deze omschrijving aandachtig vanuit jouw standpunt zoals dat vandaag is en gebaseerd op jouw eigen ervaringen. Daarna ga je over naar de drie vragen onder het tekstvak en omcirkel je het antwoord dat voor jou van toepassing is.

Jobomschrijving 1

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Doordat je bent doorgesloopt zal je over je hele loopbaan gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer verdienen. Je hebt het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management en zij hun mening over jouw werk duidelijk communiceren. Je hebt het gevoel dat een aantal elementen die de uiteindelijke werking van de afdeling beïnvloeden buiten je invloedssfeer liggen. Hierdoor heb je een aantal veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdelingen niet helemaal kunnen verwezenlijken. Je hebt wel het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 2

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat de veranderingen die je wil doorvoeren niet kan realiseren. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Het middenkader en de directie geven bovendien weinig feedback over de inspanning die je levert binnen je afdeling en geven ook weinig blijk van waardering. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer hebben verdient dat de verpleegkundigen binnen je equipe. Verder vind je het een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 3

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg, vind je het een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. De veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdeling heb je niet helemaal kunnen verwezenlijken zoals je dat graag zou willen. Je denkt dat dit komt doordat een aantal elementen die de uiteindelijke werking van de afdeling beïnvloedden buiten je invloedssfeer liggen. Gelukkig worden jouw inspanningen naar waarde geschat door het middenkader en de directie. Je krijgt ook duidelijke feedback van hen over je werk. Je verdient over je hele loopbaan gemiddelde zo'n 650€ bruto per maand meer dan de verpleegkundigen binnen je equipe.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 4

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je inspanning niet naar waarde geschat worden door het middenkader en de directie. Je krijgt ook weinig feedback over je inspanningen. Bovendien krijg je de indruk dat je niet al de veranderingen die je beoogde kan doorvoeren zoals je dat wou. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Je hebt wel het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer hebben verdient dan de verpleegkundigen binnen je equipe.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 5

Als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer hebben verdient dat de verpleegkundigen binnen je equipe. Toch verloopt niet alles zoals je het wil en krijg je met name de indruk dat een aantal elementen die de uiteindelijke werking van je afdeling beïnvloedden buiten je invloedssfeer liggen. Toch heb je het gevoel dat je inspanningen worden gewaardeerd door het middenkader en de directie. Zij communiceren ook duidelijk hun mening over je werk aan jou.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 6

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Je zal je over je loopbaan gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer verdienen dan de verpleegkundigen binnen je equipe. Je heb het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Je krijgt echter niet het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management. De communicatie met hen over je werk verloopt niet zoals je gehoopt had. Ook de veranderingen die je wil doorvoeren heb je niet kunnen realiseren. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 7

Als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je inspanningen worden gewaardeerd door het middenkader en de directie en zij hun mening over jouw werk duidelijk communiceren. Je vindt het wel een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer hebben verdient dan de verpleegkundigen binnen je equipe. Je hebt het gevoel dat een aantal elementen die de uiteindelijke werking van je afdeling beïnvloedden buiten je invloedssfeer liggen en dat je daardoor niet alle beoogde veranderingen kan verwezenlijken zoals je dat graag zou.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 8

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Je hebt de veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdeling niet kunnen verwezenlijken, doordat een aantal elementen die haar werking beïnvloedden niet binnen je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Het is bovendien een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. Je krijgt bovendien niet het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management. De communicatie met hen over je werk verloopt niet zoals je gehoopt had. Doordat je bent doorgegroeid tot hoofdverpleegkundige zal je over je loopbaan gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer verdienen.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 9

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Doordat je bent doorgegroeid zal je over je hele loopbaan gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer verdienen. Je hebt het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management en zij hun mening over jouw werk duidelijk communiceren. Je hebt het gevoel dat een aantal elementen die de uiteindelijke werking van de afdeling beïnvloedden buiten je invloedssfeer liggen. Hierdoor heb je een aantal veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdelingen niet helemaal kunnen verwezenlijken. Je heb wel het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 10

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je inspanning niet naar waarde geschat worden door het middenkader en de directie. Je krijgt ook weinig feedback over je inspanningen. Bovendien krijg je de indruk dat je niet al de veranderingen die je beoogde kan doorvoeren. Dit komt doordat er teveel elementen, die de uiteindelijke werking van je afdeling beïnvloedden, buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Je hebt wel het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer hebben verdient dat de verpleegkundigen binnen je equipe.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 11

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Je hebt de veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdeling niet helemaal kunnen verwezenlijken zoals je dat graag zou willen, doordat een aantal elementen die haar werking beïnvloedden niet binnen je invloedssfeer liggen. Het is bovendien een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. Je krijgt bovendien niet het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management. De communicatie met hen over je werk verloopt niet zoals je gehoopt had. Doordat je bent doorgegroeid tot hoofdverpleegkundige zal je over je loopbaan gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer verdienen.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 12

Als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer hebben verdient dat de verpleegkundigen binnen je equipe. Je hebt echter het gevoel dat je de veranderingen die je wil doorvoeren niet kan realiseren. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Toch heb je het gevoel dat je inspanningen worden gewaardeerd door het middenkader en de directie. Zij communiceren ook duidelijk hun mening over je werk aan jou.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 13

Je werkt als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg. Je zal je over je loopbaan gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer verdienen dan de verpleegkundigen binnen je equipe. Je heb het gevoel dat je je job als hoofdverpleegkundige naar behoren kan uitvoeren onder de huidige werkomstandigheden. Je krijgt je taken net afgerond binnen je werkuren en dit op een vrij behoorlijke manier. Je krijgt echter niet het gevoel dat al die inspanningen ook gewaardeerd worden door het hoger management. De communicatie met hen over je werk verloopt niet zoals je gehoopt had. Ook de veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdelingen heb je niet helemaal kunnen verwezenlijken zoals je dat graag zou willen. Dit komt volgens jou doordat er een aantal elementen buiten je invloedssfeer liggen.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 14

Als hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat je inspanningen worden gewaardeerd door het middenkader en de directie en zij hun mening over jouw werk duidelijk communiceren. Je vindt het wel een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 750€ bruto per maand meer hebben verdient dan de verpleegkundigen binnen je equipe. Je hebt het gevoel dat je de veranderingen die je wil doorvoeren niet kan realiseren. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 15

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg heb je het gevoel dat een aantal elementen, die de uiteindelijke werking van je afdeling beïnvloeden, buiten je invloedssfeer liggen. Hierdoor kan je niet alle beoogde veranderingen verwezenlijken zoals je dat graag zou willen. Het middenkader en de directie geven bovendien weinig feedback over de inspanning die je levert binnen je afdeling en geven ook weinig blijf van waardering. Verder vind je het een en hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. Over je hele loopbaan als hoofdverpleegkundige zal je gemiddeld zo'n 650€ bruto per maand meer hebben verdient dat de verpleegkundigen binnen je equipe.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Jobomschrijving 16

Als hoofd van een afdeling in een ziekenhuis in Noord-Limburg, vind je het een hele uitdaging om de verschillende verantwoordelijkheden die jou werden gegeven, binnen de voorziene werkuren te dragen. Je werkt geregeld tijdens overuren of neemt werk mee naar huis. De veranderingen die je beoogde binnen je eigen afdeling heb je niet kunnen verwezenlijken zoals je dat graag wou. Dit komt doordat er teveel elementen buiten je invloedssfeer liggen. Je hebt dan ook het gevoel dat je het uiteindelijke resultaat van je werk niet zelf in de hand hebt. Gelukkig worden jouw inspanningen naar waarde geschat door het middenkader en de directie. Je krijgt ook duidelijke feedback van hen over je werk. Je verdient over je hele loopbaan gemiddelde zo'n 750€ bruto per maand meer als de verpleegkundigen binnen je equipe.

Omcirkel, na het lezen van de jobomschrijving, het antwoord dat voor jou het beste past. 1 staat voor heel erg onwaarschijnlijk en 6 staat voor heel erg waarschijnlijk.

- Zou je deze job nu willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job aanbevelen aan een collega?
1 2 3 4 5 6
- Zou je deze job over 5 jaar nog steeds willen uitoefenen?
1 2 3 4 5 6

Enkele afsluitende vragen

- Hoe groot is je ambitie, op dit moment, om tegen 2016 nog steeds hoofdverpleegkundigen te zijn? Omcirkel wat past. 1 staat voor zeer laag, 6 staat voor zeer hoog.

1 2 3 4 5 6

- Duid aan met een schaal van 1 tot en met 6 in welke mate je het eens bent met onderstaande stellingen. Omcirkel wat past. 1 staat voor helemaal oneens en 6 staat voor helemaal eens.

Ik voel me tevreden met mijn huidige job.

1 2 3 4 5 6

De meeste dagen ben ik enthousiast over mijn job.

1 2 3 4 5 6

Elke werkdag lijkt alsof hij nooit zal eindigen.

1 2 3 4 5 6

Ik heb plezier aan mijn job.

1 2 3 4 5 6

Ik ervaar mijn job eerder als onaangenaam.

1 2 3 4 5 6

SPSS-output - Pilotstudie

Output 1 – Reliability Statistics

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,779	,616	5

Regressieanalyse 1.1.: Zou je deze job nu willen uitoefenen?

Deel 1: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,343 ^a	,117	,023	1,680

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10,500	3	3,500	1,241	,314 ^a
	Residual	79,000	28	2,821		
	Total	89,500	31			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

b. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,250	,594		3,789	,001
	bijscholing	,250	,594	,075	,421	,677
	relatie met arts	1,000	,594	,299	1,684	,103
	rolonduidelijkheid	,500	,594	,149	,842	,407

a. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Deel 2: onafhankelijke variabelen: leeftijd, aantal jaren in dienst als vpk, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid, ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,746 ^a	,556	,508	1,191

a. Predictors: (Constant), jaren in dienst in huidig ziekenhuis, specialisatie1, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	49,750	3	16,583	11,681	,000 ^a
	Residual	39,750	28	1,420		
	Total	89,500	31			

a. Predictors: (Constant), jaren in dienst in huidig ziekenhuis, specialisatie1, afdeling

b. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	4,557	,650		7,008	,000
afdeling	-,509	,152	-,450	-3,356	,002
specialisatie1	,659	,143	,591	4,606	,000
jaren in dienst in huidig ziekenhuis	-,040	,028	-,188	-1,425	,165

a. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Deel 3: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing, leeftijd, aantal jaren in dienst als verpleegkundige, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid en ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,820 ^a	,673	,595	1,082

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	60,250	6	10,042	8,583	,000 ^a
	Residual	29,250	25	1,170		
	Total	89,500	31			

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

b. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,682	,677		5,440	,000
	jaren in dienst in huidig ziekenhuis afdeling	-,040	,025	-,188	-1,570	,129
	specialisatie1	-,509	,138	-,450	-3,697	,001
	bijscholing	,659	,130	,591	5,073	,000
	rolonduidelijkheid	,250	,382	,075	,654	,519
	relatie met arts	,500	,382	,149	1,307	,203
		1,000	,382	,299	2,615	,015

a. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Regressieanalyse 1.2. – Zou je deze job aanbevelen aan je collega's?

Deel 1: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,349 ^a	,122	,027	1,175

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,344	3	1,781	1,291	,297 ^a
	Residual	38,625	28	1,379		
	Total	43,969	31			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,349 ^a	,122	,027	1,175

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,813	,415		4,365	,000
	Bijtscholing	,187	,415	,080	,452	,655
	relatie met arts	,563	,415	,240	1,355	,186
	rol onduidelijkheid	,563	,415	,240	1,355	,186

a. Dependent Variable: job aanbevelen

Deel 2: onafhankelijke variabelen: leeftijd, aantal jaren in dienst als vpk, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid, ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,566 ^a	,321	,248	1,033

a. Predictors: (Constant), specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14,094	3	4,698	4,403	,012 ^a
	Residual	29,875	28	1,067		
	Total	43,969	31			

a. Predictors: (Constant), specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

b. Dependent Variable: job aanbevelen

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	1,150	,564		2,040	,051
jaren in dienst in huidig ziekenhuis	-,055	,024	-,371	-2,270	,031
afdeling	,327	,131	,413	2,493	,019
specialisatie1	,190	,124	,243	1,532	,137

a. Dependent Variable: job aanbevelen

Deel 3: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing, leeftijd, aantal jaren in dienst als verpleegkundige, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid, ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,665 ^a	,442	,308	,991

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,438	6	3,240	3,301	,016 ^a
	Residual	24,531	25	,981		
	Total	43,969	31			

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

b. Dependent Variable: job aanbevelen

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	,494	,620		,797	,433
jaren in dienst in huidig ziekenhuis afdeling	-,055	,023	-,371	-2,367	,026
specialisatie1	,327	,126	,413	2,600	,015
bijscholing	,190	,119	,243	1,598	,123
rolonduidelijkheid	,187	,350	,080	,535	,597
relatie met arts	,563	,350	,240	1,606	,121
	,563	,350	,240	1,606	,121

a. Dependent Variable: job aanbevelen

Regressieanalyse 1.3. – Zou je deze job binnen nu en 5jaar willen uitoefenen?

Deel 1: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,354 ^a	,125	,031	1,521

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,250	3	3,083	1,333	,283 ^a
	Residual	64,750	28	2,313		
	Total	74,000	31			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2,375	,538		4,417	,000
bijtscholing	,375	,538	,123	,697	,491
relatie met arts	,875	,538	,288	1,627	,115
rolonduidelijkheid	,500	,538	,164	,930	,360

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Deel 2: onafhankelijke variabelen: leeftijd, aantal jaren in dienst als vpk, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid, ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,647 ^a	,419	,357	1,239

a. Predictors: (Constant), specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31,000	3	10,333	6,729	,001 ^a
	Residual	43,000	28	1,536		
	Total	74,000	31			

a. Predictors: (Constant), specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,697	,676		5,466	,000
	jaren in dienst in huidig ziekenhuis	-,063	,029	-,326	-2,153	,040
	Afdeling	-,192	,158	-,187	-1,218	,233
	specialisatie1	,518	,149	,511	3,480	,002

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Deel 3: onafhankelijke variabelen: rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing, leeftijd, aantal jaren in dienst als vpk, aantal jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling, diploma, specialisatie 1 en 2, jobtevredenheid, ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,738 ^a	,544	,434	1,162

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	40,250	6	6,708	4,969	,002 ^a
	Residual	33,750	25	1,350		
	Total	74,000	31			

a. Predictors: (Constant), relatie met arts, rolonduidelijkheid, bijscholing, specialisatie1, jaren in dienst in huidig ziekenhuis, afdeling

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,822	,727		3,881	,001
	jaren in dienst in huidig ziekenhuis	-,063	,027	-,326	-2,296	,030
	afdeling	-,192	,148	-,187	-1,300	,206
	specialisatie1	,518	,140	,511	3,712	,001
	bijScholing	,375	,411	,123	,913	,370
	rolonduidelijkheid	,500	,411	,164	1,217	,235
	relatie met arts	,875	,411	,288	2,130	,043

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

SPSS-ouput – Verpleegkundigen

Output 2 - kruistabel A

geslacht * diploma Crosstabulation

			diploma		Total
			A1	A2	
Geslacht	vrouw	Count	192	248	440
		% within geslacht	43,6%	56,4%	100,0%
		% within diploma	68,6%	79,5%	74,3%
		% of Total	32,4%	41,9%	74,3%
man	man	Count	88	64	152
		% within geslacht	57,9%	42,1%	100,0%
		% within diploma	31,4%	20,5%	25,7%
		% of Total	14,9%	10,8%	25,7%
Total	Total	Count	280	312	592
		% within geslacht	47,3%	52,7%	100,0%
		% within diploma	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	47,3%	52,7%	100,0%

Output 3 – kruistabel B

Geslacht		Leeftijd
vrouw	N	440
	Mean	33,76
	Std. Deviation	10,302
Man	N	152
	Mean	39,11
	Std. Deviation	12,074
Total	N	592
	Mean	35,14
	Std. Deviation	11,024

Output 4 – Case Summaries A

Case Summaries

Geslacht		leeftijd	jaren in dienst	jaren in dienst in huidig ziekenhuis
vrouw	N	440	440	440
	Mean	33,76	10,07	9,96
	Std. Deviation	10,302	10,407	10,365
Man	N	152	152	152
	Mean	39,11	15,37	14,68
	Std. Deviation	12,074	12,671	12,408
Total	N	592	592	592
	Mean	35,14	11,43	11,18
	Std. Deviation	11,024	11,262	11,109

Output 5 – kruistabel C

Correlations

		jaren in dienst	jaren in dienst in huidige ziekenhuis
jaren in dienst	Pearson Correlation	1	,997**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	592	592
jaren in dienst in huidige ziekenhuis	Pearson Correlation	,997**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	592	592

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

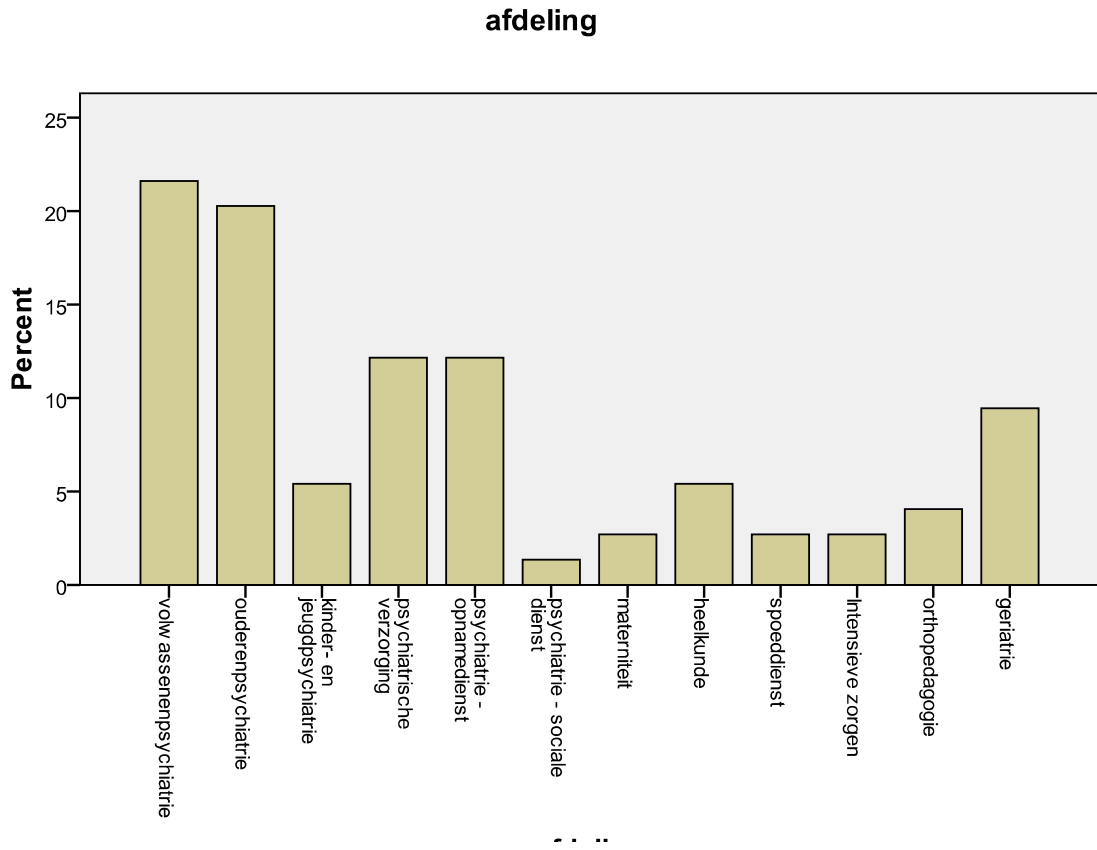
Output 6 - kruistabel D

Correlations

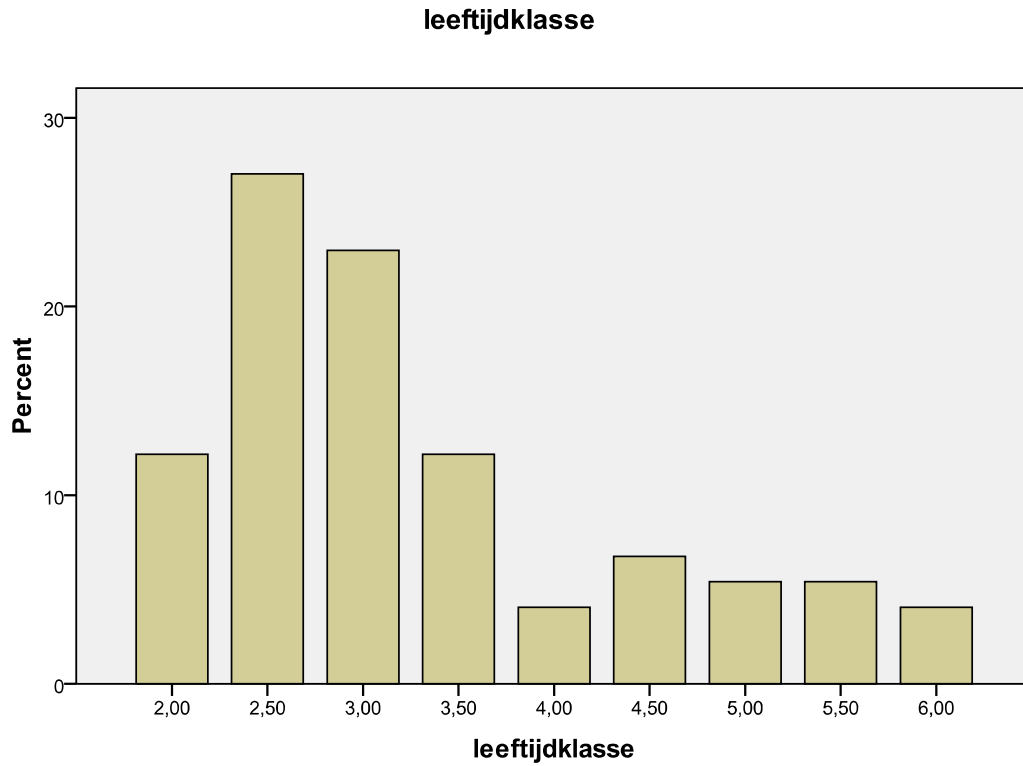
		leeftijd	jaren in dienst
leeftijd	Pearson Correlation	1	,946**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	592	592
jaren in dienst	Pearson Correlation	,946**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	592	592

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

Output 7 – staafdiagram A



Output 8 – staafdiagram B



Klasse 2	< 20 jaar	Klasse 4	40-44 jaar	Klasse 6	> 60 jaar
Klasse 2,5	25-29 jaar	Klasse 4,5	45-49 jaar		
Klasse 3	30-34 jaar	Klasse 5	50-54 jaar		
Klasse 3,5	35-39 jaar	Klasse 5,5	55-59 jaar		

Output 9 – Reliability Statistics

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,796	,795	5

Output 10 – Descriptive Statistics

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
jobtevredenheid	592	16,00	30,00	25,2264	3,46841
Valid N (listwise)	592				

Regressieanalyse 2.1.: zou je deze job nu willen uitoefenen?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,701 ^a	,491	,481	1,036

a. Predictors: (Constant), ambitie om hoofdverpleegkundige te worden, rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing, jobtevredenheid, specialisatie1, leeftijd, afdeling, geslacht, diploma, specialisatie2

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	598,495	11	54,409	50,647	,000 ^a
	Residual	620,929	578	1,074		
	Total	1219,424	589			

a. Predictors: (Constant), ambitie om hoofdverpleegkundige te worden, rolonduidelijkheid, relatie met arts, bijscholing, jobtevredenheid, specialisatie1, leeftijd, afdeling, geslacht, diploma, specialisatie2

b. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,015	,412		2,465	,014
	geslacht	-,194	,105	-,059	-1,850	,065
	leeftijd	,001	,004	,009	,294	,769
	diploma	-,136	,091	-,047	-1,492	,136
	specialisatie1	,006	,015	,013	,414	,679
	specialisatie2	,039	,127	,010	,305	,761
	afdeling	-,014	,009	-,050	-1,604	,109
	jobtevredenheid	-,016	,013	-,038	-1,210	,227
	bijscholing	,402	,085	,140	4,711	,000
	relatie met arts	,313	,085	,109	3,671	,000
	rolonduidelijkheid	,571	,085	,199	6,688	,000
	ambitie om hoofdverpleegkundige te worden	,609	,032	,625	19,105	,000

a. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Regressieanalyse 2.2.: Zou je deze job aanbevelen aan je collega's?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,493 ^a	,243	,228	1,313

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht, ambitie om hoofdverpleegkundige te worden

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	319,102	11	29,009	16,838	,000 ^a
	Residual	995,820	578	1,723		
	Total	1314,922	589			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht, ambitie om hoofdverpleegkundige te worden

b. Dependent Variable: job aanbevelen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,046	,521		-,089	,929
	geslacht	,200	,133	,058	1,499	,134
	leeftijd	,018	,005	,136	3,551	,000
	diploma	,094	,115	,031	,812	,417
	specialisatie1	,027	,019	,052	1,412	,159
	specialisatie2	,347	,160	,085	2,163	,031
	afdeling	,013	,011	,045	1,181	,238
	ambitie om hoofdverpleegkundige te worden	,241	,040	,238	5,977	,000
	jobtevredenheid	,031	,016	,072	1,886	,060
	bijscholing	,586	,108	,196	5,421	,000
	relatie met arts	,412	,108	,138	3,817	,000
	rolonduidelijkheid	,890	,108	,298	8,238	,000

a. Dependent Variable: job aanbevelen

Regressieanalyse 2.3.: Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,763 ^a	,583	,575	1,037

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht, ambitie om hoofdverpleegkundige te worden

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	868,170	11	78,925	73,376	,000 ^a
	Residual	621,710	578	1,076		
	Total	1489,880	589			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht, ambitie om hoofdverpleegkundige te worden

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,428	,412		1,039	,299
	geslacht	-,209	,105	-,058	-1,991	,047
	leeftijd	-,013	,004	-,092	-3,230	,001
	diploma	-,030	,091	-,009	-,331	,741
	specialisatie1	,032	,015	,059	2,152	,032
	specialisatie2	-,041	,127	-,009	-,321	,749
	afdeling	,003	,009	,011	,399	,690
	ambitie om hoofdverpleegkundige te worden	,749	,032	,695	23,476	,000
	jobtevredenheid	,003	,013	,008	,267	,789
	bijscholing	,467	,085	,147	5,463	,000
	relatie met arts	,304	,085	,096	3,559	,000
	rolonduidelijkheid	,629	,085	,198	7,362	,000

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Regressieanalyse 2.3. – zonder ambitie

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,430 ^a	,185	,171	1,448

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	275,358	10	27,536	13,127	,000 ^a
	Residual	1214,522	579	2,098		
	Total	1489,880	589			

a. Predictors: (Constant), rolonduidelijkheid, relatie met arts, specialisatie2, bijscholing, specialisatie1, leeftijd, diploma, afdeling, jobtevredenheid, geslacht

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,787	,539		7,021	,000
	geslacht	,147	,145	,041	1,014	,311
	leeftijd	-,031	,006	-,218	-5,599	,000
	diploma	-,635	,122	-,200	-5,203	,000
	specialisatie1	,051	,021	,094	2,465	,014
	specialisatie2	,326	,175	,075	1,857	,064
	afdeling	-,015	,012	-,050	-1,280	,201
	jobtevredenheid	,011	,018	,024	,602	,548
	bijscholing	,466	,119	,147	3,912	,000
	relatie met arts	,305	,119	,096	2,557	,011
	rolonduidelijkheid	,629	,119	,198	5,273	,000

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar uitoefenen

SPSS-output - hoofdverpleegkundigen

Output 11 – Kuistabel E

geslacht * diploma Crosstabulation

			diploma		Total
			A2	A1	
Geslacht	vrouw	Count	208	0	208
		% within geslacht	100,0%	,0%	100,0%
		% within diploma	68,4%	,0%	61,9%
		% of Total	61,9%	,0%	61,9%
man	man	Count	96	32	128
		% within geslacht	75,0%	25,0%	100,0%
		% within diploma	31,6%	100,0%	38,1%
		% of Total	28,6%	9,5%	38,1%
Total	Total	Count	304	32	336
		% within geslacht	90,5%	9,5%	100,0%
		% within diploma	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	90,5%	9,5%	100,0%

Output 12 – Kruistabel F

Case Summaries

Leeftijd

geslacht	N	Mean	Std. Deviation
vrouw	208	41,31	9,505
man	128	50,00	11,111
Total	336	44,62	10,977

Output 13 – Kruistabel G

Correlations

		jaren in dienst	jaren in dienst in huidige ziekenhuis
jaren in dienst	Pearson Correlation	1	,966**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	336	336
jaren in dienst in huidige ziekenhuis	Pearson Correlation	,966**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	336	336

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

Output 14 – kruistabel H

Correlations

		jaren in dienst	leeftijd
jaren in dienst	Pearson Correlation	1	,589**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	336	336
leeftijd	Pearson Correlation	,589**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	336	336

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

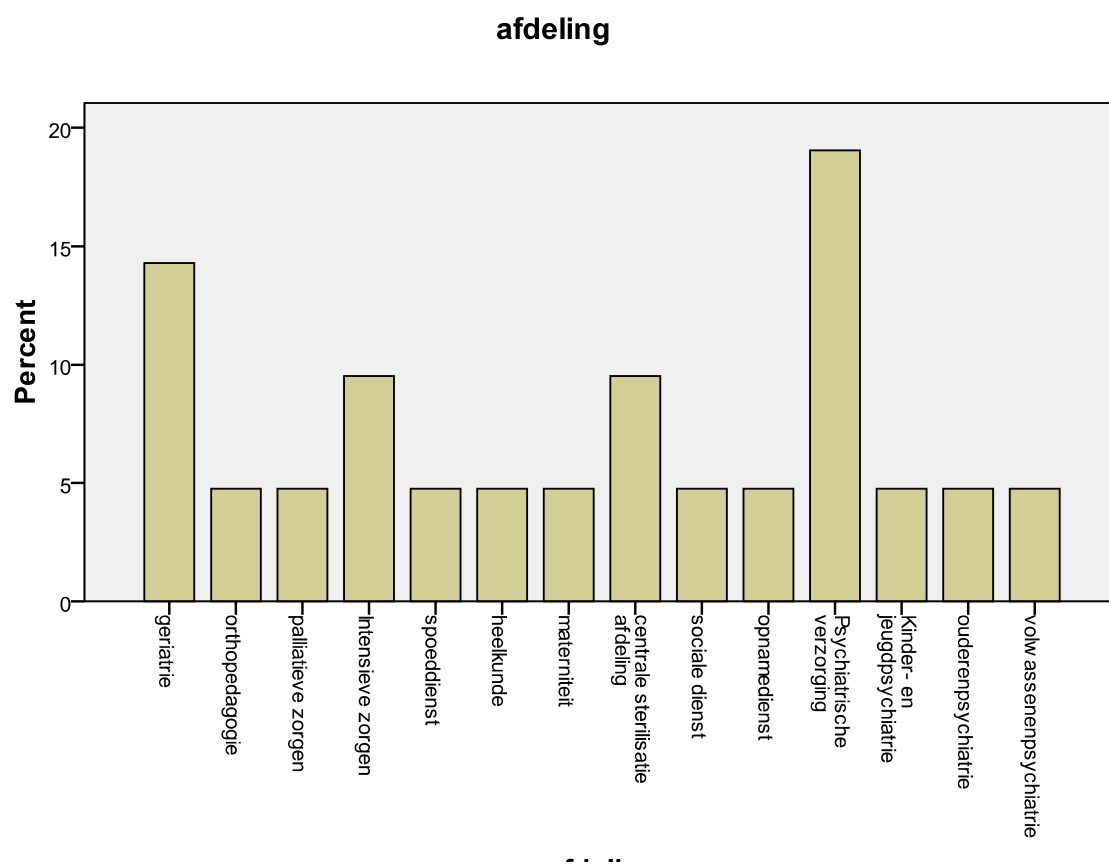
Output 15 – kruistabel I

Correlations

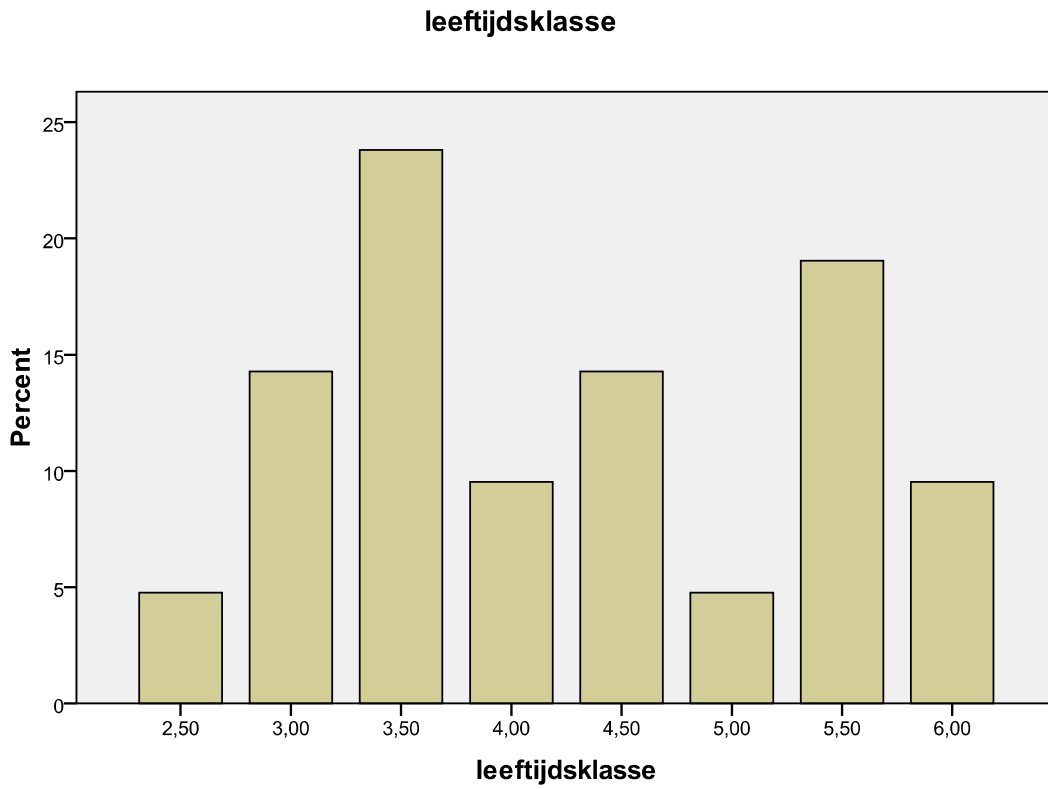
		leeftijd	jaren in dienst in huidig ziekenhuis
Leeftijd	Pearson Correlation	1	,645**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	336	336
jaren in dienst in huidig ziekenhuis	Pearson Correlation	,645**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	336	336

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

Output 16 – staafdiagram C



Output 17 - staafdiagram D



Klasse 2	< 20 jaar	Klasse 4	40-44 jaar	Klasse 6	> 60jaar
Klasse 2,5	25-29 jaar	Klasse 4,5	45-49 jaar		
Klasse 3	30-34 jaar	Klasse 5	50-54 jaar		
Klasse 3,5	35-39 jaar	Klasse 5,5	55-59 jaar		

Output 18 – Reliability Statistics

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	5

Output 19 – Descriptive Statistics

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Jobtevredenheid	320	16,00	30,00	23,7500	4,10367
Valid N (listwise)	320				

Regressieanalyse 3.1.: zou je deze job nu willen uitoefenen?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,457 ^a	,209	,171	1,356

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	131,928	13	10,148	5,521	,000 ^a
	Residual	499,977	272	1,838		
	Total	631,906	285			

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

b. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,524	,733		,714	,476
	geslacht	,019	,413	,006	,046	,963
	diploma	-,132	,478	-,028	-,276	,783
	specialisatie1	,034	,067	,044	,500	,617
	specialisatie2	,288	,102	,427	2,817	,005
	jaren in dienst	-,019	,021	-,104	-,892	,373
	afdeling	-,033	,019	-,109	-1,748	,082
	stress	-,491	,161	-,165	-3,054	,002
	empowerment	-,028	,161	-,009	-,174	,862
	relatie	,400	,161	,134	2,489	,013
	loon	,646	,161	,217	4,022	,000
	leeftijd	,011	,013	,070	,877	,382
	jobtevredenheid	,050	,030	,127	1,673	,095
	ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016	,287	,095	,309	3,032	,003

a. Dependent Variable: job nu willen uitoefenen

Regressieanalyse 3.2.: Zou je deze job aanbevelen aan je collega's?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,394 ^a	,156	,115	1,268

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	80,562	13	6,197	3,854	,000 ^a
	Residual	437,396	272	1,608		
	Total	517,958	285			

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

b. Dependent Variable: job aanbevelen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,570	,686		2,289	,023
	geslacht	,424	,386	,154	1,097	,273
	diploma	-,244	,447	-,057	-,545	,586
	specialisatie1	,027	,063	,040	,437	,662
	specialisatie2	,032	,096	,052	,332	,740
	jaren in dienst	,010	,020	,059	,484	,629
	afdeling	-,017	,018	-,063	-,983	,326
	stress	-,482	,150	-,179	-3,208	,001
	empowerment	-,019	,150	-,007	-,126	,900
	relatie	,339	,150	,126	2,259	,025
	loon	,506	,150	,188	3,369	,001
	leeftijd	,011	,012	,080	,963	,336
	jobtevredenheid	-,016	,028	-,047	-,595	,553
	ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016	,287	,089	,341	3,238	,001

a. Dependent Variable: job aanbevelen

Regressieanalyse 3.3.: Zou je deze job binnen nu en 5 jaar willen uitoefenen?

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,496 ^a	,246	,210	1,320

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	154,863	13	11,913	6,842	,000 ^a
	Residual	473,588	272	1,741		
	Total	628,451	285			

a. Predictors: (Constant), ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016, relatie , loon, empowerment, specialisatie1, stress, afdeling, jobtevredenheid, leeftijd, diploma, jaren in dienst, geslacht, specialisatie2

b. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar nog steeds uitoefenen

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,717	,714		2,406	,017
	geslacht	-,752	,402	-,248	-1,872	,062
	diploma	-,470	,465	-,100	-1,010	,313
	specialisatie1	,181	,065	,239	2,770	,006
	specialisatie2	,310	,099	,461	3,114	,002
	jaren in dienst	-,036	,021	-,201	-1,760	,079
	afdeling	-,056	,018	-,184	-3,024	,003
	stress	-,501	,156	-,169	-3,203	,002
	empowerment	-,057	,156	-,019	-,364	,716
	relatie	,289	,156	,097	1,846	,066
	loon	,566	,156	,191	3,620	,000
	leeftijd	,041	,012	,259	3,318	,001
	jobtevredenheid	-,043	,029	-,112	-1,504	,134
	ambitie om nog steeds hoofdverpleegkundige te zijn tegen 2016	,281	,092	,303	3,047	,003

a. Dependent Variable: job binnen nu en 5 jaar nog steeds uitoefenen

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Het knelpuntberoep hoofdverpleegkundige: welke maatregelen kan de ziekenhuisdirectie nemen om dit tekort te verminderen?

Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement

Jaar: **2011**

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

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

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

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

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

Voor akkoord,

De Decker, Joyce

Datum: **1/06/2011**