



Departement Handelswetenschappen en Bestuurskunde

Masterproef

Een kwantitatief onderzoek naar de implementatie van Individual Performance Management in Vlaamse ziekenhuizen

Catherine Colle

Master Handelswetenschappen
Strategisch management

Promotor: Mvr. Adeliën Decramer

Academiejaar: 2007-2008

“De auteur geeft de toelating deze masterproef voor consultatie beschikbaar te stellen en delen van de masterproef te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting de bron uitdrukkelijk te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze masterproef.”

Voorwoord

Dit onderzoek situeert zich in het kader van mijn masterpoef voor het behalen van het diploma Master in de Handelswetenschappen. Dit onderzoek was echter onmogelijk te realiseren zonder de deskundige hulp en het onuitputtend enthousiasme van een aantal personen. Deze personen verdienen dan ook een oprecht woord van dank.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Adélien Decramer danken voor haar toewijding en de nodige begeleiding die ze mij schonk.

Ook Kris Heeren, senior manager van Hudson, afdeling government, wil ik danken voor het beantwoorden van al mijn vragen omtrent het ziekenhuislandschap en performance management. Zijn interesse in mijn thesis heb ik enorm geapprecieerd. Michaël Tack en Nicola Trbovic, R&D collega's van Hudson, dank ik voor hun deskundig advies bij de statistische verwerking van mijn onderzoek.

Ik richt mijn woord van dank ook aan de respondenten van dit onderzoek. Immers, zonder hun input was dit onderzoek onmogelijk.

Verder wil ik mijn ouders bedanken. Per slot van rekening hebben zij mij de kans geboden deze opleiding te volgen. Ook mijn broer Frederik, alias de L^AT_EX-goeroe, dank ik voor zijn inzet en bijdrage aan dit werk. Met veel liefde en genegenheid dank ik ook mijn vriend Steven voor zijn onvoorwaardelijke steun.

Tenslotte dank ik ook enkele vrienden en vriendinnen voor hun luisterend oor en de opkrikkertjes die ze me gaven. Sofie, Eline, Maarten, Kim, Peggy, Linde, Fania en Karel, dank hiervoor.

Catherine Colle
Gent, mei 2008

Abstract

Deze studie onderzocht in welke mate IPM geïmplementeerd is in de Vlaamse ziekenhuizen. Hierbij werd de evaluatie van vier gebruikelijke personeelscategorieën binnen de ziekenhuissector bestudeerd. Dit zijn het verplegend personeel, de artsen, de diensthoofden en de hoofdverpleegkundigen. Tevens wordt in deze studie gezocht naar motivatie- en organisatiefactoren gelinkt aan deze implementatie. Concreet werd de implementatie van IPM gelinkt aan de organisatiecultuur, het HR-departement, de vakbond, de organisatiestructuur en de grootte van de organisatie. Hiervoor werd een gestandaardiseerde vragenlijst afgenomen bij de personeelsverantwoordelijke van 56 Vlaamse ziekenhuizen. De resultaten tonen aan dat er nauwelijks sprake is van de implementatie van IPM in de Vlaamse ziekenhuissector. Enkel voor de personeelscategorie hoofdverpleegkundigen stellen we een geringe geïntegreerde implementatie vast. De grootste drijfveren voor het invoeren van deze HR-praktijken zijn de opleiding van de HR-manager, de invloed vanuit de top van de organisatie, het eigen initiatief van de HR-manager en wetenschappelijke publicaties. Tevens wees het onderzoek uit dat vakbond, HR-departement, organisatiecultuur en -structuur geen invloed hebben op de mate van implementatie van IPM. Enkel organisatiegrootte toont een negatieve relatie met de mate van implementatie van IPM.

Kernwoorden: Individual performance management, ziekenhuissector, personeelsevaluatie, organisatiecultuur.

Inhoudsopgave

1	Onderzoeksvoorstel	1
1.1	Inleiding van het thema	1
1.2	Onderzoeksthema en -vragen	2
1.3	Onderzoeksmethode	3
1.4	Onderzoeksplanning	3
2	Organisatiefactoren	4
2.1	Cultuur	5
2.2	Grootte van de organisatie	5
2.3	Vakbonds niveau	7
2.4	HR-departement	7
2.5	Organisatiestructuur	8
3	Organisatiecultuur	10
3.1	Organisatiecultuur meten	10
3.2	Organisatiecultuurconstructen	13
3.3	Conclusie	20
4	Methodologie en onderzoeksaanpak	21
4.1	Opstellen van de vragenlijst	21
4.2	Testen van de vragenlijst	23
4.3	Verspreiden van de vragenlijst	24
4.4	Verwerking van de gegevens	25
5	Onderzoeksresultaten	26
5.1	Beschrijven van respons	26

5.2	Onderzoeksresultaten	29
5.3	Conclusie	41
5.4	Beperkingen en aanbevelingen	42
	Lijst van figuren	44
	Lijst van tabellen	45
	Bibliografie	46

Hoofdstuk 1

Onderzoeksvoorstel

1.1 Inleiding van het thema

De (semi-) publieke sector maakt heden ten dage enkele grote hervormingen door. Een van die hervormingen beslaat het verhogen van de effectiviteit, efficiëntie en doorzichtigheid van (semi-) publieke organisaties (Teo S., Rodwell J., 2007, p265-266). Dit gebeurt met oog op het verhogen van de performantie en de concurrentie binnen deze sector. De introductie van het New Public Management (NPM) in het begin van de jaren 80', ligt aan de basis hiervan (Decramer A., 2006b, p1). NPM beslaat het gebruik van private best practice managementpraktijken, -tools en -systemen binnen de (semi-) publieke sector (Decramer A., 2006b, p1). Deze trend vindt zijn toepassing in tal van organisaties binnen deze sector zoals bijvoorbeeld in onderwijsinstellingen, gemeenten en ziekenhuizen (Bogt H., 2004, p 221; Bach S., 2000, p925 en Decramer A., 2006a, p1-4). Een van de sleutelfactoren van het NPM is het performance management (Decramer A., 2008, p3). Performance management gaat uit van het principe dat organisaties, teams en individuen verantwoordelijk gehouden worden voor hun prestaties. Prestatiemanagement situeert zich dus op drie niveau's: het organisatie-, team- en individueel niveau. Deze laatste noemt men ook wel Individual Performance Management (IPM). IPM omvat het resultaatgericht evalueren van het personeelslid (Vanderstraeten A., 2001, p174). De uitvoering van IPM gaat gepaard met heel wat HRM-praktijken zoals: het opstellen en linken van individuele doelstellingen aan de organisatiedoelstellingen, het opvolgen van het personeelslid, het competentiegericht ontwikkelen van het personeelslid, resultaatgericht verlonen, enzovoorts (Decramer A., 2006a, p1).

In de literatuur wordt beschreven dat deze NPM-trend zich vandaag de dag voordoet. Ook praktijkdeskundigen zijn zich hiervan bewust. Waar we echter nog geen zicht op hebben is, in

welke mate deze trend zich reeds gemanifesteerd heeft binnen de Vlaamse (semi-) publieke sector. Deze studie levert hieraan een bijdrage. Meer concreet, wordt in deze studie onderzocht in welke mate Individual Performance Management geïmplementeerd is in de Vlaamse ziekenhuizen.

1.2 Onderzoeksthema en -vragen

Het thema van dit onderzoek betreft ‘de implementatie van IPM’. Het onderzoeksdomein zal zich uitstrekken tot alle Vlaamse ziekenhuizen. De twee centrale onderzoeksvragen die we hierbij trachten te beantwoorden zijn: “In welke mate is IPM geïmplementeerd in Vlaamse ziekenhuizen?” en “Welke factoren bepalen de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?”.

Voor het onderzoeken in welke mate IPM geïmplementeerd is in Vlaamse ziekenhuizen baseren we ons op de IPM-cyclus. De IPM-cyclus bestaat uit een aantal fasen die moeten doorlopen worden om tot de uiteindelijke evaluatie van het personeelslid te komen. De fasen, die aan deze evaluatie vooraf gaan, zijn cruciaal voor het correct en resultaatgericht evalueren van het personeelslid. In dit onderzoek vertrekken we vanuit de laatste fase van de cyclus, zijnde de personeelsevaluatie. Eerst wordt onderzocht in welke mate het personeelslid geëvalueerd wordt, hoe dit gedaan wordt en op welke basis men geëvalueerd wordt. Alsvolgt onderzoeken we in welke mate de stappen voorafgaand aan deze personeelsevaluatie uitgevoerd zijn.

Voor de tweede onderzoeksvraag gaan we op zoek naar de motivatiefactoren die het implementeren van IPM in ziekenhuizen bewerkstelligen. Meer concreet, zoeken we hier een antwoord op de vraag “Wat zijn de drijfveren voor het implementeren van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?”. Tevens gaan we op zoek naar organisatiefactoren die gelinkt zijn aan de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen. We komen tot volgende onderzoeksvragen:

1. In welke mate is IPM geïmplementeerd in Vlaamse ziekenhuizen?
 - (a) In welke mate wordt het personeel binnen ziekenhuizen geëvalueerd?
 - (b) Hoe worden de personeelsleden van Vlaamse ziekenhuizen geëvalueerd?
 - (c) In welke mate is de evaluatie van de personeelsleden binnen de Vlaamse ziekenhuissector geïntegreerd en geïmplementeerd?
2. Welke factoren bepalen de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?
 - (a) Wat zijn de drijfveren voor het implementeren van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?

- (b) Welke organisatorische factoren zijn gelinkt aan de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?

1.3 Onderzoeksmethode

Het is duidelijk dat het hier gaat om een deductief onderzoek. Aan de hand van de literatuurstudie worden proposities geformuleerd die aan de praktijk zullen getoetst worden. Om een beeld te krijgen over de mate van implementatie van IPM in alle Vlaamse ziekenhuizen, moeten er gegevens worden verzameld van zoveel mogelijk ziekenhuizen. Daarom kiezen we voor een kwantitatief onderzoek aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. De onderzoekseenheden zijn dus alle Vlaamse ziekenhuizen. De respondenten zijn idealiter de HR-managers of de personeelsverantwoordelijken.

1.4 Onderzoeksplanning

Het onderzoek loopt gedurende het gehele academiejaar startende op 27 september 2007, eindigend op 30 mei 2008. Het gehele onderzoek bestond uit drie grote fasen.

In de eerste fase, de voorstudie, wordt het onderzoeksdomein verkend. Aan de hand van enkele websites en inleidende wetenschappelijke artikels komen we meer te weten over ‘individueel prestatie management’ en de ‘Vlaamse ziekenhuissector’. Tijdens deze fase worden ook de concrete onderzoeksvragen en -methode bepaald zoals beschreven in dit onderzoeksvoorstel.

In de tweede fase, de literatuurstudie, bestuderen we de wetenschappelijke literatuur. Aan de hand van deze studie gaan we op zoek naar de geschikte wetenschappelijke constructen en proposities voor het opstellen van de vragenlijst. Het is dus niet de focus van deze literatuurstudie om IPM theoretisch verder uit te diepen. Het literatuuronderzoek staat volledig in functie van het praktijkonderzoek. Concreet gaan we op zoek naar gelijkaardige studies en identificeren we de factoren nodig voor het opstellen van het onderzoek. Dit alles specifiek toegepast voor de gezondheidszorgcontext.

De derde en laatste fase omvat de volledige uitvoering van het praktijk onderzoek. Deze start met het opstellen van de vragenlijst aan de hand van de literatuurstudie. Alsvolgt wordt de vragenlijst getest bij enkele respondenten. Vervolgens wordt de vragenlijst verspreid. Tot slot worden de vragenlijsten verzameld en resultaten gegenereerd. Aan de hand van deze resultaten wordt een antwoord op de onderzoeksvragen geformuleerd.

Hoofdstuk 2

Organisatiefactoren

Zoals aangehaald in het onderzoeksvoorstel willen we in dit onderzoek een verband zoeken tussen de implementatie van IPM en enkele organisatiefactoren. Vanuit de wetenschappelijke literatuur gaan we op zoek naar deze onafhankelijke variabelen. Hierbij richten we ons hoofdzakelijk op voorgaande wetenschappelijke studies die reeds het verband tussen de implementatie van HR-praktijken en enkele onafhankelijke organisatiefactoren bestudeerd hebben.

Michael Armstrong haalt in zijn boek *“A handbook of Human Resource Management Practice”* reeds enkele factoren aan die aan de basis liggen van variatie in HR-praktijken tussen verschillende organisaties (Armstrong, 1999, p1-922). Zo spreekt hij over de organisatiestructuur, de organisatiecultuur, de ondernemingsstrategie, de technologie, de kernactiviteiten en -competenties van de organisatie alsook de structuur en de macht van de HR-functie binnen de organisatie als beïnvloedende factoren (Armstrong, 1999, p43). Armstrong’s opsomming geeft ons reeds een goede indicatie naar welke factoren we zoal op zoek zijn voor het uitvoeren van dit onderzoek.

In 1989 publiceerden Jackson et. al. de resultaten van hun studie naar de relatie tussen organizationele karakteristieken en HR-praktijken (Jackson et. al., 1989, p727-786). Hierbij vertrokken ze vanuit de algemene hypothese dat personeelspraktijken variëren in functie van een zestal organisatiekenmerken. De zes onderzochte onafhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn: de organisatiegrootte, de organisatiestructuur, de industriesector, de productietechnologie, de competitieve strategie en het vakbonds niveau van de organisatie. In 1993 voerden Shaw en Fisher et. al. een gelijkaardig onderzoek uit (Shaw en Fisher et. al., 1993, p785-815). Meer concreet onderzocht men de relatie tussen acht HR-praktijken en vier onafhankelijke organisatie- en omgevingsfactoren zijnde; cultuur, organisatiegrootte, niveau van ‘unionization’ en het bestaan van een HR-departement. De resultaten van deze studie gaven aan dat elk van deze vier onafhankelijke variabelen, voorspel-

lende determinanten zijn voor de implementatie van verschillende HR-praktijken in de onderzochte bedrijven (Shaw en Fisher et. al., 1993, p807). Hoewel beide studies zich niet specifiek toespitsen op ziekenhuizen noch op de gezondheidszorgsector, bieden ze niettemin een aantal belangrijke inzichten in de factoren die van toepassing zijn voor dit onderzoek.

Hieronder worden de organisatiefactoren die in beide onderzoeken aan bod komen uitgebreid toegelicht. Hierbij gaat onze aandacht vooral uit naar de relevantie en toepasbaarheid van deze factoren voor dit onderzoek. We formuleren ook de nodige proposities die in het praktijkonderzoek zullen getoetst worden.

2.1 Cultuur

Shaw en Fisher et. al. (1993) vonden een relatie tussen de uitvoering van HR-praktijken en cultuur. Toch moeten we hier opmerken dat de manier waarop Shaw en Fisher et. al. (1993) in hun onderzoek cultuur meten niet in overeenstemming is met de opzet van dit onderzoek. Shaw en Fisher et. al. (1993) maakten hier gebruik van een classificatie van culturen volgens nationale basis zoals de Britse-, de Anglo-Amerikaanse- en de Chinese culturen (Shaw en Fisher et. al., 1993, p787-791). Aangezien dit onderzoek zich enkel beperkt tot Vlaamse ziekenhuizen is een dergelijke benadering niet relevant. Toch zal de factor cultuur als onafhankelijke variabele opgenomen worden in dit onderzoek, weliswaar niet onder de vorm van nationale cultuur, maar als organisatiecultuur. Daarvoor gaan we in hoofdstuk 3 op zoek naar het gepaste cultuurconstruct voor deze studie. We kunnen alvast onderstaande propositie formuleren.

Propositie 1:

Op basis van het onderzoek van Shaw en Fisher et. al. (1993) kunnen we een verband tussen organisatiecultuur en de implementatie van HR-praktijken, zoals IPM, veronderstellen.

2.2 Grootte van de organisatie

Uit het onderzoek van Shaw en Fisher et. al. (1993) bleek dat de grootte van de organisatie één van de belangrijkste factoren is voor het voorspellen van de implementatie van HR-praktijken (Shaw en Fisher et. al., 1993, p758). Grote organisaties implementeren meer diepgaande en meer gesofisticeerde HR-praktijken dan kleinere organisaties (Shaw en Fisher et. al., 1993, p810). Shaw en Fisher et. al. (1993) verklaren dit verband aan de hand van een viertal denkpijles:

- Ten eerste stellen ze dat naarmate de organisatie groter wordt, ze voor de maatschappij veel zichtbaarder wordt en bijgevolg de institutionele druk verhoogt om populaire en gesofisticeerde HR-praktijken aan te wenden (Shaw en Fisher et. al., 1993, p791).
- Tevens wordt ook, naarmate de omvang van het personeelsbestand van de organisatie toeneemt, de nood om deze grotere en diversere werkpopulatie te controleren en te handhaven veel groter (Shaw en Fisher et. al., 1993, p791 en p811). Een mogelijkheid om dit te doen is via HR-praktijken.
- Ten derde, hoe groter de organisatie, hoe groter de interne arbeidsmarkt van de organisatie. Dit heeft tot gevolg dat er veel meer gebruik wordt gemaakt van interne rekrutering en selectie, interne promotie- en functioneringsgesprekken, enzovoorts (Shaw en Fisher et. al., 1993, p791). Ook andere auteurs, zoals Jackson et. al. (1989), wezen op het bestaan van een interne arbeidsmarkt in grote organisaties, als een belangrijke mogelijke reden waarom grote organisaties meer en gesofisticeerde HR-praktijken uitvoeren (Jackson et. al., 1989, p735-736).
- Tot slot kan men vanuit het economisch perspectief ook een verklaring geven waarom grotere organisaties meer en gesofisticeerdere HR-praktijken doorvoeren. Dit omdat zij verondersteld worden over meer financiële middelen te beschikken (Shaw en Fisher et. al., 1993, p792 en p811).

Ondanks de significante resultaten van Shaw en Fisher et. al. zijn de resultaten van het onderzoek van Jackson et. al.(1989) minder uitgesproken. Deze laatsten concludeerden het volgende: *“Overall, of all the organisational characteristics examined, size was the characteristics with the weakest association with personnel practices...”* (Jackson et. al., 1989, p777). Tevens kwamen Jackson et. al. tot enkele verrassende conclusies. Uit hun onderzoek bleek dat kleine organisaties meer gebruik maakten van formele appraisalssystemen en werknemers meer uren training ondergingen (Jackson et. al., 1989, p777). We stellen onderstaande propositie voor:

Propositie 2:

Op basis van het onderzoek van Shaw en Fisher et. al. (1993) kunnen we een verband tussen de grootte van de organisatie en de implementatie van IPM vermoeden.

2.3 Vakbondsniveau

De relatie tussen de aanwezigheid van vakbonden en de toepassing van HR-praktijken is vanuit de literatuur nog steeds onduidelijk (Shaw en Fisher et. al., 1993, p792). Vele studies spreken elkaar hier tegen. Shaw en Fisher et. al. concluderen dat de vertegenwoordiging van de werknemers een matige voorspeller is voor HR-praktijken (Shaw en Fisher et. al., 1993, p811). De resultaten van de studie tonen aan dat sommige HR-praktijken een bescheiden positieve relatie hebben met ‘level of unionization’ (Shaw en Fisher et. al., 1993, p811). Hieruit concluderen Shaw en Fisher et. al. dat: “... when such [union/representative] groups grow to some significant size within the firm, they tend to encourage better, not more restrictive, HR practices.” (Shaw en Fisher et. al., 1993, p811). Ook Jackson et. al. (1989) vonden een zwakke maar positieve relatie. Uit hun onderzoek bleek dat organisaties met een hoog niveau van unionization meer bonussen toewijzen op basis van ondernemingsproductiviteit, compensatie meer gebaseerd is op incentives, alsook organisaties meer bereid zijn om hun personeel beter te betalen (Jackson et. al., 1989, p772).

Ondanks dat deze twee studies een licht positieve relatie aantonen, blijft het verband tussen het niveau van ‘unionization’ en de implementatie van personeelsinstrumenten twijfelachtig. Deze relatie zal in onze studie dan ook getoetst worden voor de Vlaamse ziekenhuissector op basis van onderstaande propositie:

Propositie 3:

Op basis van het onderzoek van Shaw en Fisher et. al. (1993) en Jackson et. al. (1989) veronderstellen we een positief verband tussen de implementatie van IPM en het vakbondsniveau.

2.4 HR-departement

Het verband tussen de aanwezigheid van een formeel Human Resource Management (HRM) departement en het gebruik van gesofisticeerde HR-praktijken is omwille van verschillende redenen voor de hand liggend.

- Een eerste reden betreft de overlevingskracht van het HR-departement. Als gevolg daarvan zal het HR-departement haar nut en belang binnen de organisatie willen bewijzen. Bijgevolg zullen meer HR-praktijken geïmplementeerd worden (Shaw en Fisher et. al., 1993, p792).
- Tevens maakt het formeel bestaan van een HR-departement het mogelijk om opgeleid HR-

personeel tot de organisatie aan te trekken die op zich dan weer bekwaam zijn om gesofisticeerde HR-praktijken binnen de organisatie te ontwikkelen en te implementeren (Shaw en Fisher et. al., 1993, p792).

- Ten derde is de aanwezigheid van een formeel HR-departement tevens een indicatie van de toewijding van het topmanagement tegenover het Human Resource Management binnen de organisatie (Shaw en Fisher et. al., 1993, p793).

Deze drie redenen bieden reeds een verklaring waarom de louter formele aanwezigheid van een HR-departement reeds een onafhankelijke variabele is in het voorspellen van de aanwezigheid en uitvoering van HR-praktijken.

Toch gaan de auteurs, Shaw en Fisher et. al. (1993), nog een stap verder in hun studie. Als aanvulling op de loutere aanwezigheid van een HR-afdeling kunnen meer gedetailleerde specificaties betreffende het HR-departement ook een voorspellende waarde hebben. Zo onderzochten Shaw en Fisher et. al. onder andere de grootte van het departement en de macht en verantwoordelijkheid die het departement van het topmanagement toegewezen kreeg, namelijk de mate van decentralisatie van het HR-departement (Shaw en Fisher et. al., 1993, p793).

De resultaten van de studie wezen uit dat organisaties met een groot formeel HR-departement inderdaad meer gesofisticeerde HR-praktijken aanwenden (Shaw en Fisher et. al., 1993, p 812). Hieruit kunnen we volgende propositie vooropstellen:

Propositie 4:

We kunnen een positief verband tussen de grootte en de aanwezigheid van een formeel HR-departement en de implementatie van IPM veronderstellen op basis van de studie van Shaw en Fisher et. al. (1993).

2.5 Organisatiestructuur

Een laatste determinant die Jackson et. al. (1989) aanhalen om het verschil in gebruik van HR-praktijken tussen organisaties te verklaren, is de organisatiestructuur. Hierbij focussen Jackson et. al. zich hoofdzakelijk op het verschil tussen divisionele structuren, waarbij gedepartmentaliseerd wordt op basis van producten, productlijnen, markten, geografische regio's en de functionele structuren, waarbij gedepartmentaliseerd wordt op basis van verschillende functies binnen de onderneming zoals marketing, R&D, financiën, enzovoorts (Jackson et. al., 1989, p739-740). Indien de

organisatiestructuur volgens de respondenten niet voldeed aan één van bovenstaande structuren, werden de respondenten gevraagd om de organisatiestructuur zo goed mogelijk te omschrijven. Hierbij omschreven de meesten de organisatiestructuur als een gemixed type of een matrixstructuur.

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat productgestructureerde ondernemingen meer gebruikmaken van compensatievoordelen om het personeel te focussen op de lange termijn doelstellingen van de onderneming (Jackson et. al., 1989, p.777). Zo werd er meer gebruik gemaakt van stock ownership en bonussen voor ‘company-wide’ productiviteit dan bij functioneel gestructureerde ondernemingen (Jackson et. al., 1989, p776-777). Tevens bleken productgestructureerde ondernemingen de performance appraisals meer te baseren op input van leidinggevenden dan van de werknemers (Jackson et. al., 1989, p762). Bij de functioneel gestructureerde ondernemingen stelde men vast dat meer werknemers getraind worden om toekomstige posities in de onderneming in te nemen (Jackson et. al., 1989, p762). We kunnen hieruit aannemen dat divisionele structuren meer prestatiegericht werken dan andere organisatiestructuren. Op basis hiervan formuleren we onderstaande propositie:

Propositie 5:

Gebaseerd op de studie van Jackson et. al. (1989) vermoeden we een verband tussen de organisatiestructuur en de mate van implementatie van IPM.

Naast de vijf hierboven genoemde factoren, bespreken Jackson et. al. (1989) in hun onderzoek nog een aantal andere variabelen. Dit zijn: industriesector, productietechnologie en competitieve strategie. Jackson et. al. geven zelf aan dat deze factoren enkel relevant zijn voor de productiesector (Jackson et. al., 1989, p743). Bijgevolg zijn deze determinanten niet van toepassing voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 3

Organisatiecultuur

Nu organisatiecultuur als één van de onafhankelijke variabelen voor dit onderzoek geïdentificeerd is, gaan we in de wetenschappelijke literatuur op zoek naar een betrouwbaar en geschikt construct voor het vastleggen van organisatiecultuur.

3.1 Organisatiecultuur meten

3.1.1 Kwantitatief versus kwalitatief

Grote onenigheid tussen onderzoekers bestaat over hoe men de cultuur van een organisatie het best kan vastleggen.

Het merendeel van de studies rond organisatiecultuur is gebaseerd op kwalitatieve onderzoeken, waarvan hoofdzakelijk casestudies van één of meerdere organisaties (Chatman J. en Jehn K., 2001, p170). Dit omdat men ervan uitgaat dat bepaalde aspecten van cultuur moeilijk toegankelijk zijn omdat ze veelal onbewust worden ondergaan en uniek zijn (Rousseau, 1990 geciteerd door O'Reilly C. et. al., 1991, p493 en Xenikou A. en Furnham A., 1996, p350). Tevens argumenteren deze aanhangers dat de uniekheid van de cultuur van een organisatie, het onmogelijk maakt voor buitenstaanders om a priori vragen en dimensies op te stellen die de organisatiecultuur in kaart brengen (Xenikou A. en Furnham A., 1996, p350).

Ondanks dat Rousseau stelde dat het kwantitief meten van organisatiecultuur controversieel is, gaf Rousseau toch toe dat naast deze moeilijk te meten aspecten er toch nog culturele dimensies zijn die er zich wel toe lenen om kwantitief vastgelegd te worden (Rousseau, 1990 geciteerd door O'Reilly C. et. al., 1991, p493). Voorstanders van kwantitatieve metingen argumenteren dat enkel via cijfermatig onderzoek verschillen in cultuur tussen organisaties betrouwbaar kunnen vastgelegd

worden. Enkel op deze basis kunnen betrouwbare conclusies getrokken worden (Chatman J. en Jehn K., 2001, p171 en Cabrera E. en Bonache J., 1999, p54). Tevens benadrukken Tucker et. al. dat het kwantitatief meten van cultuur soms een noodzaak is aangezien in vele onderzoeken, net zoals in dit onderzoek, cultuur als een onafhankelijke variabele wordt gebruikt (Tucker R. et. al., 1990, p6).

3.1.2 Obstakels bij het meten van organisatiecultuur

Organisatiecultuur meten is zeer moeilijk om verscheidene redenen (Gershon R. et. al., 2004,p35). Een eerste reden betreft dat vele onderzoekers niet op de hoogte zijn van het verschil tussen organisatiecultuur en organisatieklimaat. Deze termen worden nogal dikwijls onbewust door elkaar gehaald of als synoniemen gebruikt. Organisationscultuur is, volgens de algemeen aanvaarde definitie van Schein: “het geheel van normen, waarden en basisaannames die ontwikkeld worden door een groep om te kunnen overleven en die kunnen aangeleerd worden aan de nieuwe leden van deze groep”(Coeling H., Simms L., 1993, p46-47). Organisationsklimaat daarentegen is eerder *de perceptie* van de werknemers over de organisatiecultuur. Met anderen woorden, organisatieklimaat reflecteert de individuele percepties of gevoelens die de werknemers hebben ten aanzien van de organisatie, terwijl cultuur eerder bestaat uit de gezamenlijk gedeelde overtuigingen en verwachte gedragingen (Coeling H., Simms L., 1993, p48). Concreet in de praktijk betekent dit dat organisatiecultuur evolueert en zo complex is dat het nauwelijks manipuleerbaar is, terwijl organisatieklimaat tijdelijk is en dikwijls onderhevig is aan manipulatie door organisatieleden met veel macht en invloed (Denison, 1996, geciteerd door Sarros J. et. al., 2005, p160). Toch tonen vele schalen die gebruikt worden voor het meten van organisatieklimaat grote gelijkenissen met deze die gebruikt worden voor het meten van organisatiecultuur (Coeling H., Simms L., 1993, p48). Desondanks de vele gelijkenissen tussen de beiden, wijzen Coeling en Simms op het feit dat de doelstelling van de analyse erg verschillend is (Coeling H., Simms L., 1993, p48). Klimaatschalen maken het voor managers mogelijk om een omgeving te creëren die de sociale functionering, werknemerstevredenheid en productiviteit bewerkstelligt (Coeling H., Simms L., 1993, p48). Cultuurmetingen daarentegen zijn gericht op het begrijpen en voorspellen hoe een organisatie, en de leden ervan, zich zullen gedragen onder wijzigende omstandigheden (Coeling H., Simms L., 1993, p48).

De onenigheid tussen vele onderzoekers over de gebruikte terminologie is een tweede reden die het onderzoeken van organisatiecultuur bemoeilijkt (Tucker R. et. al., 1990, p4). Foutieve conclusies, interpretaties of zelfs foutieve resultaten kunnen hiervan een gevolg zijn.

Tot slot zijn er reeds enorm veel organisatiecultuurmeetinstrumenten ontwikkeld. De dimensies, de structuur en de methode van al deze constructen zijn heel erg uiteenlopend (Tucker R. et. al., 1990, p4). Dit maakt het voor onderzoekers erg moeilijk om een geschikt construct te kiezen. Er lijken wel 1000 goede methoden en constructen.

3.1.3 Enkele tips bij het zoeken naar het gepaste construct

Naast de hierboven aangehaalde obstakels vinden we in de literatuur ook enkele tips terug voor onderzoekers die op zoek zijn naar het gepaste cultuurconstruct:

1. Maak gebruik van uniforme terminologie en wees consistent in het gebruik daarvan. (Gershon R. et. al., 2004, p38)
2. Prioriteit moet gegeven worden aan constructen die reeds in de zorgsector toegepast werden en die gebaseerd zijn op een theoretisch raamwerk. (Scott T. et. al., 2003, p926 en Gershon R. et. al., 2004, p38)
3. Een betrouwbaar construct is een construct dat veelvuldig getest is op inhoudelijke, gezichts- en constructvaliditeit op de verscheidene dimensies die het hanteert. (Gershon R. et. al., 2004, p38 en Scott T. et. al., 2003, p926)
4. Zorg ervoor dat alle metingscriteria zo doelmatig en specifiek mogelijk geformuleerd zijn binnen de context van het onderzoek. (Gershon R. et. al., 2004, p38)

Tevens benadrukken Tucker et. al. dat goede organisatiecultuurconstructdimensies moeten geïdentificeerd worden door managers en/of professionele leidinggevenden en niet door uitvoerende werknemers (Tucker R. et. al., 1990, p6).

Daar bovenop wijzen Scott et. al. ons nog op het feit dat bij het kiezen van een geschikt cultuurconstruct de context, het gebruik en het doel van het onderzoek doorslaggevende factoren moeten zijn. Meer bepaald stellen Scott et. al. dat: *“The choice of instrument should be determined by how organizational culture is conceptualized by the research team, the purpose of the investigation, intended use of the results, and availability of resources”* (Scott T. et. al., 2003, p923).

Met deze tips in het achterhoofd gaan we in de wetenschappelijke literatuur op zoek naar het gepaste cultuurconstruct voor deze studie.

3.2 Organisatiecultuurconstructen

Tijdens de zoektocht naar het kwantitatief meten van organisatiecultuur stoten we op drie wetenschappelijke literatuurstudies die een overzicht geven van de belangrijkste organisatiecultuurconstructen toegepast binnen de gezondheidszorg.

- Meer concreet geeft het artikel *“The quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A review of the available instruments”* ons een overzicht, een beknopte beschrijving en een beoordeling van 13 instrumenten voor het meten van organisatiecultuur (Scott T. et. al., 2003, p923-945).
- Het tweede artikel, *“Mapping the Organizational Culture Research in Nursing: a literature review”*, doet hetzelfde (Scott-Findlay S. en Estabrooks C., 2006, p508-509). Het resultaat van deze studie is een opsomming van 10 organisatiecultuurconstructen die hun toepassing in de healtcare-context reeds gevonden hebben.
- Tot slot geven Gershon et. al. in hun studie *“Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare”*, ook een overzicht van 12 cultuur- en klimaatmeetinstrumenten (Gerson R. et. al., 2004, p33-40).

Deze drie literatuurstudies helpen ons op weg naar het zoeken van het meest geschikte construct voor de uitvoering van deze studie.

Hieronder volgt een bespreking en een kritische evaluatie van enkele van de belangrijkste en meest bruikbare constructen die er te vinden zijn in context van deze studie. Hierbij werd onder andere rekening gehouden met de verscheidene tips die auteurs geven zoals bescheven in sectie 3.1.3.

3.2.1 Hofstede's cultuurdimensies

Hofstede ontwikkelde vijf dimensies die verklaren hoe nationale culturen onderling van elkaar verschillen. Deze dimensies zijn de machtsafstand, individualisme versus collectivisme, mannelijkheid versus vrouwelijkheid, het ontwijken van onzekerheid en lange termijn versus korte termijn oriëntatie. Deze vijf dimensies werden omgezet in vijf meetbare indexen, respectievelijk de 'Power Distance Index', 'Individualism', 'Masculinity', 'Uncertainty Avoidance Index' en 'Long-Term Orientation'.

Echter, Hofstede stelde zelf vast dat nationale cultuurverschillen en organisatiecultuurverschillen strikt van elkaar moeten gescheiden worden. Bijgevolg zijn de vijf dimensies voor het meten van nationale cultuurverschillen niet toepasbaar om cultuurverschillen tussen bedrijven in eenzelfde land te verklaren. Hofstede zag deze beperking in en voerde daarom een studie uit naar cultuurverschillen tussen organisaties binnen eenzelfde land. Uit deze studie distilleerde hij zes dimensies die cultuurverschillen tussen organisaties binnen eenzelfde land kunnen verklaren. Dit zijn proces- versus resultaatgericht, taak- versus werknemergericht, professioneel versus parochiaal, open versus gesloten systemen en strenge versus losse controle. Toch bevatten ook deze dimensies grote beperkingen. Zo wezen Chatman J. en Jehn K. op het feit dat deze zes dimensies nauwelijks met elkaar in relatie werden gebracht. Dit had als gevolg dat opstellen van een profiel van elke organisatie's specifieke cultuur heel moeilijk was (Chatman J. en Jehn K., 2001, p168). Tevens voegt Hofstede op zijn persoonlijke website¹ toe dat de positie van een organisatie volgens deze zes dimensies sterk afhangt van de sector of industrie waarin desbetreffende organisatie zich bevindt. Ook andere onderzoekers kwamen tot deze conclusie. Zo stelden Chatman J. en Jehn K. dat slechts twee van de zes dimensies van Hofstede, cultuurverschillen op organisationeel niveau verklaren, namelijk taak- versus werknemersgericht en open versus gesloten systeem (Chatman J. en Jehn K., 2001, p169). De andere vier dimensies tonen grote gelijkenissen over organisaties heen binnen eenzelfde sector.

Vanuit deze kritiek kunnen wij besluiten dat voor dit onderzoek geen gebruik wordt gemaakt van Hofstede's cultuurconstructen. Omdat dit onderzoek zich beperkt tot één specifiek land en één specifieke sector, nl. Vlaamse ziekenhuizen, kunnen we concluderen dat Hofstede's construct onvoldoende de cultuurverschillen per organisatie zal vaststellen.

We stellen ook vast dat in het verleden nog geen gebruik werd gemaakt van Hofstede's dimensies in de context van ziekenhuizen of ruimer nog, de gezondheidssector (Scott T. et. al., 2003, p926). Vandaar gaan we vanaf nu enkel nog op zoek naar organisatiecultuurconstructen die reeds hun toepassing binnen deze sector bewezen hebben.

3.2.2 Het Competing Values Framework (CVF)

Het CVF maakt gebruik van een aantal dimensies, die kunnen gegroepeerd worden, om zo vier typen organisatiecultuur te onderscheiden (Jones K. et. al., 1997, p73). Het CVF is één van de meest gebruikte cultuurconstructen. Het is heel eenvoudig, snel en vraagt weinig moeite. Het

¹Persoonlijke website van Hofstede: <http://feweb.uvt.nl/center/hofstede/index.htm>

werd reeds gebruikt om verschillen te verklaren tussen organisaties bij het implementeren van kwaliteitsverbeterende activiteiten (Gifford B., 2002, p13). Echter, het resultaat van de toepassing van het CVF is een zeer enge classificatie van organisatietypes. Tevens is het heel gebruikelijk, en zelfs wenselijk, dat een organisatie aan meerdere culturele types kan voldoen (Sales E. et. al., 2007, p3). Omwille van deze reden zou het zeer moeilijk zijn om dit construct voor deze studie te hanteren. Immers, door het identificeren van gemengde cultuurtypes wordt het heel moeilijk om echte verschillen in cultuurprofielen per organisatie vast te stellen en van elkaar te onderscheiden. Daarnaast stellen Scott et. al. dat dit construct slechts een heel vage en globale weergave over cultuur biedt.

3.2.3 De Quality Improvement Implementation Survey (QIIS)

Deze survey werd ontwikkeld in het kader van een studie naar de relatie tussen de implementatie van Total Quality Management (TQM) en organisatiecultuur in ziekenhuizen. Bij de ontwikkeling van deze tool baseerden de auteurs zich op het hierboven besproken CVF (Scott T. et. al., 2003, p927). Bijgevolg bestaat dit construct ook uit vier cultuurcategorieën zijnde: de groepscultuur, de ontwikkelingscultuur, de rationele cultuur en de hiërarchische cultuur (Shortell S. et. al., 2000, p210).

De resultaten van de studie toonden echter aan dat er geen relatie is tussen de implementatie van TQM en de organisatiecultuur (Shortell S. et. al., 2000, p215). De statistische tests die uitgevoerd werden op het cultuurconstruct, toonden aan dat de cultuurvariëteit tussen de ziekenhuizen groter is dan binnen de ziekenhuizen zelf (Shortell S. et. al., 2000, p210). Dit bewijst dat dit construct echt de organisatiecultuur, en in mindere mate de subculturen, weergeeft.

Helaas is dit construct ook onderhevig aan de beperking van het construct waarop het gebaseerd is namelijk het CVF. Met andere woorden, ook hier kunnen we ons de vraag stellen in welke mate deze enge cultuurclassificatie genoeg variëteit zal weergeven zoals vereist voor dit onderzoek.

3.2.4 De Organizational Culture Inventory (OCI)

Tijdens onze zoektocht stoten we op een onderzoek dat vier cultuurmeetinstrumenten onderling vergelijkt, evalueert en grondig test (Xenikou A. en Furnham A., 1996, p349-371). Deze vier meetinstrumenten betreffen de 'Culture Gap Survey', de 'Organizational Beliefs Questionnaire', de 'Corporate Culture Survey' en de 'Organizational Culture Inventory'. Alle vier deze constructen werden getest door afname bij managers. Enkel het laatstgenoemde construct, het OCI, komt in

aanmerking voor deze studie aangezien volgens de literatuurstudies van Scott T. et. al. (2003), Scott-Findlay S. en Estabrooks C. (2006) en Gershon R. et. al. (2004) de andere constructen hun toepassing binnen de gezondheidszorg nog niet gevonden hebben. Het OCI werd in 1989 door Cooke en Lafferty (1989) ontwikkeld en bestaat uit 12 subdimensies die tot stand komen door de intersectie van twee hoofddimensies zijnde: ‘taak-mensgerichtheid’ en ‘veiligheid-voldoening’ (Xenikou A. en Furnham A., 1996, p354).

Uit de resultaten van de vergelijkende studie blijkt dat het OCI het hoogst scoort wat betreft interne consistentie en ook het meest betrouwbare construct is van de vier (Xenikou A. en Furnham A., 1996, p385).

Het OCI blijkt omwille van haar toepassing binnen de Healthcare context, afname door managers en bewezen betrouwbaarheid een geschikt construct voor dit onderzoek. Echter, wordt dit construct, bestaande uit totaal 120 items, door Scott et. al. bestempeld als lang en complex (Scott T. et. al., 2003, p926). Bovendien is het volledige construct niet vrij verkrijgbaar en is het gebruik ervan gelimiteerd door copyright (Scott T. et. al., 2003, p926).

3.2.5 De Hospital Culture Questionnaire (HCQ)

Het HCQ werd in 1993 ontwikkeld door Skieving et. al.. Het meet de opinie van de werknemers over hun organisatie op basis van acht dimensies zijnde; supervisie, werkgeversattitudes, rolsignificantie, imago van het ziekenhuis, competitiviteit, werknemersvoordelen, samenhangigheid en werkdruk. Het grote voordeel van dit construct is dat het specifiek ontwikkeld is voor de gezondheidssector (Scott T. et. al., 2003, p926). Echter, Scott et. al. benadrukken dat dit instrument ontwikkeld werd binnen de specifieke context van de private ziekenhuissector en bijgevolg het gebruik ervan in de publieke sector de nodige testing en aanpassingen vraagt (Scott T. et. al., 2003, p926). We kunnen ons ook de vraag stellen of dit construct wel écht organisatiecultuur meet. Aangezien dit construct zich baseert op *de opinies* van de personeelsleden kan men eigenlijk stellen dat dit construct, volgens de definitie van Gershon et. al., eerder het organisatieklimaat meet in plaats van de organisatiecultuur (zie sectie 3.1.2).

3.2.6 Het Nursing Unit Assessment Tool (NUCAT)

De NUCAT werd in 1993 ontwikkeld door Coeling en Simms en is een van de meest gehanteerde cultuurmeetinstrumenten binnen de ziekenhuissector. Ondertussen bestaan er reeds heel wat varianten op de originele NUCAT, naargelang de gebruikte meetschalen, namelijk de NUCAT-2 en

de NUCAT-3. Bijgevolg is de validiteit van dit construct veelvuldig en grondig getest wat het een betrouwbaar instrument maakt. De oorspronkelijke NUCAT meet 50 verschillende culturele gedragingen van het verplegend personeel (Coeling H., Simms L., 1993, p51). Deze tool poogt ernaar om de cultuurverschillen tussen de verpleegkundige units te meten en zo een zicht te krijgen op de bestaande subculturen binnen de organisatie (Goodridge D., Hack B., 1996, p43).

Wij echter, voor deze studie, zijn op zoek naar een cultuurconstruct dat eerder de volledige organisatiecultuur meet in plaats van groep- of subculturen binnen de organisatie. Tevens bevindt het toepassingsniveau van dit construct zich op het uitvoerend niveau binnen de organisatie. Bovendien zijn binnen de wetenschappelijke literatuur geen voorbeelden te vinden die erop wijzen dat deze tool ook toepasbaar is bij managers en ooit gebruikt werd voor het meten van de volledige organisatiecultuur.

3.2.7 Het Survey of Organisational Culture (SOC)

Omwille van de grote onenigheid tussen onderzoekers over de gebruikte dimensies voor het meten van cultuur, ontwikkelden Tucker et. al. (1990) hun eigen meetinstrument, het SOC. Voor de opbouw van dit construct werd bij 50 managers via diepte interviews gevraagd naar wat zij als significante elementen van hun bedrijfscultuur beschouwen. Het resultaat daarvan is een construct bestaande uit 13 verschillende schalen dat gebruik maakt van een 5-point Likert schaal. Dit construct werd vervolgens ook uitvoerig kwantitatief getest. In de steekproef waren enkele ziekenhuizen opgenomen. De resultaten toonden aan dat dit construct werkelijk de organisatiecultuur als één geheel meet omdat het construct een grote variatie vaststelt tussen organisaties, maar slechts minimaal varieert binnen de organisatie (Tucker R. et al., 1990, p9-10). Bijgevolg biedt dit construct heel wat mogelijkheden voor dit onderzoek. Desondanks is er nog geen bewijs geleverd dat dit construct ook uitsluitend toepasbaar is op ziekenhuizen, of meer algemeen binnen de gezondheidszorgsector. Tevens blijkt uit het doornemen van de literatuur dat van dit construct binnen de gezondheidszorg nog maar weinig werd gebruik gemaakt (Scott T et. al., 2003, p926 en Scott-Findlay S., Estabrooks C., 2006, p509).

3.2.8 Het Organizational Culture Profile (OCP)

Een andere belangrijke auteur die reeds uitgebreid onderzoek verricht heeft naar organisatiecultuur en zelf een construct ontwikkelde is Charles O'Reilly (1991). Hij verrichtte ondermeer onderzoek naar de 'person-organisation fit' waarbij hij de cultuur van een organisatie meette bij de leden van

de organisatie alsook de culturele voorkeuren van deze leden (O'Reilly C. et al, 1991, p487-516). Op basis van deze metingen bewees hij dat indien de cultuur van een organisatie overeenkomt met de individuele culturele voorkeuren van de leden binnen die organisatie, dit zal leiden tot een hogere performantie door een hogere jobtevredenheid, een hogere organisatietoewijding van de leden, de verlaging van de turnover en de retentie binnen de organisatie stijgt.

In het kader van dit onderzoek ontwikkelde hij het OCP. Dit is een construct dat gebruikt kan worden voor het meten van zowel de organisatiecultuur, als voor het meten van individuele cultuurvoorkeuren van de leden van de organisatie om zo de 'person-organization fit' te bepalen. Dit construct bestaat uit 54 items die peilen naar deze culturele waarden. 26 van deze 54 items worden gebruikt voor het meten van de organisatiecultuur. Deze 26 items worden dan gelinkt aan 7 factoren die de overheersende cultuur van een organisatie samenvatten. Deze factoren zijn innovatie, stabiliteit, respect voor mensen, resultaatsgerichtheid, aandacht voor detail, teamoriëntatie en agressiviteit. Hoewel deze 7 cultuurfactoren grote gelijkenissen vertonen met Hofstede's organisatiecultuur dimensies, slaagde O'Reilly er wel in om verschillende cultuurprofielen tussen organisaties binnen eenzelfde sector en binnen eenzelfde natie te identificeren (Chatman J. en Jehn K., 2001, p168-169).

Replicatie van de studie

In 2001 deden Chatman J. en Jehn K. de studie over. Chatman J. en Jehn K. (2001) concludeerden uit hun studie dat de zeven factoren van O'Reilly representatief zijn voor organisatieculturen en dat bovendien deze dimensies onafhankelijk variëren tussen organisaties zodat er een variëteit aan culturele profielen is tussen organisaties, en bijgevolg ook onderlinge vergelijking mogelijk is.

Herschikking van het construct

Daarnaast voerden ook Windsor en Ashkanasy, op basis van een uitgebreide statistische analyse, enkele kleine veranderingen door aan het oorspronkelijke construct van O'Reilly. De zevende cultuurfactor 'agressiviteit' werd geschrapt en enkele items werden herschikt (Baird K. et. al., 2007, p19-20). Deze minimale veranderingen maken het construct heel wat gebruiksvriendelijker, maar doen geen afbreuk aan de betrouwbaarheid ervan. Aangezien deze herschikking ook door enkele andere auteurs, namelijk McKinnon et. al. en Braid et. al., onafhankelijk van elkaar gevonden werd, kunnen we concluderen dat deze toch ook van enig belang zijn (Baird K. et. al., 2007, p19).

Toepassing op Belgische ziekenhuizen

Het OCP is één van de belangrijkste cultuurconstructen die vandaag nog in gebruik is (Sarros J. et. al., 2005, p160). Het werd reeds éénmaal gebruikt binnen de ‘Healthcare’-context. Meer bepaald deed Vandenberghe O’Reilly’s studie over bij 28 ziekenhuizen in België (Vandenberghe C., 1999, p175-184).

Vandenberghe zag zijn studie als een betrouwbaarheidstest van het OCP. Hij wou met deze studie te weten komen of dit cultuurmeetinstrument niet deels of volledig onderhevig is aan de nationale cultuurinvloeden waarin het ontwikkeld is, en bijgevolg ook buiten de accountancysector en buiten de Verenigde Staten toepasbaar is (Vandenberghe C., 1999, p176).

Na de uitvoering van Vandenberghe’s onderzoek bleken zijn resultaten in overeenstemming te zijn met deze van O’Reilly. Hieruit besloot Vandenberghe dat het OCP wel degelijk toepasbaar is in andere industrieën, en ook buiten de Verenigde Staten zorgeloos hanteerbaar is. Tevens besloot Vandenberghe dat:

“On the Whole, the [...] results show that while some significant variation on the OCP dimensions was observed at the three levels considered, the most important source of variance was obviously the organization” (Vandenberghe C., 1999, p180)

“Although some variety among ratings within hospitals was detected, agreement was better and variance larger at the organizational level” (Vandenberghe C., 1999, p181)

Met andere woorden het OCP meet een sterke interne culturele consistentie binnen organisaties en een grote variëteit aan organisatiecultuur tussen de organisaties. Tevens werd de vragenlijst met betrekking tot het meten van organisatiecultuur deels bij managers binnen de organisatie afgenomen (Vandenberghe C., 1999, p177).

Aanpassing van de meetschaal

Hieruit kunnen we besluiten dat het OCP een geschikt construct zou kunnen zijn voor het uitvoeren van deze studie. Het enige nadeel dat door verscheidene auteurs werd aangehaald, betreft de meetschaal die gebruikt wordt (Sarros J. et. al., 2005, p160; Xenikou A. en Furnham A., 1996, p352 en Tepeci M. en Bartlett B., 2002, p153). O’Reilly en Vandenberghe maakten in hun studie gebruik van een ipsatieve methode zijnde de Q-Sort. Dit is tevens ook de reden waarom het OCP niet opgenomen werd in de vergelijkende studie van Xenikou en Furnham (Xenikou A. en Furnham A., 1996, p352).

Vanuit deze kritiek ontwikkelende Sarros et. al. een gebruiksvriendelijkere versie van het OCP die gebruikmaakt van een normatieve meetschaal nl. een 5-point-Likert schaal. Tevens werden de benamingen van dimensies geüpdate en aan grondige statistische tests onderworpen. Bij de uitvoering van hun studie, richtten Sarros et. al. zich vooral op de bestudering van organisatiecultuur vanuit een individueel perspectief (Sarros J. et. al., 2005, p160). Meer concreet baseerde men zich hierbij op de perspectieven van managers en senior executives, wat in overeenstemming is met de opzet van dit onderzoek (Sarros J. et. al., 2005, p160). De resultaten van het onderzoek van Sarros et. al. ondersteunden de structuur van het originele OCP niet (Sarros J. et. al., 2005, p174). Dit leidde tot een herstructurering van de dimensies en items van het OCP. Tevens werd het aantal items van het originele OCP gereduceerd naar 28 (Sarros J. et. al., 2005, p174).

3.3 Conclusie

In de literatuur zijn heel wat constructen die organisatiecultuur trachten te meten, terug te vinden. In dit hoofdstuk werden slechts enkele van de meest bekende, betrouwbare en bruikbare constructen toegelicht. Zoals Rousseau (1990; geciteerd door Xenikou A. en Furnham A., 1996, p350-351) en Scott et. al. (2003, p941) stellen, moet de keuze van het geschikte construct in grote mate bepaald worden door de opzet van het onderzoek. Vanuit dit perspectief werden de hierboven aangehaalde constructen beoordeeld. Een samenvatting van de beoordeling kan teruggevonden worden in bijlage ?? achteraan.

Algemeen kunnen we besluiten dat het construct van O'Reilly het meest adequate is voor dit onderzoek. Dit construct heeft zijn betrouwbaarheid reeds meermaals bewezen, ook binnen de ziekenhuissector in België. Enkel het gebruik van de Q-Sort meetmethode is een mogelijke beperking bij het gebruik van het OCP. Vandaar dat voor dit onderzoek een 5-point-Likert schaal zal gebruikt worden. Tevens houden wij rekening met de minimale herschikking van de items volgens Windsor en Ashkanasy (1996) die ook door verscheidene andere auteurs werd bevestigd (Braid et. al., 2007). Echter, wij baseren ons niet op de herwerking en herstructurering van OCP volgens Sarros et. al. (2005). Dit omdat hierover nog geen referenties van andere auteurs terug te vinden zijn, en bijgevolg de betrouwbaarheid nog betwistbaar is. Tevens stemt het toepassingsgebied van Sarros's et. al. studie niet overeen met dit onderzoek. Ook het CVF leek geschikt voor dit onderzoek maar bij gebrek aan bewijskracht dat dit construct genoeg variëteit zal weergeven, zal van het CVF geen gebruik gemaakt worden.

Hoofdstuk 4

Methodologie en onderzoeksaanpak

Zoals reeds aangehaald in het onderzoeksvoorstel bestaat het praktijkgedeelte van dit onderzoek uit een viertal fasen. De eerste fase betreft het opstellen van de vragenlijst. In een tweede fase wordt de vragenlijst getest. Vervolgens wordt deze verspreid. Tot slot worden de ontvangen vragenlijsten verwerkt en resultaten gegenereerd. Hieronder wordt de onderzoeksaanpak en methodiek besproken.

4.1 Opstellen van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit drie grote delen zijnde; personeelsevaluatie, cultuur en organisatie- en respondentengegevens.

4.1.1 Personeelsevaluatie

In dit deel van de vragenlijst werd gepeild naar het gebruik en de implementatie van personeelsevaluaties en IPM in Vlaamse ziekenhuizen. IPM is het geheel aan managementpraktijken die ervoor zorgen dat individuen verantwoordelijk gehouden worden voor hun bereikte resultaten (Vanderstraeten A., 2001, p174). Personeelsleden worden hier op een resultaatgerichte wijze geëvalueerd. Dit houdt zowel de evaluatie op prestatienormen alsook de evaluatie op competenties in. Individueel prestatie management kan ook omschreven worden als een continue zelf-hernemende cirkel van vijf fasen zijnde de functiebeschrijving, de prestatie-overeenkomst, het persoonlijk ontwikkelingsplan, de opvolging en de evaluatie (Armstrong M., 2003, p485-486). Dit geheel noemt men kortweg de IPM-cyclus. Het doorlopen van al deze fasen, die vooraf gaan aan de evaluatie, zijn cruciaal voor het correct en resultaatgericht evalueren van het personeelslid en bepalen de mate van implemen-

tatie van IPM in de organisatie. Concreet kijken we of zowel de functiebeschrijvingen (fase 1 van de IPM-cyclus) als de uiteindelijke evaluatie van de personeelsleden (fase 5 van de IPM-cyclus) gebeurt op basis van competenties én vooraf geformuleerde resultaatsnormen. Ook de opvolging van het personeelslid voorafgaand aan de evaluatie wordt nagegaan (fase 4 van de IPM-cyclus). Voor het opstellen van de vragen werd hoofdzakelijk beroep gedaan op een vragenlijst opgesteld door Decramer A., die in het kader van haar lopende doctoraatsstudie ontwikkeld werd (Decramer A., 2007). Concreet werd gevraagd of men aan personeelsevaluatie doet, hoe vaak men dit doet, hoe men dit doet en op wat men zich hierbij baseert. Daarnaast werden ook enkele vragen gesteld rond het gebruik van functiebeschrijvingen, het opvolgen van het functioneren van de personeelsleden en de motivatie voor het gebruiken van al deze personeelsinstrumenten. Deze vragen werden gesteld voor vier gangbare personeelscategorieën binnen ziekenhuizen zijnde de diensthoofden, de artsen, de hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel.¹

4.1.2 Cultuur

In dit deel van de vragenlijst werd gepeild naar het cultuurprofiel van de organisatie. Zoals uitvoerig bestudeerd en besproken in de literatuurstudie, werd hiervoor de herwerkte versie van het ‘Organizational Culture Profile’ van O’Reilly volgens Baird K. et. al. gebruikt (zie hoofdstuk 3).

4.1.3 Organisatie- en respondentengegevens

Het derde, en laatste deel omslaat enkele eenvoudig in te vullen vragen die betrekking hebben tot de organisatie en de respondent. Voor het beschrijven van de respondentengroep werd gevraagd naar het geslacht, de leeftijd, de opleiding(en), en de huidige functie. In dit deel van de vragenlijst zitten ook de organisatiefactoren die geïdentificeerd werden in de literatuurstudie, vervat (zie hoofdstuk 2). Voor het uitwerken van vragen rond deze onafhankelijke factoren baseren we ons hoofdzakelijk op de studies besproken in hoofdstuk 2.

- **Vakbond:** In de studies van Shaw en Fisher et. al. (1993) en Jackson et. al. werd het vakbondsniveau van de organisaties gemeten door het berekenen van het aantal personeelsleden dat aangesloten is bij een vakbond (Shaw en Fisher et. al., 1993, p794 en Jackson et. al., p740). Een gelijkaardige studie van Monks K. en Loughnane M. onderzocht deze variabele

¹Deze personeelscategorieën werden geïdentificeerd op basis van een interview met Kris Heeren, senior manager van de afdeling government van Hudson. Dit gesprek vond plaats op 21 december 2007.

door de relatie van de organisatie met de vakbond te bevragen. De relatie kon goed, matig of slecht zijn.

- **HR-departement:** Wat de factor HR-departement betreft kunnen we onmogelijk alle dimensies die Shaw en Fisher in hun onderzoek hanteerden, bevragen. Dit zou de omvang van de vragenlijst aanzienlijk vergroten. Vandaar kiezen we om de meest significante dimensies te bevragen. Dit zijn de louter formele aanwezigheid van het HR-departement en de grootte van het HR-departement die gemeten wordt via het aantal personeelsleden tewerkgesteld binnen dit departement (Shaw en Fisher et. al., 1993, p793).
- **Organisatiestructuur:** Het belangrijkste aspect van organisatiestructuur is de basis van departementalisatie (Chandler, 1962; Daft, 1986 en Galbraith, 1977; geciteerd door Jackson et. al., 1989, p734). In dit onderzoek zal de organisatiestructuur op basis hiervan bevroegd worden. Men onderscheidt departementalisatie op basis van producten, markten, diensten of op basis van functionele domeinen, respectievelijk een divisionele structuur en een functionele structuur. Een combinatie van beide is ook mogelijk. Deze laatste noemen we een matrixstructuur.
- **Organisatiegrootte:** De grootte van de organisatie werd in beide studies weergegeven door het aantal personeelsleden dat de organisatie tewerkstelt (Shaw en Fisher et. al., 1993, p794 en Jackson et. al., 1989, p740). De organisatiefactor zal ook in deze vragenlijst op die manier bevroegd worden. Echter, vanuit de voorstudie constateren we dat het aantal ligbedden waarover een ziekenhuis beschikt eveneens een gebruikelijke determinant is voor het bepalen van de grootte van een ziekenhuis. Ook deze wordt opgenomen in de vragenlijst.

4.2 Testen van de vragenlijst

Als onderzoeker heb je een geheel andere kijk op bepaalde situaties dan iemand die in de praktijk staat. Zo kan bepaalde vakterminologie in de praktijk niet vertrouwelijk klinken en zelfs niet begrepen worden. Theoretische aannames lijken in de praktijk niet altijd even evident te zijn. De testing van de vragenlijst heeft als doel om deze onduidelijkheden, misverstanden of discrepanties die de respondenten kunnen ervaren, zo veel mogelijk uit te sluiten. Met oog op zo correct mogelijke gegevens te verzamelen, werd de vragenlijst tweemaal getest. De eerste test vond plaats op 15 april bij Mr. Marc Vermeire, algemeen directeur van de Neuro-psihiatrische kliniek St-Camillus te Sint-Denijs -Westrem. De tweede test gebeurde op 16 april bij Mvr. Christine Van Der Hoogerstrate,

personeelsdirecteur van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas te Gent.

Aan de testrespondenten werd de eerste versie van de vragenlijst voorgelegd. Hierbij werd gepeild of de testrespondenten alle vragen begrepen en juist interpreteerden. Er was ook ruimte voor vrije opmerkingen over de structuur en de inhoud van de vragenlijst en het onderzoek. Tot slot vroegen we om een voorspelling te doen van de onderzoeksresultaten. Een gedetailleerde bespreking van deze testing kan in bijlage ?? achteraan dit werk teruggevonden worden. De volledige vragenlijst, met in rekening name van de opmerkingen van de testrespondenten en zoals definitief verstuurd naar alle respondenten, kan men achteraan dit werk in bijlage ?? vinden.

4.3 Verspreiden van de vragenlijst

De Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu publiceerde in april dit jaar een geüpdate lijst van alle wettelijk erkende Vlaamse ziekenhuiscampussen.² Dit zijn er 160. Artikel 2 en artikel 6, lid 3 van het Koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende de nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, bepalen wat we onder een fusie mogen verstaan. Deze wetsbepaling kan achteraan in bijlage ?? teruggevonden worden.

Op basis van dit Koninklijk besluit en de gepubliceerde lijst van de FOD, kunnen we nagaan welke ziekenhuiscampussen opgenomen zijn in één fusie en bijgevolg onderdeel uitmaken van eenzelfde wettelijke ziekenhuisentiteit. We stellen vast dat er tot op heden 112 wettelijk erkende Vlaamse ziekenhuizen zijn.

Voor elk van deze ziekenhuizen werd op hun website gezocht naar het e-mailadres van de meest geschikte contactpersoon voor het invullen van deze vragenlijst. Hierbij werden onderstaande richtlijnen in acht genomen:

1. In eerste instantie werd gezocht naar de persoonlijke contactgegevens van de personeelsverantwoordelijke, de HR-manager, het personeelshoofd, het diensthoofd personeel en organisatie, de personeelscoördinator of een gelijkaardig contactpersoon.
2. Indien geen persoonlijke e-mail gevonden werd van bovengenoemde contactpersoon, werd er gemaïld naar het algemene e-mailadres van de personeelsafdeling met de vermelding ‘tav. de personeelsverantwoordelijke’.

²Cfr. <https://portal.health.fgov.be>, gepubliceerde lijst van alle Vlaamse ziekenhuizen van de FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Laatst bezocht op 4 mei 2008.

3. Indien het organogram aangaf dat de afdeling personeel, HR of dergelijke onder een ander departement valt zoals bijvoorbeeld het financieel - administratief departement, het departement kwaliteitszorg, werd naar het hoofd van desbetreffend departement gemaïld met de vermelding ‘tav. de personeelsverantwoordelijke’.
4. Indien punt 1,2 en 3 niet van toepassing waren, werd gemaïld naar de algemeen directeur en/of algemeen adjunct directeur van het ziekenhuis.
5. Indien 1,2,3 en 4 niet van toepassing waren, werd gemaïld naar het directiesecretariaat of een ander algemeen e-mailadres zoals ‘info@ziekenhuis.be’, met de vermelding ‘tav. de personeelsverantwoordelijke’.

De vragenlijst werd opgesteld in Word en werd in bijlage via e-mail verstuurd. De respondenten werd gevraagd om de vragenlijst via e-mail of via post terug te sturen. Indien een ziekenhuis volgens de hierboven beschreven richtlijnen niet elektronisch bereikbaar was, werd telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis. Zo werd de vragenlijst naar alle Vlaamse ziekenhuizen verstuurd.

De eerste mailing vond plaats op 16, 17 en 20 april. Op 26 en 27 april werd de herinneringsmail verstuurd naar de respondenten die nog niet geantwoord hadden. Op 4 mei werd de verzameling van de vragenlijsten definitief afgerond.

4.4 Verwerking van de gegevens

De vragenlijst werd gecodeerd in Excel en ingevoegd in het statistische programma SPSS 15 - full version. De verwerking van de gegevens gebeurde uitsluitend via SPSS.

Hoofdstuk 5

Onderzoeksresultaten

Hieronder worden de onderzoeksresultaten van het praktijkonderzoek uitvoerig besproken. Hierbij formuleren we een antwoord op de gestelde onderzoeksvragen. In eerste instantie beschrijven we de responsgroep. Hiermee kunnen we ons een duidelijk beeld vormen over wie de vragenlijst heeft afgenomen. We gaan ook na of de responsgroep representatief is voor de volledige populatie.

5.1 Beschrijven van respons

5.1.1 Responspercentage

Van de 112 gecontacteerde Vlaamse ziekenhuizen kregen we van 67 ziekenhuizen antwoord. Elf respondenten lieten weten dat ze niet wensen deel te nemen aan dit onderzoek. Gegeven redenen hiervoor zijn:

- Tijdsgebrek (door o.a. sociale verkiezingen) - 2 respondenten
- Reeds te veel andere enquêtes ontvangen - 3 respondenten
- Personeelstekort op de personeelsafdeling - 2 respondenten
- Inhoudelijk niet relevant - 1 respondent
- Geen reden - 3 respondenten

In totaal werden 56 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Zeven hiervan werden per post teruggestuurd, de overige 49 werden elektronisch ontvangen. Dit geeft een totaal responspercentage van 50% (berekening volgens Neuman, 2000; geciteerd door Saunders et. al., 2004, p165).

5.1.2 Responsgroep

Bij het beschrijven van de responsgroep maken we een onderscheid tussen de individuele respondentengroep en de organisatiegroep verbonden aan de respondenten. De individuele respondentengroep wordt beschreven aan de hand van geslacht, leeftijd, opleiding en huidige functie van de respondenten. De organisatiegroep wordt beschreven aan de hand van het type en de grootte van de ziekenhuizen.

Individuele respondentengroep

- **Geslacht:** Er antwoordden 28 mannen en 26 vrouwen. Twee respondenten vulden hun geslacht niet in. Dit maakt dat 50% van de respondenten mannen en 46,4% vrouwen zijn. Van 3,6% is het geslacht onbekend.
- **Leeftijd:** De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 44 jaar, 10 maanden en 2 dagen. De minimumleeftijd bedraagt 30 jaar, de maximumleeftijd 61 jaar. De standaarddeviatie is hierbij 8,48. Vijf respondenten maakten hun leeftijd niet bekend.
- **Opleiding:** Het merendeel van de respondenten behaalde een universitair diploma (64,8%). Dit gevolgd door 22,2% met een diploma hoger onderwijs van 1 cyclus. 5,56% van de respondenten genoot een post-universitaire opleiding of een diploma hoger onderwijs 2 cycli. Het overgrote deel van de respondenten (37,7%) genoot een opleiding van economische aard, gevolgd door 15,1% die een psychologische opleiding genoot. Ruim meer dan de helft van de respondenten, zijnde 64,3%, genoot een bijkomende opleiding in personeelsmanagement.
- **Functie en afdeling:** 72,73% van de respondenten vervult een directiefunctie. De overige 27,28% vervullen een ondersteunende of uitvoerende functie binnen de organisatie. 38,18% van de respondenten is directeur van het personeelsdepartement. 10,91% is directeur van een departement waaronder de personeelsdienst zich bevindt, zoals bijvoorbeeld het administratief departement. 23,64% van de respondenten vervult een ondersteunende of uitvoerende functie binnen de personeelsdienst. In het totaal maakt dat 72,73% van de respondenten tewerkgesteld is in de personeelsdienst. De overige respondenten komen uit andere afdelingen of het algemeen bestuur van de organisatie. Tabel 5.1 illustreert dit.

	Welke functie bekleedt de respondent?			
		Directie	Uitvoerend / ondersteunend	TOTAAL
In welke afdeling is de respondent tewerkgesteld?	Algemeen bestuur	10,91%	0%	10,91%
	Medisch	12,73%	0%	12,73%
	Personeel			
	- aparte afdeling	38,18%	20%	58,18%
	- andere afdeling	10,91%	3,64%	14,55%
	Andere	0%	3,64%	3,64%
	TOTAAL	72,73%	27,28%	100%

Tabel 5.1: Indeling van de respondentengroep op basis van functie en afdeling

Organisatiegroep

- **Type:** In onderstaande tabel wordt de verdeling volgens het type ziekenhuis van de responsgroep weergegeven (zie tabel 5.2). Deze tabel bevat tevens gegevens van de totale populatie, zijnde alle Vlaamse ziekenhuizen¹. De Chi-Goodness-of-fit-test toont aan dat er geen statistisch significant verschil aanwezig is tussen de totale populatie en de responsgroep (Asymp. Sig. = 0.202 > 0.05)². Met andere woorden de responsgroep is hier representatief voor de totale populatie.

Type ziekenhuis	Alle Vlaamse ziekenhuizen			Responsgroep	
	Universitair Ziekenhuis	10	8,93%	5	8,93%
	Algemeen Ziekenhuis	52	46,43%	28	50%
	Gespecialiseerd Ziekenhuis	14	12,50%	2	3,57%
	Psychiatrisch Ziekenhuis	36	32,14%	21	37,5%
	Totaal	112	100%	56	100%

Tabel 5.2: Indeling van de organisatiegroep volgens type ziekenhuis

¹Cfr. Gegevens afkomstig van: <https://portal.health.fgov.be>, gepubliceerde lijst van alle Vlaamse ziekenhuizen van de FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Laatst bezocht op 4 mei 2008

²De overschrijdingskans is hier 0,202 (p-waarde) en deze is groter dan 0,05 (alpha-waarde). Dit betekent dat we de nulhypothese niet kunnen verwerpen. Met andere woorden we nemen de nulhypothese, zijnde 'de waargenomen verdeling (responsgroep) komt overeen met de verwachte verdeling (totale populatie)', aan (Huizingh E., 2002, p274 en p339-340).

- **Grootte:** De grootte van een ziekenhuis kan uitgedrukt worden volgens twee variabelen, het aantal bedden en het aantal personeelsleden. De waargenomen minima bedragen 92 personeelsleden en 72 bedden. De maxima bedragen 6500 personeelsleden en 2500 bedden. De Vlaamse ziekenhuizen hebben een gemiddelde grootte van 873,29 personeelsleden en 405,73 bedden. De standaard deviaties bedragen respectievelijk 962,33 en 342,78.

5.2 Onderzoeksresultaten

In deze sectie wordt aan de hand van de onderzoeksresultaten een antwoord geformuleerd op de vooropgestelde onderzoeksvragen. De beschrijvende statistieken geven ons een eerste indicatie van enkele mogelijke significante bevindingen. Deze vermoedens zullen aan de hand van verklarende statistische testen nader onderzocht worden.

5.2.1 IN WELKE MATE IS IPM GEÏMPLEMENTEERD IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN?

(a) In welke mate wordt het personeel binnen ziekenhuizen geëvalueerd?

De valide percentages geven aan dat respectievelijk 91,1%; 96,% en 94,6% van de diensthoofden, hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel geëvalueerd worden. Hoofdverpleegkundigen, op de voet gevolgd door het verplegend personeel, worden dus meer geëvalueerd dan de diensthoofden. Echter, dit verschil is miniem. Voor artsen is dit verschil meer uitgesproken. Slechts 25,5% van de artsen wordt geëvalueerd. Deze percentages doen sterk vermoeden dat er een verband bestaat in evaluatie tussen de drie personeelscategorieën; diensthoofden, hoofdverpleegkundigen en verplegend personeel. Artsen vormen hier de uitzondering. Tevens stellen we vast dat 23,6%³ van de respondenten op de vraag ‘worden artsen in uw organisatie geëvalueerd?’ het antwoord ‘geen idee’ aanduiden. Dit maakt de analyses met betrekking tot de categorie artsen minder accuraat.

De getrokken kruistabellen tussen deze vier personeelscategorieën bevestigen de hierboven beschreven vermoedens (zie tabel 5.3). Bij een vrijheidsgraad van 1 en een betrouwbaarheidsinterval van 95%, overschrijden de vastgestelde Pearson Chi-square-waarden (21,156; 12,996 en 36,642) de kritische waarde (3,841). Met andere woorden er is een significant verband tussen de evaluatie van de diensthoofden, de hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel. De Phi-correlatiecoëfficiënt toont ons dat de verbanden behoorlijk sterk zijn⁴. Opmerkelijk is dat het verband tussen hoofver-

³23,6% komt overeen met 13 van het totaal van 56 respondenten die ‘geen idee’ aanduiden.

⁴Hoe dichter de Phi-correlatiecoëfficiënt bij 1 of -1 ligt, hoe sterker het verband.

pleegkundigen en verplegend personeel bijna 100% is (Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,809). De kans dat deze verbanden toevallig tot stand gekomen zijn, is uit te sluiten door vastgestelde overschrijdingskansen van 0,000⁵.

Worden diensthoofden geëvalueerd?		Worden hoofdverpleegkundigen geëvalueerd?	
		Nee	Ja
	Nee	100%	5,6%
	Ja	0%	94,4%
		Pearson Chi-square: 21,156 Assymp. Sig: 0,000 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,615	
Worden diensthoofden Geëvalueerd?		Wordt het verplegend personeel geëvalueerd?	
		Nee	Ja
	Nee	66,7%	5,7%
	Ja	33,3%	94,3%
		Pearson Chi-square: 12,996 Assymp. Sig: 0,000 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,482	
Wordt het verplegend personeel geëvalueerd?		Worden hoofdverpleegkundigen geëvalueerd?	
		Nee	Ja
	Nee	100%	1,9%
	Ja	0%	98,1%
		Pearson Chi-square: 12,996 Assymp. Sig: 0,000 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,809	

Tabel 5.3: Kruistabellen vergelijking evaluatie tussen personeelscategorieën

Voor de categorie artsen voldoen de vastgestelde Pearson Chi-square-waarden (5,304; 2,001 en 3,060) niet aan de kritische waarde (5,991). Tevens geven de p-waarden aan dat deze resultaten niet betrouwbaar zijn (0,071; 0,368 en 0,217 > 0,05). Daarenboven zijn de Cramer V waarden zo zwak dat we kunnen besluiten dat er geen verband is (Cramer V: 0,311; 0,191 en 0,236)⁶.

⁵Alle vastgestelde overschrijdingskansen voor de kruistabellen diensthoofden/hoofdverpleegkundigen, diensthoofden/verplegend personeel en hoofdverpleegkundigen/verplegend personeel, bevinden zich onder 0,000.

⁶Hoe dichter de Cramer V bij 1 ligt, hoe sterker het verband. Hoe dichter de Cramer V bij 0 ligt, hoe zwakker

(b) Hoe wordt het personeel binnen ziekenhuizen geëvalueerd?***Formele evaluatieprocedure***

Voor respectievelijk 86,3%; 87,0% en 90,6% van de diensthoofden, hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel die geëvalueerd worden, wordt deze evaluatieprocedure formeel uitgeschreven. Ook hier vormt de personeelscategorie artsen een uitzondering. Voor slechts 62,5% van de artsen, wat overeenstemt met 10 bevindingen, is de evaluatieprocedure formeel vastgelegd.

Frequentie van de evaluatie

Wat de frequentie van de evaluatie betreft vallen artsen dit maal niet uit de boot. Voor iets minder dan de helft van alle personeelscategorieën, gebeurt de evaluatie minder dan één keer per jaar. Voor de andere kleine helft gebeurt de evaluatie jaarlijks. Slechts enkele personeelsleden worden meer dan één keer per jaar geëvalueerd. Bij het merendeel van de ziekenhuizen, zijnde ongeveer 86%, wordt het personeelsevaluatiesysteem minder dan één keer per jaar herzien. In 7,5% van de gevallen wordt het evaluatiesysteem nooit herzien.

Evaluatiemethode

We stellen vast dat voor een minderheid van de personeelsleden de evaluatie aan de hand van een kwalitatief verslag gebeurt. De overgrote meerderheid, tussen de 60% en de 75%, worden beoordeeld op basis van een gesprek. Artsen behoren ook tot dit rijtje. Maar de evaluatiemethode bij uitstek is het uitgewerkt evaluatieformulier. De valide percentages situeren zich tussen de 76% en 88%. Enkel artsen vormen hier weer de uitzondering. Voor slechts 26,7% wordt bij artsen gebruik gemaakt van een evaluatieformulier. Bij de beoordeling van artsen wordt duidelijk voorkeur gegeven aan een gesprek in plaats van een formulier of een verslag.

Basis van de evaluatie

De diensthoofden, hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel worden allen hoofdzakelijk op basis van taken geëvalueerd. De valide percentages situeren zich tussen de 85,7% (hoofdverpleegkundigen) en de 88,7% (verplegend personeel). Artsen worden voor 64,3% beoordeeld op taken. Evaluatie op basis van uitgevoerde taken wordt gevolgd door een ex aequo van evaluatie op basis van competenties en op basis van resultaten (zowel vooraf als niet vooraf geformuleerde resultaten). Voor diensthoofden en hoofdverpleegkundigen wordt 64% geëvalueerd via competenties. Voor het verplegend personeel is dit 60,4%. Ook de helft van de artsen die geëvalueerd worden, worden geëvalueerd op basis van competenties. De evaluatie op basis van resultaten (zowel vooraf als niet vooraf geformuleerde resultaten) gebeurt voor hoofdverpleegkundigen en diensthoofden voor

het verband.

ongeveer 70%. Voor het verplegend personeel is dit ongeveer 43%. Enkel artsen worden in mindere mate geëvalueerd op basis van resultaten. Dit bedraagt slechts 30% van alle artsen die geëvalueerd worden. Samengevat merken we op dat evaluatie op basis van taken voor alle personeelscategorieën het meest gebruikelijk is. Dit gevolgd door evaluatie op competenties en resultaten. Voor de artsen, waar slechts een miniem aandeel geëvalueerd wordt, werd voor 21,4% ‘geen van bovenstaande’ aangegeven.

Zoals aangegeven in de methodologie (zie hoofdstuk 4), beslaat IPM de evaluatie op basis van vooraf geformuleerde resultaten én competenties. We stellen vast dat slechts 11 van de 56 ziekenhuizen, hun diensthoofden evalueren volgens de principes van IPM. Dit komt overeen met 19,6%. Voor de hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel is dit respectievelijk 23,2% en 14,3%. Hoofdverpleegkundigen zijn hier dus koploper. Voor artsen wordt slechts 3,6% geëvalueerd volgens de IPM-principes, wat overeenstemt met 2 op 56.

(c) In welke mate is de evaluatie van het personeelslid geïntegreerd en geïmplementeerd binnen ziekenhuizen?

De mate waarin de evaluatie geïmplementeerd en geïntegreerd is in ziekenhuizen wordt nagegaan door te kijken of de fasen van de IPM-cyclus, voorafgaand aan de evaluatie, uitgevoerd worden en op eenzelfde basis als de evaluatie uitgevoerd worden (zie hoofdstuk 4). Concreet gaan we na of er functiebeschrijvingen worden opgesteld en of deze afgestemd zijn op de evaluatie. We kijken ook of het opvolgen van het functioneren van het personeelslid voorafgaandelijk aan de evaluatie, uitgevoerd wordt. Tevens gaan we na of er op regelmatige basis met de personeelsleden gesproken wordt over de ‘te behalen resultaten en doelstellingen’.

Functiebeschrijvingen

80,4% van hoofdverpleegkundigen beschikt over een formele functiebeschrijving. Voor diensthoofden en het verplegend personeel is dit respectievelijk 76,8% en 71,4%. Daarnaast beschikken tussen de 15% en de 20% van deze personeelscategorieën over een informele functiebeschrijving. Een grote minderheid van ongeveer 7% heeft geen formele noch informele functiebeschrijving. Bij artsen is dit voor meer dan de helft het geval. 58,2% van de artsen beschikt niet over een formele of informele functiebeschrijving. Slechts 16,4% van de artsen beschikken over een formeel opgestelde functiebeschrijving. Als we kijken naar de inhoud van deze functiebeschrijvingen zien we dan voor 90% van de personeelscategorieën hoofdverpleegkundigen, diensthoofden en verplegend personeel die een functiebeschrijving hebben, de functiebeschrijving een beschrijving van de *taken* bevat.

Ongeveer 80% van de functiebeschrijvingen van diensthoofden en hoofdverpleegkundigen bevat een omschrijving van de vereiste *competenties*. Voor het verplegend personeel is dit iets minder, nl. 73,6%. Voor artsen is dit nog minder zijnde 53,8%. Wat *resultaten* betreft zien we dat voor ongeveer 60% van de hoofdverpleegkundigen en diensthoofden, resultaten opgenomen zijn in de functiebeschrijving. Voor het verplegend personeel en de artsen is dit ongeveer 40%.

Ook hier kunnen we nagaan in welke mate de functiebeschrijvingen voldoen aan de principes van het IPM. We stellen vast dat slechts 8 van de 56 ziekenhuizen, voor hun diensthoofden functiebeschrijvingen opstellen volgens de principes van IPM. Dit komt overeen met 14,3%. Voor de hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel is dit respectievelijk 17,9% en 10,7%. Hoofdverpleegkundigen zijn dus hier ook weer koploper. Voor de personeelscategorie artsen kunnen we besluiten dat het opstellen van functiebeschrijvingen volgens de IPM-principes quasi onbestaande is. Voor slechts 2 van de 56 gevallen was dit zo. Voor 87,5% van de artsen, wat overeenkomt met 47 bevindingen, was geen sprake van het opstellen van functiebeschrijvingen aan de hand van vooraf bepaalde resultaten *of* competenties.

Integratie van de implementatie van IPM

Uit de hierboven beschreven percentages kunnen we geen sluitende conclusies trekken over de mate van integratie van IPM. Om te zien of het volledige IPM gebeuren voor alle personeelscategorieën geïntegreerd is in de organisatie, gaan we na of de evaluaties die voldoen aan het IPM-principe overeenstemmen met die functiebeschrijving die voldoen aan de IPM-principes. Hieruit trekken we onderstaande kruistabellen (zie tabel 5.4)

De kruistabellen geven aan dat enkel voor hoofdverpleegkundigen de evaluatie en de functiebeschrijvingen op basis van IPM geïntegreerd is (Pearson Chi-square: 4,900 > kritische waarde: 3,841). De p-waarde geeft aan dat dit verband niet toevallig ontstaan is (Asymp. Sig.: 0,027 < 0,05). Echter, we zien aan de Phi-correlatiecoëfficiënt dat het verband niet erg sterk is. Voor de diensthoofden en verplegend personeel voldoen de Pearson Chi-square-waarden niet. Ook de p-waarden zijn onaanvaardbaar. Daarom kunnen we besluiten dat voor diensthoofden en het verplegend personeel IPM niet geïntegreerd geïmplementeerd is. Voor hoofdverpleegkundigen wel, maar in beperkte mate.

Controlevariabele: bespreking van resultaten

Als we kijken naar de antwoorden op de controlevraag ‘Wordt er op regelmatige basis met de personeelsleden gesproken over de te behalen resultaten?’, zien we dat hoofdverpleegkundigen hier het hoogst scoren (78,5%). Dit is volledig in overeenstemming met de bevindingen hierboven

Gebeurt de evaluatie van de diensthoofden volgens IPM?		Is de functiebeschrijving van de diensthoofden opgesteld volgens IPM?	
		Nee	Ja
	Nee	83,3%	62,5%
	ja	16,7%	37,5%
		Pearson Chi-square: 1,886 Assymp. Sig: 0,170 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,183	
Gebeurt de evaluatie van de hoofdverpleegkundigen volgens IPM?		Is de functiebeschrijving van de hoofdverpleegkundigen opgesteld volgens IPM?	
		nee	Ja
	Nee	82,6%	50%
	Ja	17,4%	50%
		Pearson Chi-square: 4,900 Assymp. Sig: 0,027 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,296	
Gebeurt de evaluatie van het verplegend personeel volgens IPM?		Is de functiebeschrijving van het verplegend personeel opgesteld volgens IPM?	
		Nee	Ja
	Nee	100%	1,9%
	Ja	0%	98,1%
		Pearson Chi-square: 1,991 Assymp. Sig: 0,158 Phi-correlatiecoëfficiënt: 0,189	

Tabel 5.4: Kruistabellen over de mate van implementatie van IPM

beschreven. Hoofdverpleegkundigen worden in vergelijking met de andere personeelscategorieën het meest geëvalueerd op IPM. Ook de geïntegreerde implementatie van IPM is bij hen het hoogst. Logischerwijs wordt bij hen dan ook meer gesproken over de te behalen resultaten.

Opvolging van het functionering

Naast het opstellen van een functiebeschrijving moet nog een andere cruciale stap van de IPM-cyclus doorlopen worden voor men tot de evaluatie van het personeelslid komt. Dit betreft het opvolgen van het functioneren van het personeelslid voorafgaand aan de evaluatie. Ook hier stellen we vast dat hoofdverpleegkundigen hier vaak aan onderworpen worden. Dit geldt voor ongeveer 90%. Voor 50% van de hoofdverpleegkundigen gebeurt dit zelfs formeel. We merken wel op dat diensthoofden en het verplegend personeel hier niet onderdoen. Ook al doen zij minder aan IPM, 90% van de diensthoofden en het verplegend personeel spreekt vooraf over de te behalen resultaten. Artsen scoren onder de 25%.

5.2.2 WELKE FACTOREN BEPALEN DE MATE VAN IMPLEMENTATIE VAN IPM IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN?

(a) Wat zijn de drijfveren voor de implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?

De factor opleiding wordt door 34 respondenten als een sterk beïnvloedende factor beschouwd voor het gebruiken van bepaalde personeelsinstrumenten. 10 respondenten gaven aan dat opleiding de mate van het gebruik van HR-praktijken heel sterk beïnvloedt. Opleiding is met een gemiddelde van 3,89 de grootste motivatiefactor voor het doorvoeren van HR-praktijken. ‘Opleiding’ wordt gevolgd door ‘initiatief van het hoofd van de HR afdeling’ (3,26), ‘de top van de organisatie’ (3,13) en ‘boeken en artikelen’ (3,11). Factoren die absoluut geen invloed hebben zijn; ‘vakbonden’ (1,76) en ‘advies van een consultant bedrijf’ (1,96).

(b) Welke organisatorische factoren zijn gelinkt aan de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?

Uit de literatuur identificeerden we vijf factoren die gelinkt kunnen zijn aan de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen. Deze factoren zijn: HR-departement, organisatiestructuur, grootte, vakbond en cultuur (zie hoofdstuk 2). Uit de hiervoor beschreven onderzoeksresultaten kunnen we reeds besluiten dat van de geïntegreerde implementatie van IPM bij artsen, diensthoofden en het verplegend personeel nauwelijks sprake is. In dit opzicht worden deze personeelscategorieën niet opgenomen in deze analyse. Enkel voor de categorie hoofdverpleegkundigen wordt deze analyse uitgevoerd, aangezien enkel deze categorie een beperke mate van IPM kent.

HR-departement

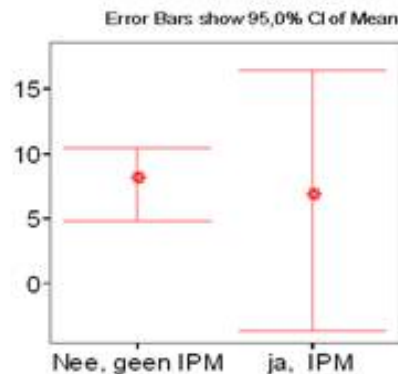
Er werd gevraagd of er al dan niet een formeel HR-departement bestaat en hoeveel personeelsleden dit departement tewerkstelt. Uit de kruistabel, kunnen we vaststellen dat er geen verband bestaat tussen het al dan niet formeel aanwezig zijn van een HR-departement en de implementatie van IPM. Deze tabel toont aan dat ongeacht of er een HR-departement bestaat of niet, de hoofdverpleegkundigen grotendeels niet onderworpen worden aan IPM (zie tabel 5.5) Tevens voldoet de Pearson Chi-square niet aan de kritische waarde ($1,542 < 3,841$). Daarenboven toont de p-waarde dat de bevindingen niet significant zijn. Ook de Phi-correlatiecoëfficiënt toont een erg zwak verband.

Uit de Independent-samples t-test blijkt ook dat er geen verband bestaat tussen de grootte van het HR-departement, uitgedrukt in het aantal personeelsleden, en de mate van implementatie van

Is IPM toegepast voor hoofverpleegkundigen?	Is er een formeel HR- departement?	
	Nee	Ja
	Nee	96,2%
ja	3,8%	13,3%
Pearson Chi-square: 1,542 Assymp. Sig: 0,214 Phi-correlatiecoëfficiënt:0,166		

Tabel 5.5: Kruistabel verband tussen HR-departement en IPM

IPM (Levene's test for equality of variance Sig.: 0,686⁷ en T-test for equality of Means sig.: 0,659⁸). Onderstaande figuur stelt dit visueel voor aan de hand van een error bar (zie figuur 5.1). De figuur toont duidelijk dat de gemiddelden van beide groepen niet ver uit elkaar liggen.



Figuur 5.1: Error bar verband tussen HR-departement en IPM

Organisatiestructuur

De kruistabel toont aan dat er tussen de organisatiestructuur en de implementatie van IPM geen verband is (zie tabel 5.6). We kunnen duidelijk vaststellen dat ongeacht de structuur van de organisatie, IPM hoofdzakelijk niet geïmplementeerd is. De Pearson Chi-square, de p-waarde en de Phi-correlatiecoëfficiënt bevestigen dit.

⁷Indien de significantie van de Levene's test for equality of variance $> 0,05$ is, dan wordt gelijkheid van de variantie verondersteld. Met andere woorden er is geen verband. (Lagasse L., Van Vaerenbergh Y., 2007, p63).

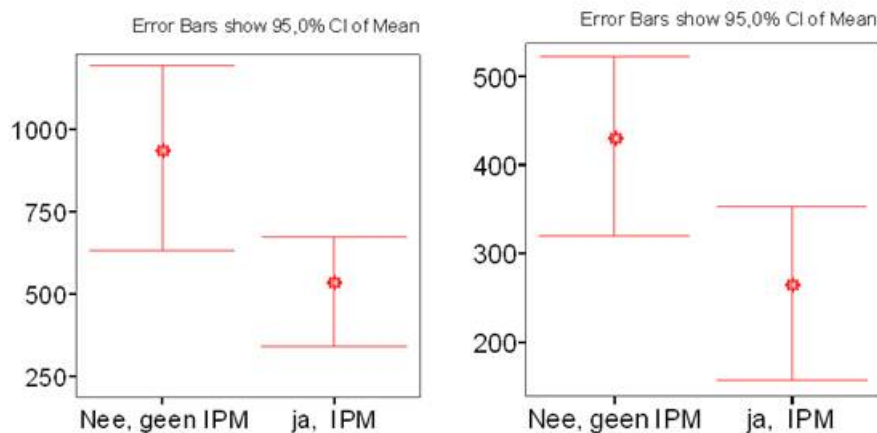
⁸Indien de significantie van de t-test for equality of means (ook wel p-waarde genoemd) $> 0,05$ is, dan wordt de nulhypothese, zijnde het veronderstellen van gelijkheid van de gemiddelden van de groepen, aanvaard. (Huizingh E., 2002, p294)

Is IPM toegepast voor hoofverpleegkundigen?	Welke structuur heeft de organisatie?				
		Functioneel	Divisioneel	Matrix	Andere
	Nee	89,5%	75,0%	100%	100%
ja	10,5%	25%	0%	0%	
Pearson Chi-square: 2,762 Assymp. Sig: 0,430 Cramer V: 0,222					

Tabel 5.6: Kruistabel verband tussen organisatiestructuur en IPM

Organisatiegrootte

De grootte van het ziekenhuis wordt gemeten aan de hand van twee variabelen, zijnde het aantal personeelsleden en het aantal bedden van het ziekenhuis. Onderstaande error bars doen een klein verband tussen de implementatie van IPM en de organisatiegrootte vermoeden (zie figuur 5.2). In tegenstelling tot onze vooropgestelde propositie, stellen we vast dat vooral kleinere organisaties, zowel qua personeelsleden als qua bedden, IPM implementeren. Grote organisaties minder.



Figuur 5.2: Error bars verband tussen organisatiegrootte en IPM

Via de Independent-samples t-test wordt dit vermoeden deels bevestigd. De significantieniveau's van de T-test for equality of Means tonen voor beide variabelen, aantal personeelsleden en aantal bedden, aan dat het verschil in gemiddelden tussen de groep die IPM implementeert en de groep organisaties die geen IPM implementeren, significant is (personeelsleden: 0,011 en bedden: 0,012

$< 0,05$). De significantieniveau's van de Levene's test for equality of variance toont dit niet aan (personeelsleden: 0,197 en bedden: 0,325 $> 0,05$). Het feit dat de Levene's test for equality of variance niet voldoet en de T-test for equality of Means wel, is te verklaren door het kleine aantal waarnemingen. Hoe kleiner het aantal waarnemingen in een bepaalde groep (in dit geval de groep 'ja, IPM'), hoe minder accuraat de Levene's test for equality of variance. Vandaar dat we meer afgaan op de T-test for equality of Means, waar een verband te zien is.

Vakbond

Voor de factor vakbond kunnen we geen verband vaststellen. We stellen vast dat de relatie van de organisatie met de vakbond geen invloed heeft op de implementatie van IPM (zie tabel 5.7).

Is IPM toegepast voor hoofverpleegkundigen?	Hoe is de relatie met de vakbond?			
		Goed	Matig	Slecht
	Nee	88,4%	100%	100%
ja	11,6%	0%	0%	
Pearson Chi-square: 1,535 Assymp. Sig: 0,464 Cramer V:0,167				

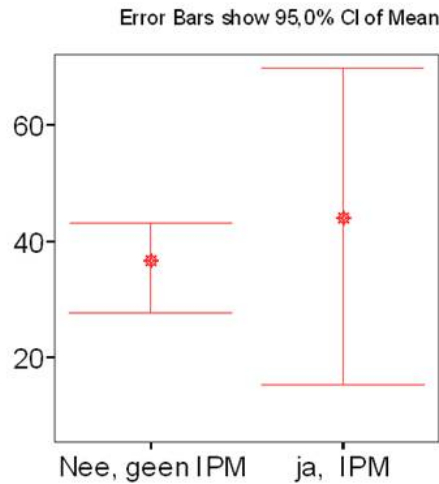
Tabel 5.7: Kruistabel verband tussen vakbond en IPM

Ook het percentage van de personeelsleden aangesloten bij de vakbonden, heeft geen invloed op de implementatie van IPM. De error bar toont dat de gemiddelden van beide groepen amper verschillen (zie Figuur 5.3). De Independent-samples t-test bevestigt dat er geen verband is (Levene's test for equality of variance Sig.: 0,508 en T-test for equality of Means: 0,500).

Cultuur

Om de betrouwbaarheid van het herwerkte OCP volgens Baird K. et. al. te testen, werd de interne consistentie van de items voor elke schaal gemeten aan de hand van Cronbach's Alpha en een exploratieve factoranalyse (Principal Component Analysis) uitgevoerd.

De exploratieve factoranalyse gaat na hoeveel factoren (cultuurdimensies) er bestaan en welke variabelen (items) sterk met elkaar correleren en tot één factor behoren. Concreet gaan we hier na



Figuur 5.3: Error bar verband tussen vakbond en IPM

of de 24 culturele items die in deze studie gemeten zijn, zich op eenzelfde manier, zoals vastgesteld door Baird K. et. al., structureren. De Bartlett's Test of Sphericity (sig.:0,000) en de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (0,806) geven aan dat de factoranalyse mag uitgevoerd worden⁹.

Tabel 5.8¹⁰ geeft een overzicht van de factorcorrelaties van alle cultuuritems. Deze correlaties geven aan dat 20 items genoeg correlatie tonen met minstens één cultuurdimensie¹¹. In het totaal vallen vijf items weg uit de analyse. Dit zijn: teamgericht, samenwerking, innovatief, vlug inspelen op opportuniteiten en actiegericht zijn. Deze items vallen weg omdat ze niet voldoen aan de vooropgestelde correlatie van 0,06 en/of de unidimensionaliteit van de items te betwijfelen valt. We stellen vast dat correlatiestructuur verschilt van deze vastgesteld door Baird K. et. al.. Alle items van de culturele dimensies respect voor mensen en teamgericht zijn, vallen hier samen onder één dimensie. Deze dimensie noemen wij vanaf nu 'omgang met mensen'. De items van de dimensie innovatie worden volgens deze analyse ondergebracht onder twee verschillende factoren. Aan de factor met items bereidheid tot experiment, niet beperkt aan regels en risico's nemen, geven we de naam 'innovatie'. Alle andere dimensies blijven gelijk en hiervoor behouden we de oorspronkelijke benaming zoals vastgesteld door Baird K. et. al.. Wij identificeren dus 5 culturele dimensies.

De cronbrach's Alpha waarden van de vijf geïdentificeerde meetschalen (culturele dimensies) nemen allen waarden hoger dan 0,800 aan. Dit betekent dat alle geïdentificeerde cultuurdimensies

⁹De Bartlett's Test of Sphericity en de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling moeten respectievelijk onder de 0,05 en boven de 0,80 liggen om een factoranalyse te mogen uitvoeren.

¹⁰Enkel correlaties hoger dan 0,30 zijn opgenomen in deze tabel.

¹¹Correlatie hoger dan 0,06

	Rotated Component Matrix					
	Omgang met mensen	Resultaats gericht zijn	Innovatie	Aandacht voor detail	Stabiliteit	Reactie
Verdraagzaamheid	.878					
Respect vr rechten individu	.771					
Sociaal verantwoordelijk	.769					
Rechtvaardigheid	.766					
Mensgericht	.616				.428	.454
Teamgericht	.599				.543	.416
Samenwerking	.526				.510	.458
Hoge prestatieverwachtingen		.893				
Prestatiegericht		.870				
Resultaatgericht		.761				
Analytisch en cijfermatig		.636	.341			
Competitief		.612	.337			
Bereidheid tot experiment			.881			
Niet beperkt aan regels			.851			
Risico's nemen		.354	.672			
Innovatief		.340	.564			.543
Aandacht voor details				.833		
Precies				.768		.424
Regelgedreven				.749		
Behoedzaam				.743		-.350
Stabiliteit					.901	
Werkzekerheid					.854	
Vlug inspelen op opportuniteiten		.314	.581			.649
Actiegericht		.384				.564

Tabel 5.8: Factoranalyse van het OPC

intern consistent zijn. Tabel 5.9 geeft alle Cronbach Alpha waarden weer voor elke meetschaal.

Eens de structuur van het construct bepaald is, kunnen we nagaan of de organisatiecultuur de mate van implementatie van IPM bepaalt. Hiervoor maken we gebruik van de Independent-samples t-test¹². Alle significantiewaarden van de T-test for equality of Means en de Levene's test for equality of variance voldoen niet (zie tabel 5.10). Met andere woorden er is geen verband vast te stellen tussen de culturele dimensies en de implementatie van IPM.

¹²De Independent-samples t-test bepaalt of het verschil in gemiddelden van 2 groepen significant is.

Cultuur dimensies	Cronbach's Aplha
Omgang met mensen	0,846
Resultaatsgericht zijn	0,846
Innovatie	0,809
Aandacht voor detail	0,809
Stabiliteit	0,879

Tabel 5.9: Cronbach's Alpha van het OCP

Cultuur dimensies	Levene's test for equality of variance Sig.	T-test for equality of Means Sig.
Omgang met mensen	0,841	0,734
Resultaatsgericht zijn	0,715	0,357
Innovatie	0,620	0,357
Aandacht voor detail	0,930	0,254
Stabiliteit	0,745	0,694

Tabel 5.10: Significatieniveau's van verband tussen cultuur en IPM

5.3 Conclusie

In welke mate is IPM geïmplementeerd in Vlaamse ziekenhuizen?

We hebben vastgesteld dat voor artsen bijna geen personeelsevaluaties plaatsvinden. Bijgevolg is de implementatie van IPM voor deze personeelscategorie onbestaand. De andere personeelscategorieën worden meer dan 90% geëvalueerd. Er is ook een onderling verband tussen de evaluaties van deze categorieën vastgesteld. Als de diensthoofden geëvalueerd worden, worden de hoofdverpleegkundigen en het verplegend personeel ook geëvalueerd en vice versa. Echter, voor de personeelscategorieën diensthoofden en verplegend personeel stellen we geen geïntegreerde implementatie van de IPM-cyclus vast. Voor de personeelscategorie hoofdverpleegkundigen is dit in beperkte mate wel het geval. We kunnen dus besluiten dat de geïntegreerde implementatie van IPM nog maar minimaal aanwezig is binnen de Vlaamse ziekenhuizen.

Welke factoren bepalen de mate van implementatie van IPM in Vlaamse ziekenhuizen?

Opleidingsachtergrond is de grootste motivatiefactor voor het invoeren van personeelspraktijken zoals IPM. Opleiding wordt op de voet gevolgd door initiatief van het hoofd van de HR afdeling,

centrale aansturing vanuit de organisatietop en wetenschappelijke boeken en artikelen. Factoren die absoluut geen invloed hebben zijn vakbonden en advies van een consultant bedrijf.

Er is vastgesteld dat de organisatoriefactoren: organisatiestructuur, vakbond en HR-departement geen verband hebben met de mate van de implementatie van IPM in de Vlaamse ziekenhuizen. Ondanks dat het cultuurconstruct van Baird K. et. al. op basis van factoranalyse geherstructureerd werd, konden we ook voor deze factor geen verband vaststellen met de implementatie van IPM.

De enige organisatiefactor waarvoor een verband is gevonden met de implementatie van IPM betreft de organisatiegrootte. Voor zowel de grootte op basis van het aantal personeelsleden als op basis van het aantal bedden vonden we een klein, maar significant verband. In tegenstelling tot de bevindingen uit de literatuur, stelden we vast dat ziekenhuizen die op een geïntegreerde wijze IPM implementeren, kleiner zijn dan ziekenhuizen die dit niet doen.

5.4 Beperkingen en aanbevelingen

Een kanttekening die we kunnen maken bij de uitvoering van dit onderzoek betreft de analyse van de personeelscategorie artsen. Heel wat respondenten vulden de vragen over deze personeelcategorie niet in, duiden 'geen idee' of 'geen van bovenstaande' aan. Dit heeft tot gevolg dat de valide percentages een geëxtrapoleerd beeld geven van een kleine groep, en bijgevolg minder accuraat zijn. Tevens is het ook opmerkelijk dat velen 'geen idee' aanduiden. De onderliggende reden hiervoor zou verder onderzocht moeten worden. We stelden vast dat de mate van implementatie van IPM minimaal is. We vragen ons dan ook af waarom. Hebben de ziekenhuizen hier niet genoeg middelen voor? Is de druk van medewerkers, externe instanties of anderen te groot? Heeft men de kennis hiervoor niet in huis? Verder onderzoek naar de motieven van al dan niet implementatie van IPM is aangewezen. Dit onderzoek wees uit dat enkel de organisatiegrootte gelinkt is met de implementatie van IPM. Echter, de gevonden relatie is tegenstrijdig met wat de literatuur beschrijft. Kleinere Vlaamse ziekenhuizen implementeren dus meer IPM dan grotere ziekenhuizen. We kunnen vermoeden dat dit komt omdat kleinere ziekenhuizen flexibeler zijn dan grote ziekenhuizen. Echter, dit zijn speculaties. Verder en diepgaander onderzoek naar deze relatie is aangewezen.

Lijst van afkortingen

- CVF** Competing Values Framework
- HCQ** Hospital Culture Questionnaire
- HRM** Human Resource Management
- IPM** Individual Performance Management
- NPM** New Public Management
- NUCAT** Nursing Unit Assessment Tool
- OCI** Organizational Culture Inventory
- OCP** Organizational Culture Profile
- OPM** Organizational Performance Management
- QIIS** Quality Improvement Implementation Survey
- SOC** Survey of Organisational Culture
- TQM** Total Quality Management

Lijst van figuren

5.1	Error bar verband tussen HR-departement en IPM	36
5.2	Error bars verband tussen organisatiegrootte en IPM	37
5.3	Error bar verband tussen vakbond en IPM	39

Lijst van tabellen

5.1	Indeling van de respondentengroep op basis van functie en afdeling	28
5.2	Indeling van de organisatiegroep volgens type ziekenhuis	28
5.3	Kruistabellen vergelijking evaluatie tussen personeelscategorieën	30
5.4	Kruistabellen over de mate van implementatie van IPM	34
5.5	Kruistabel verband tussen HR-departement en IPM	36
5.6	Kruistabel verband tussen organisatiestructuur en IPM	37
5.7	Kruistabel verband tussen vakbond en IPM	38
5.8	Factoranalyse van het OPC	40
5.9	Cronbach's Alpha van het OCP	41
5.10	Significatieniveau's van verband tussen cultuur en IPM	41

Bibliografie

Artikels en boeken

- **Armstrong M.**, (1999), *A Handbook of Human Resource Management Practice*, London Kogan Page, Londen, p922.
- **Bach S.**, (2000), *Health sector reform and human resource management: Britain in comparative perspective*, International Journal of Human Resource Management, p925 - 942.
- **Baird K. et. al.**, (2007), *The culture of Australian organizations and its relation with strategy*, International Journal of Business Studies, vol. 15, no1, p15-41.
- **Bogt H.**, (2004), *Politicians in search of performance information?*, Financial Accountability Management, p221-252.
- **Cabrera E., Bonache J.**, (1999), *An expert HR system for aligning organizational culture ans strategy*, Human Resource Planning, Vol. 22 Issue 1, p51-60.
- **Bogt H.**, (2004), *Politicians in search for performance information?*, Survey research on Dutch aldermen's use of performance information, Financial Accountability & Management, p 221-252.
- **Chatman J., Jehn K.**, (2001), *Organizational culture in the service sector: a between-industry comparison*, Academy of Management Proceedings, p168-172.
- **Coeling H., Simms L.**, (1993), *Facilitating Innovation at the Nursing Unit Level Through Cultural Assessment, Part 1: How to Keep Management Ideas From Falling on Deaf Ears*, Journal of Nursing Administration, Vol. 23 No 4, p46-53.
- **Gershon R. et. al.**, (2004), *Measurement of Organizational Culture and Climate in Health-care*, Journal of Nursing Administration, p33-40.

-
- **Gifford B. et. al.**, (2002), *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*, Journal of Healthcare Management, Vol 47 No 1, p13-25.
 - **Goodridge D., Hack B.**, (1996), *Assessing the Congruence of Nursing Models with Organizational Culture: a Quality Improvement Perspective*, Journal of Nursing Care Quality, Vol. 10 Issue 2, p41-48.
 - **Hofstede G. et al**, (1990), *Measuring Organizational Cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases*, Administrative Science Quarterly, Vol 35 Issue 2, p286-316.
 - **Huizingh E.**, (2002), *Inleiding SPSS voor Windows en Data Entry*, Academic Service, Schoonhoven, p381.
 - **Jackson et. al.**, (1989), *Organizational characteristics as predictors of personnel practices*, Personnel Psychology, Vol.42 no4, p727-786.
 - **Jones K. et. al.**, (1997), *Organizational culture assessment before and after implementing patient-focused care*, Nursing Economics, p73-80.
 - **Lagasse L., Van Vaerenbergh Y.**, (2007), *Marktonderzoek met SPSS*, Hogeschool Gent, p117.
 - **O'Reilly C. et. al.**, (1991), *People and organizational culture: a profile comparison approach to assessing person-organization fit*, Academy of Management Journal, Vol. 34 Issue 3, p487-516.
 - **Monks K.**, (2006), *Unwrapping the HRM bundle: HR system design in an Irish power utility*, The International Journal of Human Resource Management, p1926-1941.
 - **Sales A. et. al.**, (2007), *Assessing an organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses*, Implementation Science, p1-24.
 - **Sarros J. et. al.**, (2005), *The Organizational Culture Profile Revisited and Revised: An Australian Perspective*, Australian Journal of Management, vol. 30 No.1, p159-182.
 - **Saunders et. al.**, (2004), *Methoden en technieken van onderzoek*, Pearson Education Benelux, Amsterdam, p523.

- **Schein E.**, (1986), *What you need to know about organizational culture*, Training and Development Journal, Vol. 40 Issue 1, p30-33.
- **Schein E.**, (1996), *Culture: The missing Concept in Organization Studies*, Administrative science Quarterly, Vol.41, p 229-240.
- **Scott-Findlay S., Estabrooks C.**, (2006), *Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review*, Journal of Advanced Nursing, Vol. 56 no 5, p498-513.
- **Scott T. et. al.**, (2003), *The Quantitative Measurement of Organisational Culture in Health Care: A review of the Available Instruments*, Health Services Research; Vol. 38 Issue 3, p923-945.
- **Shaw en Fisher et. al.**, (1993), *Organizational and environmental factors related to HRM practices in Hong Kong: a cross-cultural expanded replication*, The International Journal of Human Resource Management, Vol. 4 no 4, p758-815.
- **Shortell S. et. al.**, (2000), *Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients*, Medical Care, Vol. 38 No2, p207-217.
- **Teo S., Rodwell J.**, (2007), *To be strategic in the new public sector, HR must remember its operational activities*, Human Resource Management, Vol. 46 No 2, p265-284.
- **Tucker R. et. al.**, (1990), *Can Questionnaires Objectively Assess Organizational Culture?*, Journal Of Managerial Psychology, Vol. 5 Issue 4, p4-11.
- **Vandenberghe C.**, (1999), *Organizational culture, person-culture fit, and turnover: a replication in the health care industry*, Journal Of Organizational Behaviour, Vol.20 No2, p175-184.
- **Vanderstraeten A.**, (2001), *HRM in social profit- en publieke organisaties*, Standaard Uitgeverij, Antwerpen, p351.
- **Verhoeven P. et. al.**, (2001), *SPSS voor Windows: Gegevensverwerking met SPSS*, Open Universiteit Nederland Sociale Wetenschappen, p116.
- **Xenikou A. en Furnham A.**, (1996), *A correlational and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture*, Human Relations, Vol.49 No3, p349-371.

Niet uitgegeven bronnen

- **Decramer A.**, (2006a), *Individual performance management in higher education institutions: strategic responses of faculties towards institutional pressures*, working paper 3, Hogeschool Gent, p1-4.
- **Decramer A.**, (2006b), *Adoption of Individual performance management in higher education institutions: the influence of organizational and cultural factors*, working paper 4, Hogeschool Gent, p1-3.
- **Decramer A.**, (2007), *Vragenlijst over het gebruik van prestatie management: Prestatiemeting in het universitair onderwijs*, Hogeschool Gent.
- **Decramer A.**, (2008), *Understanding Organisational Culture: A key to the successful implementation of individual performance management in higher education institutions*, working paper, EIASM Workshop strategic human resource management, Bled , p1-13.

Elektronische bronnen

- **FOD**, (2008), *Gepubliceerde lijst van alle Vlaamse ziekenhuizen*, FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Bezocht op 4 mei 2008 op: <https://portal.health.fgov.be>
- **Juriwel**, *Koninklijk besluit van 31 mei 1989 houdende nadere omschrijving van de fusie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen*, de Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinswetgeving van Vlaanderen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Bezocht op 27 april 2008 op: <http://www.wvg.vlaanderen.be/juriwel/gezocuratie/cur/erk/bijz/kb310589.htm>

Internet

- <http://feweb.uvt.nl/center/hofstede/index.htm> (Hofstede persoonlijke website), bezocht op 15 december 2007.
- <http://www.geert-hofstede.com>, bezocht op 15 december 2007.

