

# Colofon

Titel: Zelfsturend op weg naar cliënttevredenheid

Ondertitel: Een onderzoek naar verhoging van cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg in zelfsturende thuiszorgteams van QuaRijn

In opdracht van : Stichting QuaRijn

Fred Busschers

Regiomanager Regio Oost

Auteurs : Cornelia Meijering

Marlies Meijers

Anne Sonneveld

Marieke Verrips

Opleiding: Christelijke Hogeschool Ede

HBO-Verpleegkunde

Projectbegeleider: Tineke de Groot-de Greef

Opleidingsdocent Verpleegkunde

Christelijke Hogeschool Ede

Projectbeoordelaar: Anne-Marieke Codée-Breugem

Opleidingsdocent Verpleegkunde

Christelijke Hogeschool Ede

Projectbegeleider: Greetje Klaassen-Bremmer

Praktijkverpleegkundige regio Oost

Stichting QuaRijn

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means - electronic, photocopy, recording or any other - except without prior permission of the authors.

# Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ons afstudeeronderzoek bij zorgorganisatie QuaRijn. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde, door vier studenten van de Christelijke Hogeschool Ede. Het onderzoek heeft plaatsgehad in de periode van februari tot en met juni 2014. De opdracht voor dit onderzoek kwam van Fred Busschers, regiomanager bij zorgorganisatie QuaRijn.

Het doel van dit onderzoek is aanbevelingen te doen voor het verhogen van de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg. Het rapport is geschreven voor de medewerkers van QuaRijn. Zij kunnen de aanbevelingen implementeren om de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg nog verder te verhogen. Wij hopen dat de aanbevelingen bijdragen aan het verder verhogen van de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg.

Dit afstudeeronderzoek hebben wij kunnen uitvoeren dankzij veel mensen. We zijn in het bijzonder de zorgorganisatie QuaRijn veel dank verschuldigd. Onze dank gaat uit naar de opdrachtgever en begeleider van de instelling: Fred Busschers en Greetje Klaassen-Bremmer. Zij waren in het proces onze vraagbaak en dankzij hun feedback konden we steeds weer verder. Daarnaast willen we alle respondenten en andere medewerkers van QuaRijn die op enige wijze aan dit onderzoek hebben meegewerkt van harte bedanken.

Vanuit school willen we vooral onze begeleider Tineke de Groot-de Greef bedanken. We willen haar bedanken voor haar advies, begeleiding en feedback tijdens ons afstudeerproces. Ook willen we onze beoordelaar Anne-Marieke Codée-Breugem bedanken voor de bijdrage die zij leverde aan de beoordelingen van onze producten. Daarnaast willen we vrienden, familieleden en klasgenoten hartelijk bedanken voor hun interesse in ons onderzoek, de gezellige tijd op school in deze periode en uiteraard ook voor de steun die we soms nodig hadden.

Als laatste willen we ook nog alle andere mensen bedanken die op welke wijze dan ook een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek.

Wij kijken terug op een plezierige, leerzame periode en een zeer fijne samenwerking.

Ede, 23 mei 2014

Cornelia Meijering

Marlies Meijers

Anne Sonneveld

Marieke Verrips

# Samenvatting

**Aanleiding:** Zorgorganisatie QuaRijn heeft een aantal aspecten van zelfsturende teams ingevoerd in de thuiszorgteams in Veenendaal. Voor januari 2014 werden in de kleinschalige teams belemmeringen ervaren door de zorgverleners zoals het niet voldoende in kunnen spelen op de complexe zorgvraag. Daarnaast werden belemmeringen ervaren in de mate van zelfsturing en een goede rolverdeling van de zorgverleners. Naar aanleiding van een kwaliteitsonderzoek, gedaan door onderzoeksbureau Facit in 2013, wilde zorgorganisatie QuaRijn weten hoe de cliënttevredenheid nog verder verhoogd kon worden.

**Probleemstelling:** Voor zorgorganisatie QuaRijn is het niet duidelijk welke factoren in de wijze van organiseren van de thuiszorgteams in Veenendaal van invloed zijn op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg.

**Onderzoeksvraag:** De onderzoeksvraag luidt als volgt: ‘Welke factoren in de wijze van organiseren van de thuiszorgteams in Veenendaal zijn van invloed op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg binnen zorgorganisatie QuaRijn?’

**Doel:** Het doel van dit onderzoek is in juni 2014 een rapport met aanbevelingen aan te bieden aan zorgorganisatie QuaRijn. Het uitgangspunt hierbij is de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg te verhogen door de succesfactoren en belemmerende factoren in de zelfsturende thuiszorgteams in Veenendaal in kaart te brengen.

**Methode:** Om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen is in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Ten eerste door literatuuronderzoek en ten tweede door half open interviews te houden. Deze interviews zijn gehouden met zorgverleners van QuaRijn en met twee best practice organisaties in de thuiszorg.

**Resultaten:** Uit het literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat zelfsturende teams tot hogere cliënttevredenheid en betere kwaliteit van zorg leiden. De succesfactoren en belemmerende factoren van de zelfsturende teams zijn in kaart gebracht. Aan de hand van de resultaten uit de interviews kan geconcludeerd worden dat er een aantal succesfactoren in het organiseren van de thuiszorgteams zijn: de kennis en het inzicht van een wijkverpleegkundige, mogelijkheid voor complexe zorgverlening door het verpleegkundig team van QuaRijn, duidelijke taakverdeling binnen het team en gelijkheid in functie. Daarnaast zijn er ook een aantal belemmerende factoren in het organiseren van de thuiszorgteams: taakverschuiving, aansturing van het team door verpleegkundigen, weerstand in het contact met huisartsen, werken met flexmedewerkers en het niet voldoen aan de wenstijden van cliënten.

**Conclusie:** Als bovenstaande succesfactoren en belemmerende factoren worden afgewogen, kan er geconcludeerd worden dat de teams in Veenendaal in de opstartfase zitten wat betreft de zelfsturing. De mate van zelfsturing van de teams kan verhoogd worden om zo de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg te verhogen.

**Aanbevelingen:** Naar aanleiding van de resultaten, conclusies en discussie zijn een aantal aanbevelingen gedaan aan zorgorganisatie QuaRijn. De belangrijkste aanbevelingen worden hier genoemd. De eerste aanbeveling is om de teams geheel zelfsturend te maken met behulp van een coach. Ten tweede wordt scholing over zelfsturende teams in de thuiszorg aanbevolen. Ten derde wordt geadviseerd personeel om te scholen in verband met de steeds hogere complexiteit van zorg. Als vierde wordt aanbevolen om te werken met vaste medewerkers bij cliënten door middel van ‘maatjes’, waarbij een zwakke en sterke medewerker aan elkaar gekoppeld worden. Ten slotte wordt een goede bereikbaarheid van het team geadviseerd om de samenwerking met de huisarts te verbeteren.

# Inhoudsopgave

[Colofon 2](#_Toc389340799)

[Voorwoord 3](#_Toc389340800)

[Samenvatting 4](#_Toc389340801)

[Inhoudsopgave 6](#_Toc389340802)

[1. Inleiding 9](#_Toc389340803)

[1.1. Aanleiding 9](#_Toc389340804)

[1.2. Probleemstelling 10](#_Toc389340805)

[1.3. Vraagstelling 10](#_Toc389340806)

[1.3.1. Hoofdvraag 10](#_Toc389340807)

[1.3.2. Deelvragen 10](#_Toc389340808)

[1.4. Doelstelling 11](#_Toc389340809)

[1.5. Begripsafbakening 11](#_Toc389340810)

[2. Methode 12](#_Toc389340811)

[2.1. Inleiding 12](#_Toc389340812)

[2.2. Literatuuronderzoek 12](#_Toc389340813)

[2.2.1. Literatuur en evidence 12](#_Toc389340814)

[2.2.2. Data-Analyse 12](#_Toc389340815)

[2.3. Type onderzoek 12](#_Toc389340816)

[2.4. Onderzoekspopulatie 13](#_Toc389340817)

[2.4.1. Onderzoekspopulatie zorgorganisatie QuaRijn 13](#_Toc389340818)

[2.4.2. Steekproef zorgorganisatie QuaRijn 13](#_Toc389340819)

[2.4.3. Onderzoekspopulatie thuiszorgorganisaties 14](#_Toc389340820)

[2.4.4. Steekproef thuiszorgorganisaties 15](#_Toc389340821)

[2.5. Dataverzamelingsmethode 15](#_Toc389340822)

[2.5.1. Interviews zorgorganisatie QuaRijn 16](#_Toc389340823)

[2.5.2. Interviews thuiszorgorganisaties 16](#_Toc389340824)

[2.6. Data-analyse 16](#_Toc389340825)

[2.7. Validiteit en betrouwbaarheid 17](#_Toc389340826)

[2.7.1. Validiteit 17](#_Toc389340827)

[2.7.2. Betrouwbaarheid 17](#_Toc389340828)

[2.7.3. Ethische aspecten 18](#_Toc389340829)

[3. Literatuurstudie 20](#_Toc389340830)

[3.1. landelijke ontwikkelingen 20](#_Toc389340831)

[3.1.1. Verandering cliëntenpopulatie 20](#_Toc389340832)

[3.1.2. Nieuwe taken 20](#_Toc389340833)

[3.1.3. Mantelzorger 21](#_Toc389340834)

[3.1.4. Zorgverleners 21](#_Toc389340835)

[3.2. Succesfactoren en belemmerende factoren 22](#_Toc389340836)

[3.2.1. Succesfactoren team 22](#_Toc389340837)

[3.2.2. Succesfactoren cliëntenzorg 24](#_Toc389340838)

[3.2.3. Belemmerende factoren team 24](#_Toc389340839)

[3.2.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg 25](#_Toc389340840)

[4. Resultaten praktijkonderzoek 27](#_Toc389340841)

[4.1. Resultaten interviews zorgorganisatie QuaRijn 27](#_Toc389340842)

[4.1.1. Taakverdeling 27](#_Toc389340843)

[4.1.2. Organisatie van thuiszorgteams 28](#_Toc389340844)

[4.1.3. Communicatie 30](#_Toc389340845)

[4.1.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg 31](#_Toc389340846)

[4.2. Resultaten interviews andere zorgorganisaties 33](#_Toc389340847)

[5. Conclusies 36](#_Toc389340848)

[5.1. Inleiding 36](#_Toc389340849)

[5.2. Conclusies teams Veenendaal 36](#_Toc389340850)

[5.2.1. Taakverdeling 36](#_Toc389340851)

[5.2.2. Organisatie van de thuiszorgteams 36](#_Toc389340852)

[5.2.3. Communicatie 37](#_Toc389340853)

[5.2.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg 37](#_Toc389340854)

[5.2.5. Slotconclusie 37](#_Toc389340855)

[5.3. Conclusies externe organisaties 38](#_Toc389340856)

[5.3.1. Succesfactoren 38](#_Toc389340857)

[5.3.2. Belemmerende factoren 38](#_Toc389340858)

[6. Aanbevelingen 40](#_Toc389340859)

[6.1. inleiding 40](#_Toc389340860)

[6.2. Aanbevelingen voor taakverdeling binnen teams 40](#_Toc389340861)

[6.2.1. Zelfsturing 40](#_Toc389340862)

[6.3. Aanbevelingen voor organiseren van thuiszorgteams 40](#_Toc389340863)

[6.3.1. Scholing 40](#_Toc389340864)

[6.3.2. Omscholing 41](#_Toc389340865)

[6.3.3. Innovatie 41](#_Toc389340866)

[6.3.4. Contact disciplines en huisarts 41](#_Toc389340867)

[6.4. Aanbevelingen voor communicatie binnen teams 41](#_Toc389340868)

[6.4.1. Communicatie 41](#_Toc389340869)

[6.4.2. Samenwerking 42](#_Toc389340870)

[6.5. Aanbevelingen voor communicatie met cliënten en verhoging cliënttevredenheid 42](#_Toc389340871)

[6.5.1. Cliëntenverdeling 42](#_Toc389340872)

[6.6. Aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek 42](#_Toc389340873)

[6.6.1. Aanbevelingen op microniveau 42](#_Toc389340874)

[6.6.2. Aanbevelingen op mesoniveau 42](#_Toc389340875)

[6.3.3. Aanbevelingen op macroniveau 42](#_Toc389340876)

[7. Discussie 44](#_Toc389340877)

[7.1. Inleiding 44](#_Toc389340878)

[7.2. Doelstelling onderzoek bereikt 44](#_Toc389340879)

[7.3. Evaluatie methode 44](#_Toc389340880)

[7.4. Vergelijking resultaten en literatuur 46](#_Toc389340881)

[7.5. Evaluatie bruikbaarheid aanbevelingen 46](#_Toc389340882)

[7.6. Betrouwbaarheid / validiteit 46](#_Toc389340883)

[Literatuurlijst 48](#_Toc389340884)

[Bijlage 1 – Begripsafbakening 53](#_Toc389340885)

[Bijlage 2 – Topiclijst 56](#_Toc389340886)

[Bijlage 3 – Topiclijst externe zorgorganisaties 57](#_Toc389340887)

[Bijlage 4 – Missie en Visie QuaRijn 58](#_Toc389340888)

[Bijlage 5 – Teambarometer – Quickscan 60](#_Toc389340889)

# 1. Inleiding

Er zijn veel ontwikkelingen in de zorg, zoals scherpere normering en regelgeving en veranderende behoeftes vanuit de samenleving. Daarnaast is er politieke druk op de gezondheidszorg om te bezuinigen. Ouderen blijven langer thuis wonen, omdat intramuraal wonen en zorg van elkaar gescheiden worden. Vanaf 2013 wordt voor laag complexe zorg, dat is zorgzwaartepakket (ZZP) één en twee, een indicatie voor de thuiszorg gegeven. Op den duur zal ook hoog complexe zorg in de thuiszorg worden verleend (Atlas van Zorg & Hulp, 2012). Een andere belangrijke ontwikkeling in de zorg is de positie van de cliënten. De overheid wil dat de cliënten recht krijgen op het maken van concrete afspraken met hun zorgverlener (Atlas van Zorg & hulp, 2012).

Zorgorganisatie QuaRijn speelt in op deze ontwikkelingen door senioren te ondersteunen bij wonen, welzijn en zorg (QuaRijn, n.d.). Zorgorganisatie QuaRijn is in 2009 ontstaan door een fusie tussen zorgorganisatie Quarijn en zorgorganisatie Rijnheuvel. Zorgorganisatie QuaRijn heeft woonzorgcentra en woon-zorgcomplexen in gemeenten Bunnik, Rhenen, Utrechtse Heuvelrug, Veenendaal en Wijk bij Duurstede. Daarnaast heeft QuaRijn een kennis- en behandelcentrum in Doorn, waar onder andere eerstelijnszorg verleend wordt.

Zorgorganisatie Quarijn is zes jaar geleden gestart met thuiszorgteams (zie voor begripsuitleg bijlage één). Deze thuiszorgteams leveren thuiszorg in de wijk en in woon-zorgcomplexen waar zorgorganisatie QuaRijn bij aangesloten is. Bij zorgorganisatie QuaRijn werken 1200 medewerkers en 600 vrijwilligers. De kernwaarden waaruit de zorgorganisatie werkt, zijn: dichtbij, nieuwsgierig, gedragen en met vertrouwen. Binnen de visie van zorgorganisatie QuaRijn staat centraal dat cliënten zo zelfstandig mogelijk leven in hun eigen buurt (QuaRijn, n.d.), voor een uitgebreide missie/visie wordt verwezen naar bijlage 4. Hierbij is het doel van zorgorganisatie QuaRijn om aan te sluiten bij de behoefte en wens van de cliënt in hun eigen omgeving, waarbij de regie bij de cliënt ligt (QuaRijn, n.d.). Vanuit de maatschappelijke ontwikkelingen en de persoonlijke visie: ‘groot in kleinschalig’ wil zorgorganisatie QuaRijn organisatorisch graag veranderen van groot- naar kleinschalige teams die zelfsturend zijn.

Zorgorganisatie QuaRijn gaat er vanuit dat door de zelfsturende teams de complexe zorgvraag effectief en efficiënt uitgevoerd kan worden en dat de werktevredenheid en de kwaliteit van zorg hierdoor wordt verhoogd. Daarom is zorgorganisatie QuaRijn sinds twee jaar bezig met de transitie van groot- naar kleinschalige zelfsturende teams, om zo efficiëntere zorg te verlenen en dichter bij de zorgvrager te staan (QuaRijn, n.d).

## 1.1. Aanleiding

Zorgorganisatie QuaRijn heeft een aantal aspecten van zelfsturende teams ingevoerd in de kleinschalige thuiszorgteams in Veenendaal. Dit zijn onder andere het zelf regelen van de indicatieaanvraag en het maken van de planning. Momenteel worden in de kleinschalige teams belemmeringen ervaren door de zorgverleners zoals het niet voldoende in kunnen spelen op de complexe zorgvraag. Daarnaast zijn de behoeften van de cliënten onduidelijk. De tijdwensen voor de zorgmomenten van de cliënt worden bijvoorbeeld niet altijd nagekomen. Daarnaast worden belemmeringen ervaren in de mate van zelfsturing en een goede rolverdeling van de zorgverleners binnen de teams. De communicatie tussen zorgverleners is op dit moment niet effectief. Dit is zichtbaar in het niet goed op de hoogte zijn van bijzonderheden van de cliënt en elkaar niet kunnen bereiken tijdens de routes. “*De genoemde belemmeringen komen doordat de nog betrekkelijk nieuwe werkwijze van zelfsturing binnen de teams nog niet volledig geïntegreerd is”,* aldus de opdrachtgever. Het is wel van belang dat deze belemmeringen, zoals het kunnen inspelen op de complexe zorgvraag en de communicatie tussen zorgverleners, worden verholpen. De literatuur geeft namelijk aan dat deze aspecten in een zelfsturend team goed moeten werken om als team goed te kunnen functioneren (Vroemen, Teamwerk moet vaker dan het hoeft, 2010).

De tweede aanleiding van dit onderzoek is een cliënttevredenheidsonderzoek dat CQ-onderzoekbureau Facit in 2013 uitgevoerd heeft. De cliënten beoordeelden zorgorganisatie QuaRijn gemiddeld met een acht (Bergeijk, 2013). Er zijn echter nog wel enige aandachtspunten die uit genoemd onderzoek naar voren kwamen, bijvoorbeeld het meebeslissen over welke zorgverlener de zorg verleent. Tevens gaven cliënten aan dat er niet voldoende naar hen werd geluisterd en niet alle gemaakte afspraken werden nagekomen. Zoals hierboven beschreven is, wil de overheid dat de cliënten recht krijgen op het maken van concrete afspraken met hun zorgverlener (Atlas van Zorg & hulp, 2012). Dit strookt niet met de situatie gedurende het cliënttevredenheidsonderzoek, blijkt uit de uitkomsten.

Deze aanleidingen zorgden voor de vraag van de opdrachtgever van zorgorganisatie QuaRijn naar het verder verhogen van de cliënttevredenheid. De opdrachtgever heeft studenten van de Christelijke Hogeschool Ede gevraagd om naar de bestaande thuiszorgteams in regio Oost te kijken. Bij dit onderzoek is zorgorganisatie QuaRijn betrokken en in het bijzonder de thuiszorgteams in Veenendaal. Zorgorganisatie QuaRijn wil bereiken dat de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid verhoogd worden, omdat dit cruciaal is in het verlenen van goede zorg. Om dit te kunnen bereiken is het belangrijk dat er onderzocht wordt welke factoren in de organisatie van de thuiszorgteams van invloed zijn op de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.

## 1.2. Probleemstelling

Voor zorgorganisatie QuaRijn is het niet duidelijk welke factoren in de wijze van organiseren van de thuiszorgteams in Veenendaal van invloed zijn op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg.

## 1.3. Vraagstelling

### 1.3.1. Hoofdvraag

Welke factoren in de wijze van organiseren van de thuiszorgteams in Veenendaal zijn van invloed op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg binnen zorgorganisatie QuaRijn?

### 1.3.2. Deelvragen

1. Welke actuele landelijke ontwikkelingen in de thuiszorg spelen in op het verhogen van de kwaliteit van zorg?
2. Welke succesfactoren en belemmerende factoren in de organisatie van zelfsturende thuiszorgteams zijn van invloed op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg?
3. Wat zijn succesfactoren en belemmerende factoren die zorgverleners van zorgorganisatie QuaRijn ervaren in de zelfsturende thuiszorgteams in Veenendaal?
4. Wat zijn succesfactoren en belemmerende factoren in de thuiszorgteams van andere thuiszorgorganisaties?

## 1.4. Doelstelling

In juni 2014 is er een rapport met aanbevelingen aan zorgorganisatie QuaRijn om de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg te verhogen door de succesfactoren en belemmerende factoren in de zelfsturende thuiszorgteams in Veenendaal in kaart te brengen.

## 1.5. Begripsafbakening

|  |  |
| --- | --- |
| Cliënttevredenheid: | Klanttevredenheid wordt door Thomassen (2002) als tevredenheid van de klant verwoordt. De tevredenheid van de klant is de “*beleving ten aanzien van bepaalde situaties, klantencontacten en de onderneming in haar totaliteit. Klanttevredenheid is de beleving van klanten die ontstaat door het vergelijken van de ervaringen met de onderneming met de wensen die men heeft”*. In de zorg is dus cliënttevredenheid de beleving van zorg die ontstaat door het vergelijken van de ervaringen van de verkregen zorg met de wensen die de cliënt heeft. Jenkinson (2002) definieert cliënttevredenheid als het hebben van positieve attitudes ten opzichte van zorg of ten opzichte van aspecten van zorg (Jenkinson, Coulter, & Bruster, 2002). |
| Kwaliteit van zorg: | Kwaliteit van zorg bestaat uit een taakgerichte en een relatiegerichte component: de behandeling en de patiëntrelatie. De taakgerichte component richt zich op het verwezenlijken van het (zakelijke) doel. Het gaat er hierbij om dat duidelijk wordt wat van de betrokkenen wordt verwacht en men moet ervoor zorgen dat deze verwachting ook vervult. De relatiegerichte component richt zich op het onderhouden van de onderlinge relatie tussen de betrokkenen. Ook zijn ze gericht op de betrokkenheid en het welzijn van de individuele betrokkenen (Rubrech, 2010) |
| Zelfsturend team: | Een team dat de zorg zelfstandig uitvoert en met elkaar verantwoordelijk is voor het organiseren ervan. Dit houdt in dat alle medewerkers verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de zorg; het bewaken van de kwaliteit; het ‘plannen’, coördineren en verantwoorden van de zorg en het onderhouden van de lokale (externe) contacten. Er is een minimale hoeveelheid overhead noodzakelijk (supervisie door leidinggevenden). Het team heeft een duidelijk afgeronde integrale teamtaak (het voortbrengen van bepaalde producten of diensten) waarbij het doel is efficiënte zorg te verlenen (Dalen, 2010; Nijenhuis, 2012; Wierenga, 2012). |
| Factoren die het team beïnvloeden: | Een factor is volgens Van Dale (Van Dale uitgevers, 2014) ‘een omstandigheid die invloed op iets uitoefent’, anders gezegd, een meewerkende oorzaak. Vanuit deze definitie is gekeken welke factoren in het binnen- en buitenland een rol spelen in de organisatie van thuiszorgteams. |

Voor de andere begrippen wordt verwezen naar bijlage één.

# 2. Methode

## 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk is de methode van dit onderzoek beschreven en verantwoord. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende punten: literatuuronderzoek, type onderzoek, onderzoekspopulatie en steekproef, dataverzamelingsmethode, data-analyse, validiteit en betrouwbaarheid en ethische aspecten.

## 2.2. Literatuuronderzoek

### 2.2.1. Literatuur en evidence

Er is literatuurstudie gedaan om deelvraag één en twee te kunnen beantwoorden. De literatuur moest informatie verstrekken over welke factoren een rol spelen in de organisatie van thuiszorgteams, de teamstructuren in de thuiszorg en de wijze waarop cliënttevredenheid verhoogd kan worden. Tevens was het van belang dat er vanuit de literatuur beargumenteerd kon worden hoe die factoren in de thuiszorgteams toegepast werden om kwalitatief goede zorg te verlenen.

Hierbij werd de best mogelijke evidence gehaald uit wetenschappelijke onderzoeken zoals Cox et al. (2010) dat beschreven in het boek ‘Evidence-based practice voor verpleegkundigen’. Er werd eerst gekeken of er systematische reviews waren over het onderwerp, deze waren er echter niet. Daarom is gekeken naar (gerandomiseerde) gecontroleerde trials. Hier bestaat een klein aantal bronnen uit. Verder zijn er diverse niet-experimentele studies gebruikt.

### 2.2.2. Data-Analyse

Voor het zoeken naar informatie is gekozen om deze op te zoeken door middel van de wetenschappelijke databanken PubMed, Invert, Academic Search, Nederlandse Artikelenbank voor de Zorg, BMJ, The Cochrane Library, Vakbibliotheek BSL en Google Books. Hierbij werden de volgende trefwoorden gebruikt: kwaliteit van zorg, ontwikkelingen in thuiszorg, ontwikkelingen in gezondheidszorg, wijkverpleegkundige, cliënttevredenheid, (factoren) thuiszorgteams, zelfsturende thuiszorgteams, buurtzorg, district nursing, community nursing, nursing services, home health en homecare services. Daarnaast werd er informatie gezocht in boeken over de genoemde zoektermen.

De gevonden literatuur werd beoordeeld op bruikbaarheid, duidelijkheid en relevantie. Hierbij is gekeken of de onderwerpen betrekking hadden op factoren, die een rol spelen in de organisatie van thuiszorgteams, de teamstructuren in de thuiszorg en de wijze waarop cliënttevredenheid verhoogd kan worden. Vervolgens werd de gevonden literatuur na beoordeling verwerkt volgens de pyramid of evidence. Zo is gekeken welke delen van de gevonden literatuur in de beantwoording op de deelvragen konden worden verwerkt (Jeffline, 2008; Verhoeven, 2011). Daarnaast is de gevonden literatuur gebruikt bij het maken van de topiclijst.

## 2.3. Type onderzoek

Het onderzoek dat werd gedaan naar de kleinschalige teams in Veenendaal was kwalitatief. Het voordeel van dit type onderzoek is dat de beleving en ervaring van de zorgverleners kan worden achterhaald. Door kwalitatief onderzoek kan de bestaande interactie tussen de zelfsturende thuiszorgteams en het verhogen van de cliënttevredenheid achterhaald worden. Hierdoor kon informatie verzameld worden die het best aansloot bij de hoofdvraag (Verhoeven, 2011). Bovendien is de open benadering een belangrijk voordeel van kwalitatief onderzoek. Dit geeft volgens Verhoeven (2011) de mogelijkheid om in te spelen op situaties, organisaties en personen. Deze diepgang was bij dit onderzoek belangrijk om helder te krijgen welke factoren positief werken en welke factoren juist belemmerend zijn in het team.

## 2.4. Onderzoekspopulatie

Onder onderzoekspopulatie worden alle eenheden, personen of zaken verstaan waarover de onderzoekers in dit onderzoek uitspraak hebben gedaan. Omdat niet mogelijk was alle betrokken personen te interviewen, werd een steekproef samengesteld die verder is uitgewerkt in onderstaande kopjes (Verhoeven, 2011).

De onderzoekspopulatie bestond enerzijds uit alle zorgverleners van zorgorganisatie QuaRijn en anderzijds uit alle vergelijkbare zorgorganisaties. De operationele populatie bestond hierdoor aan de ene kant uit de zorgverleners binnen de thuiszorgteams van zorgorganisatie QuaRijn. Hierbij zijn de teamleiders ook meegerekend. Aan de andere kant bestond de operationele populatie uit best practices in de thuiszorg. Uit deze operationele populatie is vervolgens de steekproef getrokken.

### 2.4.1. Onderzoekspopulatie zorgorganisatie QuaRijn

De thuiszorgteams van zorgorganisatie QuaRijn zijn verdeeld in drie regio’s, namelijk Regio West (Bunnik en Wijk bij Duurstede), Regio Midden (Doorn/Maarn/Driebergen) en Regio Oost (Veenendaal en Leersum/Amerongen). Regio Midden heeft geen thuiszorgteam. De teams van regio West zijn veelal grote teams met ongeveer vijfentwintig zorgverleners per team. De doelstelling van zorgorganisatie QuaRijn is om zelfsturende teams van tien tot twaalf zorgverleners te organiseren. De teams in deze vorm bestaan momenteel alleen in Regio Oost in Veenendaal. Hier zijn vier teams van tien tot twaalf zorgverleners (en een vijfde team met twee zorgverleners) die samen één teamleider hebben. Daarnaast heeft regio Oost nog een grootschalig team in Leersum. De grootte van het team is het belangrijkste verschil tussen het team in Leersum en de teams in Veenendaal. Daarnaast ligt de taak van plannen bij de teams in Veenendaal bij het team zelf, terwijl er in Leersum nog een aparte planner is naast het team. Vanuit de onderzoeksvraag was het nodig dat er gegevens verzameld werden uit interviews met zorgverleners van de zelfsturende thuiszorgteams. Daarom is als inclusiecriteria gekozen voor de kleinschalige teams in Veenendaal en zijn de interviews ook afgenomen bij de zorgverleners van deze teams. Zij zijn omschreven als de operationele populatie. Deze operationele populatie kon informatie bieden over de zorgverlening en de organisatie van de teams. Het exclusiecriterium is het grootschalige team in Leersum.

### 2.4.2. Steekproef zorgorganisatie QuaRijn

In de eerste plaats zijn de twee teamleiders van regio Oost geïnterviewd om helder te krijgen wat hun visie is op de organisatie van de teams is. Zij hebben namelijk een overkoepelende functie over de teams. De teamleiders werken niet mee aan de directe zorgverlening, maar zijn bezig met organisatorische taken. Daardoor konden zij duidelijkheid geven over de wijze waarop de thuiszorgteams zijn georganiseerd. Deze interviews zijn in een vroeg stadium van het onderzoek gehouden zodat deze interviews in de oriëntatiefase gebruikt konden worden.

In dit onderzoek zijn alle (zes) verpleegkundigen binnen de thuiszorgteams in Veenendaal geïnterviewd. Hiervoor is gekozen omdat zij een hoofdfunctie binnen het team hebben met extra taken en omdat zij binnen de thuiszorgteams leiding nemen in de zelfsturing van de zorgverleners. Zij konden hierdoor relevante informatie geven voor dit onderzoek. Naast de verpleegkundigen werken er ook helpenden, verzorgenden, één activiteitenbegeleider en twee zorgassistenten. Deze laatste twee zijn buiten beschouwing gelaten, omdat niet verwacht werd dat zij ons aanvullende informatie konden verstrekken ten aanzien van de hoofdvraag. In totaal zijn er in de thuiszorgteams in Veenendaal naast de verpleegkundigen nog tweeëndertig verzorgenden IG en vijftien helpenden. Er is voor gekozen om uit elk team een helpende en een verzorgende te interviewen, wat dus neerkomt op vijf helpenden en vijf verzorgenden. Omdat het team Entrada echter geen helpenden heeft, en de helpende van Hollandia Staete niet kon worden geïnterviewd, zijn er in totaal van alle teams drie helpenden en vijf verzorgenden benaderd. De gevraagde verzorgenden van het team Over het Spoor wilde niet meedoen aan het onderzoek. Bij Hollandia Staete zijn daarom twee verzorgenden geïnterviewd, waarvan één verzorgende die vooral als ondersteuner werkt. Bij het interviewen is rekening gehouden met het niveau en de functiebeschrijving van de zorgverleners.

De helpenden en verzorgenden zijn gekozen met behulp van een systematische streekproef met aselect begin. Elke eerste helpende en verzorgende van de teams zijn geselecteerd naar aanleiding van de lijst die door de teamleider van de teams in Veenendaal toegestuurd is. De zorgverleners bij de thuiszorgteams QuaRijn in Veenendaal die zijn geïnterviewd, zijn tussen de achttien en vijfenzestig jaar. Zij hebben niveau twee, drie of vier. De medewerkers van niveau één, de activiteitenbegeleiders en stagiaires zijn niet geïnterviewd.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teams | Verpleegkundigen | Verzorgenden | Helpenden |
| Team 1 Rhenendael | 1 | 1 | 1 |
| Team 2 Over Het Spoor (Thuiszorg) | 1 | 1 | 1 |
| Team 3 Over Het Spoor (Volledig Pakket Thuis) | 1 | - | 1 |
| Team 4 Entrada | 1 | 1 | - |
| Team 5 Hollandia Staete | 2 | 2 | - |
| Totaal aantal medewerkers alle teams in Veenendaal | 6 | 32 | 15 |
| Totaal geselecteerden | 6 | 5 | 3 |

**Tabel 1 - Overzicht onderzoekspopulatie en steekproef, gebaseerd op teamindeling per 1 maart 2014**

### 2.4.3. Onderzoekspopulatie thuiszorgorganisaties

Vilans (2011) heeft een inventarisatie gedaan van best practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. De tweeëntwintig organisaties binnen het domein thuiszorg zijn door Vilans (2011) geselecteerd op gebied van kleinschalige teams in de wijk, andere rol wijkverpleegkundige, digitale communicatie, dementie, (technische) hulpmiddelen, onderzoek en preventie. De inclusiecriteria hierbij is het domein thuiszorg, de exclusiecriteria zijn de domeinen intramurale ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. Als inclusiecriteria zijn binnen het domein thuiszorg de beste vijf best practice thuiszorgorganisaties geselecteerd op gebied van kleinschalige teams in de wijk en andere rol wijkverpleegkundige, dit is de operationele populatie. Daarnaast is één organisatie geselecteerd die vier keer ‘Benchmark in de Zorg’ heeft ontvangen (Barneveld Vandaag, 2014). De exclusiecriteria zijn de organisaties met grootschalige teams of organisaties die best practice zijn op een gebied dat niet relevant is voor dit onderzoek naar cliënttevredenheid, deze worden niet geïnterviewd.

### 2.4.4. Steekproef thuiszorgorganisaties

Er is gekozen voor zes verschillende organisaties met best practice projecten die aansluiten bij deelvraag vier, om deze te kunnen beantwoorden. Hieronder volgt een overzicht van de gekozen organisaties. Dit was ten eerste thuiszorgorganisatie Buurtzorg vanwege het landelijk bekende innovatieve karakter van de organisatie dat als voorbeeld dient voor diverse andere organisaties. Ten tweede was zorgorganisatie ActiVite gekozen omdat deze zorgorganisatie volgens Vilans (2011) op samenhangende wijze zorg in de wijk organiseert, waarbij de wijkverpleegkundige een spilfunctie heeft. Voor begripsuitleg wijkverpleegkundige zie bijlage één. Het interviewen van deze twee organisaties is niet gelukt, hiervoor wordt verwezen naar de discussie. Als derde is Meander Thuiszorg benaderd omdat de organisatie best practice wordt genoemd vanwege de zelfsturende buurtteams. Deze organisatie is geïnterviewd. Ten vierde werd Stichting Laurens in Rotterdam benaderd omdat zij een unieke teamstructuur heeft. Voor de uitleg van het begrip teamstructuur wordt verwezen naar bijlage één. Elk team heeft namelijk een kleinschalige aanpak met daarbij altijd één niveau vijf verpleegkundige als teamleider (Zhang, 2010). Deze organisatie zag echter geen mogelijkheid voor een interview.

Als vijfde is organisatie Rotterdam Thuiszorg benaderd. Zij heeft een rijke geschiedenis van 110 jaar thuiszorg en werkt op dit moment met innovatieve kleinschalige buurtteams (Thuiszorg Rotterdam, 2014). Ook bij deze organisatie is een interview afgenomen. Als zesde is RST Zorgverleners benaderd, het is echter niet gelukt deze organisatie te interviewen. RST Zorgverleners heeft in 2013 voor de vierde keer op rij een award gekregen voor ‘Benchmark in de zorg’. Voor de zorg is de benchmark een belangrijk instrument om betrouwbare en actuele informatie beschikbaar te hebben voor een actieve belangenbehartiging (Barneveld Vandaag, 2014).

|  |  |
| --- | --- |
| ActiVite | Volgens Vilans (2011) best practice in organiseren van zorg in de wijk, waarbij verpleegkundige een spilfunctie heeft. |
| Buurtzorg | Landelijk bekend innovatief karakter en voorbeeldfunctie voor andere organisaties |
| Meander Thuiszorg | Wordt best practice genoemd voor zelfsturende buurtteams |
| Rotterdam Thuiszorg | Rijke geschiedenis, innovatieve kleine buurtteams |
| RST zorgverleners | Heeft voor de vierde keer de award ‘Benchmark in de zorg’ gekregen |
| Stichting Laurens,  Rotterdam | Unieke teamstructuur. De organisatie heeft teams met kleinschalige aanpak en verpleegkundige niveau vijf als teamleider |

**Tabel 2 - Kort overzicht best practices**

Bij elke organisatie zou een teamleider worden benaderd voor een mondeling interview. Hiervoor was gekozen omdat verwacht wordt dat deze persoon inhoudsdeskundig is op het gebied van succesfactoren en belemmeringen in het organiseren van de thuiszorgteams. Dit is echter door verschillende redenen niet gelukt, hiervoor wordt verwezen naar de discussie.

## 2.5. Dataverzamelingsmethode

Er is gekozen om mondelinge interviews af te nemen en geen schriftelijke interviews, omdat mondelinge interviews een grote mate van flexibiliteit hebben. Schriftelijke interviews daarentegen zijn gebonden aan een vaste structuur, de formulering kan bij het schriftelijk interview tijdens het interview niet meer aangepast worden. Bij face-to-face interviews kan er beter ingespeeld worden op de geïnterviewde persoon (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). Door het afnemen van half-gestructureerde interviews, kon diep op het onderwerp worden ingegaan. Zo konden er nieuwe onderwerpen aan het licht komen en kon er worden doorgevraagd op de verschillende topics. Daarnaast konden motieven voor handelen worden achterhaald. De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur en vervolgens uitgetypt.

### 2.5.1. Interviews zorgorganisatie QuaRijn

Ter voorbereiding op de te houden interviews werden eerst diverse topics opgesteld vanuit het literatuuronderzoek, de oriënterende observaties en het cliënttevredenheidsonderzoek, zie voor de topiclijst bijlage twee. Deze topics zijn: succesfactoren en belemmeringen in de organisatie van thuiszorgteams, teamsamenstelling, communicatie, cliënten, kwaliteit van zorg en andere disciplines. Vanuit de topics zijn vragen opgesteld. Dit betekent dat de interviews half-gestructureerd zijn. Daarnaast was er nog de mogelijkheid om dieper in te kunnen spelen op een onderwerp (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid van deze topiclijsten is verhoogd door ze te bespreken met een inhoudsdeskundige en een proefinterview te houden. Daarnaast is een oriënterend interview gedaan met één verzorgende. Eerst zijn de makkelijke topics en daarna de moeilijke topics besproken zodat er beter ingespeeld werd op de respondent (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009).

De teamleider is de aangewezen persoon om specifieke informatie uit het team te verstrekken, daarom is hier gekozen voor een oriënterend individueel interview bij beide teamleiders van regio Oost bij zorgorganisatie QuaRijn.

Elk interview duurde gemiddeld een uur en is afgenomen op de locatie van de respondent door twee onderzoekers, met uitzondering van de oriënterende interviews aan de teamleiders. Die zijn door vier onderzoekers afgenomen zodat alle onderzoekers een duidelijk beeld kregen van de teams en de organisatie. De interviews zijn afgenomen in de tweede helft van de onderzoeksperiode. De oriënterende interviews zijn afgenomen in de eerste twee weken van de onderzoeksperiode.

### 2.5.2. Interviews thuiszorgorganisaties

De interviews met twee externe thuiszorgorganisaties zijn afgenomen na de interne interviews binnen QuaRijn op de locatie van de respondent. Deze interviews duurden beiden ongeveer een uur. Voor deze interviews is een nieuwe topiclijst opgesteld, zie bijlage drie. Hierbij werd gebruik gemaakt van de topics van de interne interviews met als toevoeging ‘best practice’. Het opstellen van deze topiclijst is met dezelfde methode gebeurd als het opstellen van de topiclijst voor de interne interviews.

Bij deze interviews werd rekening gehouden met een andere benaderingswijze. Doordat er geen oriënterende interviews waren gehouden, hadden de onderzoekers minder informatie van de organisatie dan bij de interne interviews.

## 2.6. Data-analyse

De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur en vervolgens verbatim uitgeschreven. De interviews zijn na het uitschrijven gelabeld en vervolgens verder geanalyseerd door middel van het coderen van de fragmenten (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). Vanuit deze codes zijn de resultaten beschreven.

## 2.7. Validiteit en betrouwbaarheid

### 2.7.1. Validiteit

Onder validiteit wordt verstaan dat het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2011). In de eerste plaats werden de begrippen gedefinieerd en opgenomen in een begrippenlijst. Vervolgens werd met de verschillende aspecten van deze begrippen verder gewerkt in de topiclijst. Hiermee is de begripsvaliditeit of constructvaliditeit verhoogd. De topiclijst was daarnaast afgeleid van de oriënterende interviews met twee teamleiders en observaties van zorgverleners en van de literatuurstudie. Met de antwoorden van de respondenten op de vragen naar aanleiding van de topiclijst kon uiteindelijk antwoord gegeven worden op de hoofdvraag. Zo is de inhoudsvaliditeit verhoogd, wat inhoudt dat de topiclijst representatief is voor wat men wil weten (Vaus, 2010).

Er zijn in totaal vijf verzorgenden en drie helpenden geïnterviewd. Daarnaast zijn alle zes verpleegkundigen geïnterviewd. Er zijn net zo veel interviews afgenomen tot er een verzadiging van resultaten optrad. Op die manier is getracht de populatievaliditeit te waarborgen (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). Deze zorgverleners zijn geselecteerd via een systematische steekproef met aselect begin. Door bovengenoemde punten is de representativiteit van de steekproef verhoogd, waardoor ook de interne validieit is verhoogd

De conclusies van dit onderzoek kunnen worden doorgetrokken naar de thuiszorgteams van QuaRijn in Veenendaal, aangezien daar door middel van interviews is gekeken naar de organisatie van de teams en de verhoging van de cliënttevredenheid. Hiermee wordt de interne validiteit of de populatievaliditeit verhoogd. Daarnaast kunnen andere organisaties kijken in hoeverre de succesfactoren en belemmerende factoren die uit de literatuurstudie komen aanwezig zijn in hun eigen teams, zodat ze daarmee handvatten hebben voor hun eigen organisatie. De resultaten van de interviews met de zorgverleners van QuaRijn zijn echter niet bruikbaar voor andere organisaties, omdat de interviews specifiek over de zorgorganisatie QuaRijn gaan. De interviews met de externe organisaties zouden wel gebruikt kunnen worden in verder onderzoek.

### 2.7.2. Betrouwbaarheid

Het garanderen van de betrouwbaarheid was belangrijk in dit onderzoek omdat de gegevens uiteindelijk gebruikt worden voor het maken van een beleid binnen QuaRijn. Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat het onderzoek in andere omstandigheden in een andere periode precies tot dezelfde resultaten leidt (Verhoeven, 2011).

De voorwaarde voor de bronnen van de literatuurstudie waren dat ze informatie verstrekten over factoren in de organisatie van de thuiszorgteams en de wijze waarop cliënttevredenheid verhoogd kan worden. Tevens is het belangrijk dat er vanuit de literatuur beargumenteerd werd hoe deze factoren ingezet moeten worden om kwalitatief goede zorg te verlenen. Bij de bronnen ging de voorkeur uit naar bronnen die niet ouder zijn dan zes jaar, omdat er afgelopen zes jaar veel ontwikkelingen zijn geweest in de thuiszorg. Daarom kunnen oudere bronnen niet meer betrouwbaar zijn. Bronnen tot tien jaar oud zijn ook geaccepteerd als er over het betreffende onderwerp geen nieuwere bronnen beschikbaar waren.

Bij de oriënterende interviews met de teamleiders van zorgorganisatie QuaRijn werden beide teamleiders van regio Oost geïnterviewd om een zo volledig en dus betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van de teams. Om de betrouwbaarheid van de overige interviews te waarborgen is er voor gekozen de zorgverleners te selecteren via een systematische steekproef met aselect begin. Er zouden diverse leidinggevenden van andere organisaties geïnterviewd worden. De organisaties die zijn geselecteerd zijn vijf organisaties die zijn gekozen op grond van twee rapporten over best practices in de thuiszorg (Vilans, 2011; Zhang, 2010). Daarnaast is één organisatie geselecteerd omdat deze vier keer ‘Benchmark in de Zorg’ was. Van de zes organisaties zijn er twee organisaties geïnterviewd. Dit heeft geen invloed op de betrouwbaarheid, het geeft slechts een kleinere input, voor een uitgebreide verantwoording wordt naar de discussie verwezen.

De betrouwbaarheid van de interviews werd gewaarborgd door de interviews uit te werken en deze vervolgens na te laten luisteren door een andere onderzoeker. Dit heeft de kans op eventuele fouten in de uitgeschreven interviews verkleind. Tevens hebben de onderzoekers elkaar gecheckt met het labelen en coderen, zodat de betrouwbaarheid van de gegevens verhoogd is.

### 2.7.3. Ethische aspecten

Baarda, Goede & Teunissen (2009) schrijven dat onderzoek ethisch verantwoord is als respondenten vrijwillig meewerken, hun gegevens geanonimiseerd worden verwerkt, de uitkomsten geen nadelig effect voor de respondenten hebben en er geen vaste voorstelling van zaken gegeven wordt. Daarnaast hebben de onderzoekers de plicht naar de opdrachtgever toe om het onderzoek op een eerlijke en objectieve manier uit te voeren en geen gegevens aan derden te verstrekken als de opdrachtgever dat niet wil. De respondenten werden benaderd en zijn vrij in het wel of niet meewerken aan het onderzoek. Daarnaast zijn de gegevens anoniem verwerkt, doordat elke respondent zijn eigen respondentnummer kreeg in plaats van zijn of haar naam. De uitkomsten hebben geen nadelig effect voor de respondenten gehad, omdat de informatie anoniem verwerkt is en het er juist om ging hoe de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg verhoogd kon worden. Naar de opdrachtgever toe werd geprobeerd zo objectief en eerlijk mogelijk naar het onderzoek te kijken. De onderzoekers zijn vertrouwelijk met de gegevens van zorginstelling QuaRijn omgegaan.

# 3. Literatuurstudie

In deze literatuurstudie zal antwoord gegeven worden op de volgende deelvragen: 1. *Welke actuele landelijke ontwikkelingen in de thuiszorg spelen in op het verhogen van de kwaliteit van zorg?* en 2. *Welke succesfactoren en belemmerende factoren in de organisatie van zelfsturende thuiszorgteams zijn van invloed op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg?*

## 3.1. landelijke ontwikkelingen

### 3.1.1. Verandering cliëntenpopulatie

De laatste jaren is er een toename van chronisch zieken en er wordt verwacht dat dit aantal nog verder toeneemt. (Mitchell, et al., 2012; CBS, 2013). Dit wordt veroorzaakt door de vergrijzing en de hogere levensverwachting (CBS, 2013; Ewijk, Horst, Besseling, & Centraal Planbureau, 2013). Tegelijkertijd zijn de wensen van de cliënten veranderd (CBS). Volgens Peeters & Francke (2009) willen de meeste cliënten zo lang mogelijk thuis blijven wonen en regie over hun eigen leven hebben. Ze willen niet afhankelijk zijn van de zorg, maar zinvolle activiteiten ondernemen waardoor ze het gevoel hebben dat ze nuttig zijn. Kortom, de cliënten willen in de maatschappij staan en gezien worden als een volwaardig mens (Inspectie voor de Gezondheidszorg; LOC Zeggenschap in zorg; Zorgverzekeraars Nederland, 2013).

De overheid wil ook dat de cliënten recht krijgen op het maken van concrete afspraken, zodat de cliënten de regie in eigen handen blijven houden (Rijksoverheid, 2013). Door deze zaken wordt de kwaliteit van leven verhoogd (Ikkersheim, et al., 2010). Tevens heeft dit een positief effect op de kwaliteit van zorg, aangezien het centraal stellen van de cliënt een cruciale succesfactor blijkt te zijn in het leven van goede kwalitatieve zorg. Om dit te kunnen waarborgen is de Nederlandse zorg veranderd van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte zorg. Er wordt nu ingespeeld op de behoefte van de cliënt (Ikkersheim, et al.). Een ander punt dat deze ontwikkeling veroorzaakt heeft, is de politieke druk om te bezuinigen op de gezondheidszorg (Atlas van Zorg & Hulp, 2012).

Door de stijging van het aantal chronisch zieken, de vergrijzing en de (technologische) mogelijkheden binnen de gezondheidszorg, stijgen de kosten in de gezondheidzorg fors (Ikkersheim, et al., 2010). Er wordt steeds gezocht naar een methode waardoor de kosten niet meer zullen stijgen en zo mogelijk dalen, terwijl de kwaliteit van zorg waar mogelijk verhoogd wordt. Eén van die bezuinigingen is het uitsluiten van zorgzwaartepakket (ZZP) één tot drie en in de toekomst ZZP vier in verzorgingshuizen, wat op beide facetten, lagere kosten en hogere kwaliteit, inspeelt. Een belangrijk woord is efficiëntere zorgverlening. Het nieuwe zorgstelsel (ZVW Zorgverzekeringswet) is een manier om tot efficiëntere zorgverlening te komen waarbij de kwaliteit hoog is. Buurtzorg Nederland is hier een goed voorbeeld van. Zij laten zien dat hoge kwaliteit en efficiëntere zorg samen kunnen gaan met lage kosten (Ikkersheim, et al.).

### 3.1.2. Nieuwe taken

Het uitsluiten van de lage ZZP’s in verzorgingshuizen en het geven van de mogelijkheid om langer thuis te blijven wonen, betekent wel een verzwaring van de complexiteit in de thuiszorg (Nouws, 2010; Rijn, 2014). In de toekomst zullen ook de hoog complexe cliënten in de thuiszorg verpleegd worden. Om die hogere complexiteit op te vangen is er meer aandacht voor de wijkverpleegkundigen gekomen. De wijkverpleegkundige blijkt een belangrijk persoon te zijn bij het verlenen van hoge kwaliteit van zorg in de thuiszorg. Daarnaast is de wijkverpleegkundige nodig om goede kwaliteit van zorg aan complexe cliënten te geven. De wijkverpleegkundige is immers in staat om met de verschillende disciplines te communiceren en afspraken te maken (Nouws). Minister Schippers zorgt ervoor dat de wijkverpleegkundige in de toekomst een belangrijke schakel in de eerstelijnszorg wordt (Rijksoverheid, 2014). Veel cliënten vinden het lastig om de juiste weg in de zorg te vinden (ZonMw). Door gebruik te maken van een wijkverpleegkundige en multidisciplinaire teams zal de ziekenhuiszorg ook steeds meer verschuiven naar zorg die ‘thuis’ gegeven wordt (STOOM, z.j.). Daarnaast is het ook voor een aantal mensen moeilijk om hulp te vragen. Om de cliënten hierin te helpen en de samenhang te waarborgen is het ZonMw-programma ‘zichtbare schakel’ opgestart. Een zichtbare schakel is de wijkverpleegkundige. Zij heeft veel verschillende taken, zoals in de wijk huisbezoeken doen zonder indicatie en zo nodig cliënten doorverwijzen naar andere hulpverleners. De wijkverpleegkundige verbindt mensen uit de wijk, zoals de cliënt, huisarts, gemeente en woningbouwvereniging en andere disciplines of instanties. Zo ontstaat er een stevig sociaal netwerk rondom de cliënt (ZonMw, 2009).

De meeste cliënten hebben behoefte aan samenhang in de zorg (Minkman, 2012). Daardoor is ook het begrip ketenzorg ontstaan. Ketenzorg houdt in dat de zorgverlening op de behoefte van betrokken cliënten afgestemd wordt. Verschillende partijen bundelen het zorgverleningsaanbod om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit concept is ontstaan door enerzijds het streven naar verbetering van kwaliteit van zorg en anderzijds door het streven naar kostendaling. Door ketenzorg kan de zorg doelmatiger verleend worden. Tevens wordt er efficiënter gewerkt door de zorgverleners gerichter in te zetten (Vilans, 2011). Door het stijgend aantal chronisch zieken is er een nieuwe functie ontstaan, ‘de praktijkverpleegkundige’ (Meiracker & Prins, 2009). Deze verpleegkundige heeft een aanvullende rol voor cliënten met een chronische ziekte in de eerste lijn. De gevolgen van de chronische ziekte wordt voornamelijk door deze verpleegkundige besproken. De rol van de praktijkverpleegkundige is een belangrijke aanvulling in de kwaliteit van de zorgverlening (Meiracker & Prins).

### 3.1.3. Mantelzorger

De rol van mantelzorger wordt steeds belangrijker (Tanja & Onstenk, 2011). Mantelzorgers zijn nu de spil waar de zorg voor de cliënten om draait. Ze krijgen steeds meer te maken met de zorgverlening en de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorgverlening. De professionele zorgverlening wordt nu meer als aanvullend gezien en gaat naar de achtergrond. De rol van mantelzorgers rondom de cliënt is veranderd in ‘samenredzaamheid’ en eerstverantwoordelijke voor de zorgverlening. De zorgverleners hoeven niet meer alles zelf te doen. Ze gaan meer zorgen dát, dan zorgen vóór (Tanja & Onstenk).

### 3.1.4. Zorgverleners

De verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat naar hun idee de kwaliteit van zorg beter kan (V&VN, 2010). In de literatuur wordt beschreven dat zorgverlening op basis van Best Practice, meest effectieve werkmethode, een belangrijke factor is om de kwaliteit van zorg te verhogen (Ikkersheim, et al., 2010). Dat blijkt bijvoorbeeld uit de verbetering van de behandeling en daarmee ook verbetering van de resultaten (Zorgverzekeraars Nederland , 2011). Door deze resultaten is de aandacht voor Best Practice onder verpleegkundigen en verzorgenden gestegen (Ikkersheim, et al.,).

Ook de aandacht voor kosteneffectieve innovaties is de laatste jaren fors gestegen. Er kan gedacht worden aan de domotica (zie bijlage één) “zorg op afstand” door middel van videoapparatuur. Kosteneffectieve innovaties zijn veelbelovend en houden tevens grip op de stijgende zorgvraag. Deze innovaties leiden ook tot betere kwaliteit van zorg, aangezien ze de zorgverleners ondersteunen in de zorgverlening (Peeters & Francke, 2009). In de toekomst zal de domotica zich blijven ontwikkelen en een belangrijk aanbod worden in de thuiszorg (Ewijk, Horst, Besseling, & Centraal Planbureau, 2013).

Diensten en producten zijn in de toekomst voornamelijk gericht op het ondersteunen van de cliënten in de eigen omgeving (In voor zorg!, 2014). Dit vraagt andere werk- en organisatievormen. Het werken met zelfsturende teams wordt daarom explosief toegepast in veel zorgorganisaties. In de zelfsturende teams zijn de zorgverleners zelf verantwoordelijk voor de cliënten en het organiseren van de benodigde zorg. Om die zorg goed uit te voeren hebben ze wel een coach nodig die hen in de verantwoordelijkheid ondersteunt en hen met raad en daad bijstaat. De hiërarchische managementvormen verdwijnen en daarvoor komt coachende leiderschap in de plaats (In voor zorg!, 2014). Het werken met zelfsturende teams zorgt voor een hogere cliënttevredenheid, doordat de cliënten meer zorg op maat ontvangen (In voor zorg!, 2013). Daarnaast voorkomt deze organisatievorm ergernissen bij cliënten (Vermeer & Wenting, 2012).

## 3.2. Succesfactoren en belemmerende factoren

Om te kijken naar de succesfactoren en belemmerende factoren in de organisatie van zelfsturende thuiszorgteams is het belangrijk om eerst duidelijkheid te geven over wat er onder een zelfsturend thuiszorgteam wordt verstaan. De teamleden in een zelfsturend team zijn met elkaar verantwoordelijk voor het professioneel en zelfstandig organiseren van de zorg aan een groep cliënten. Ze zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit; het plannen, coördineren, uitvoeren en verantwoorden van de zorg en het regelen en onderhouden van interne en externe contacten. Het team stelt zelf de doelen, werkwijze en de bijdragen van de verschillende teamleden vast en is als geheel verantwoordelijk voor de resultaten. Daarnaast zijn er ondersteunende diensten, bijvoorbeeld een teamcoach, die een team faciliteren waar nodig (Almekinders, 2006; In voor zorg!, 2013).

### 3.2.1. Succesfactoren team

Hieronder worden de succesfactoren van het team beschreven die uit de literatuur naar voren zijn gekomen. De volgende succesfactoren worden beschreven.

#### 3.2.1.1. Gezamenlijke visie en verantwoordelijkheid

Cleven (2008) en Vroemen (2009) geven aan dat ‘samenhang tussen gezamenlijke missie, visie, doelstellingen, afzonderlijke interventies en het uiteindelijke resultaat maakt dat een team een verbinding ervaart in de gezamenlijke prestatie’. Bij een visie, die kaders aangeeft waarbinnen werkzaamheden gebeuren, hebben medewerkers meer houvast in de uitvoering van hun taken en in de samenwerking. Daarnaast moet een optimaal functionerend zelfsturend team de bevoegdheid hebben om binnen afgesproken kaders, hun eigen beslissingen te nemen. Hierdoor voelen teamleden zich naast hun individuele verantwoordelijkheid ook verantwoordelijk voor de overige taken en het uiteindelijke resultaat (Vermeer & Wenting, 2012).

#### 3.2.1.2. Teamontwikkeling

Van Amelsvoort (2004) noemt de volgende fasen in de teamontwikkeling: bundeling individuen, beginnende groep, team en open team. In die fasen zijn weer verschillende aspecten te onderscheiden, zoals op het gebied van uitvoering en procesbeheersing, organisatie en coördinatie, samenwerking en besluitvorming en ondernemen en klanttevredenheid. Bij elk aspect kan bepaald worden waar een team op dat moment staat en waar het heen zou willen (Amelsvoort, 2004). Overigens kan er pas echt sprake zijn van teamontwikkeling als medewerkers elkaars sterke en zwakke punten kennen en het daarover kunnen hebben. Het vertrouwen in elkaar geeft dat er ruimte komt om elkaar opbouwende feedback over het werk te geven en twijfels te benoemen (In voor zorg!, 2013).

#### 3.2.1.3. Omvang van een team

Een team bestaat bij voorkeur uit minimaal drie personen. Bij meer dan vijftien medewerkers in een team is de kans groot dat teams in subgroepen uiteenvallen. Daarnaast ontstaat er dan eerder een onderlinge hiërarchie, omdat het evenwicht tussen sprekers en zwijgers verstoord is (Cleven, 2008). Daarnaast is het belangrijk te kijken naar karakters van mensen, functies en contracturen (Buurtzorg, 2013).

#### 3.2.1.4. Taakverdeling in het team

Een goede taakverdeling binnen het team draagt bij aan een betere afstemming, samenwerking en efficiëntie. Er moet overeenstemming zijn over de verdeling van taken over de teamleden (Vermeer & Wenting, 2012). Teamleden kunnen groeien als ze passende taken en verantwoordelijkheden krijgen en dat vergroot de veerkracht van het team (Cleven, 2008). Vroemen (Teamwerk moet vaker dan het hoeft, 2010) geeft aan dat teamleden wel voldoende ruimte moeten hebben voor eigen invulling van een taak. Het onderling afhankelijk zijn van elkaar maakt ook dat een team beter samenwerkt. Verder moeten teamleden zelf de taakverdeling maken, zelf zorgen voor het rooster, bijdragen aan een productief werkoverleg en het hooghouden van de kwaliteit van haar eigen handelen (Berg, 2011).

#### 3.2.1.5. Communicatie

Openheid is een belangrijke voorwaarde voor teams om te kunnen blijven groeien en een leerklimaat te ontwikkelen (Cleven, 2008; Vroemen, Team op vleugels, 2009). Bij deze openheid hoort het kunnen geven en ontvangen van feedback, reflecteren op het functioneren, het nakomen van afspraken en het kunnen inleven in anderen. Daarnaast speelt ook het volledig informeren van elkaar, het uitdragen van de eigen mening en vooral ook het openstaan voor een andere mening een rol. Deze punten komen bijvoorbeeld ook weer terug bij het houden van een werkoverleg (Vroemen, Teamwerk moet vaker dan het hoeft, 2010). Het werken vanuit ieders kwaliteiten draagt bij aan de ontwikkeling van het team. Door de kwaliteiten in te zetten en elkaars valkuilen op te vangen, ontstaat een meer evenwichtig team, wat indirect bijdraagt aan de kwaliteit van zorg (Cleven, 2008).

#### 3.2.1.6. Voorzieningen

Een team moet over de juiste voorzieningen kunnen beschikken. Hierbij kan gedacht worden aan voorzieningen zoals tijd, geld, mensen en materialen, maar ook aan bevoegdheden, informatie en steun (van bijvoorbeeld een coach) (Vroemen, Teamwerk moet vaker dan het hoeft, 2010).

#### 3.2.1.7. Inspelen op de toekomst

Vooruitkijken en inspelen op toekomstige ontwikkelingen is belangrijk om de kwaliteit van zorg te blijven verbeteren (Vroemen, Een team is niet maakbaar, 2010).

### 3.2.2. Succesfactoren cliëntenzorg

Er zijn een aantal succesfactoren, die vooral in de cliëntenzorg naar voren komen. Dit is het centraal stellen van de cliënt, effectieve samenwerking met andere disciplines en dienstverlening, investeren in hoogwaardige zorg en organisatorische ondersteuningssystemen.

#### 3.2.2.1. Samenwerken met cliënt

De cliënt staat centraal en er wordt zoveel mogelijk naar de wensen van de cliënt geluisterd. Het team werkt samen met cliënt en familie of mantelzorger aan gezamenlijk opgestelde doelen. Deze doelen worden verduidelijkt, begrepen en ondersteund door alle teamleden (Cummings & Bennett, 2012; Mitchell, et al., 2012; Rooney & Gribben, 2006).

#### 3.2.2.2. Afstemming en coördinatie

Zorgverleners moeten als een team samenwerken, om zo de onderlinge relaties te verbeteren en voor een goede zorgcoördinatie te zorgen, zodat er geen miscommunicatie tussen zorgverleners onderling of tussen zorgverlener en cliënt ontstaat. Ook kan er dan beter ingespeeld worden op de behoeften van een cliënt (Rooney & Gribben, 2006; Mitchell, et al., 2012).

#### 3.2.2.3. Investeren in hoogwaardige zorg

Personeel moet continu getraind worden om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, door bijvoorbeeld intercollegiale toetsing en kennis over medische informatica en technologie. Daarnaast behoort hier ook een uitgebreider takenpakket van de wijkverpleegkundige bij (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2014; Mitchell, et al., 2012; Rooney & Gribben, 2006).

#### 3.2.2.4. Organisatorische ondersteuningssystemen

Goede ICT-voorzieningen ondersteunen bij het registreren van de zorg bij cliënten en kunnen effectief werken bij communicatie binnen een team (Rooney & Gribben, 2006). Daarnaast moet bij elke cliënt een juiste indicatie gesteld worden en moet de zorgvraag vroegtijdig gesignaleerd worden. Uit onderzoek blijkt namelijk dat cliënten achteraf eerder zorg nodig hadden dan ze kregen (Cummings & Bennett, 2012).

### 3.2.3. Belemmerende factoren team

Als een succesfactor ontbreekt, kan dit als belemmering worden ervaren. Bovengenoemde factoren zouden daarom, indien ze negatief geformuleerd zijn, als belemmerende factor kunnen dienst doen.

#### 3.2.3.1. Slechte taakverdeling / slechte communicatie

Een slechte taakverdeling of slechte communicatie kan worden veroorzaakt door een gebrek aan bewustzijn, tegenstrijdige prioriteiten of normen, gebrek aan transparantie en afgebakende verantwoordelijkheden. Dit kan leiden tot het door de vingers zien van fouten, roddelen en het niet uitspreken van de eigen mening. Dat laatste kan tot gevolg hebben dat besluiten niet altijd door het hele team gedragen worden. Daarnaast worden vanzelfsprekendheden nauwelijks ter discussie gesteld, zodat een kritisch geluid ontbreekt. Verder kan bij een gebrek aan een gemeenschappelijk doel en kader of een goede taakverdeling, het recht van de sterkste gaan gelden omdat goede sturing ontbreekt (Cleven, 2008). De slechte communicatie kan ook in de zorg tot uiting komen in het contact met de cliënt. Cliënten worden bijvoorbeeld vaak weinig betrokken in het hebben van inbreng in hun eigen zorgproces (Mitchell, et al., 2012).

#### 3.2.3.2. Groepsdenken

Binnen een team kan er een soort van ‘groepsdenken’ ontstaan. Dat ‘is een manier van gelijkvormig denken en oordelen in de groep, waarbij de wens om unaniem te zijn groter is dan de wens om tot een echt realistische beoordeling te komen’. Dit werkt belemmerend op het team (Vroemen, Teveel team van het goede, 2010).

### 3.2.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg

Volgens Grönroos (Geelen, 2014) is tevredenheid in het Perceived Service Quality model het verschil tussen de verwachte kwaliteit en de ervaren kwaliteit. De kwaliteit die de cliënt waarneemt, ontstaat uit de wisselwerking tussen de verwachte en ervaren kwaliteit. Daar beoordeelt de cliënt een organisatie ook op. Als de ervaringen en verwachtingen overeenkomen, dan zal de cliënt tevreden zijn. De ervaringen van een cliënt zijn afhankelijk van de wijze waarop een organisatie de technische kwaliteit, functionele kwaliteit en relationele kwaliteit vormgeeft (Geelen, 2014). Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg hebben een direct verband. Kwaliteit in de gezondheidszorg heeft invloed op cliënttevredenheid, die daarom op haar beurt positief gedrag bij de cliënten positief beïnvloedt (Naidu, 2009).

Het centraal stellen van de zorgvrager blijkt een cruciale succesfactor te zijn om goede kwaliteit van zorg te leveren (Ikkersheim, et al., 2010). Uit onderzoek (Frampton & Guastella, 2010) blijkt dat ziekenhuizen in de VS en Canada, die werken volgens het principe van ‘de patiënt centraal’ in 73% van de gevallen een 9 of 10 scoren op algemene patiënttevredenheid, tegenover een landelijk gemiddelde van 65% (Presentmedia, 2013). Dit is geen onomstotelijk bewijs dat het uitgangspunt ‘de patiënt centraal’ altijd tot resultaat leidt. Het doet echter veronderstellen dat het centraal stellen van de cliënt invloed heeft op de cliënttevredenheid. Voor de toekomst van een organisatie is het belangrijk om de medewerker en cliënt centraal te zetten. Door flexibiliteit en creativiteit van de medewerkers wordt de relatie met de cliënt beter. Daardoor kan de organisatie beter presteren door met minder mensen en middelen, meer mensen te helpen (In voor zorg!, 2013).

Voor de toekomst van een organisatie is het belangrijk te zorgen voor een flexibele dienstverlening en toe te werken naar een organisatiemodel waarbij met minder mensen meer cliënten geholpen kunnen worden bij gelijkblijvende of hogere kwaliteit (In voor zorg!, 2013). Zoals in hoofdstuk 3.2 wordt beschreven nemen in een zelfsturend team de teamleden zelfstandig beslissingen waardoor de medewerkers meer ruimte hebben om keuzes te maken. Iedereen heeft in de organisatie van het team dezelfde bevoegdheden en teambesluiten worden volgens het consensusprincipe genomen (Instituut voor Samenwerkingsvraagstukken, 2014; Vermeer & Wenting, 2012). Een voorwaarde voor een goed functionerend zelfsturend team is de beschikbaarheid tot relevante informatie, financiële middelen, bestaande apparatuur en tijd (Leede, Nijhof, & Fissch, 1999) en dat het team de bevoegdheid heeft binnen de afgesproken kaders zijn eigen beslissingen te nemen (Vermeer & Wenting, 2012). Plexus (2013) geeft aan dat werken met zelfsturende teams leidt tot grotere tevredenheid bij bewoners omdat er cliëntgericht gewerkt wordt. Ook de tevredenheid van de medewerkers stijgt. Dat heeft een positief effect op de productiviteit en op de kwaliteit van de inhoud van het werk omdat medewerkers zelf initiatieven kunnen ontplooien en zelf kunnen bepalen op welke wijze de taken worden uitgevoerd (Plexus, 2013).

Goede communicatie tijdens het zorgproces heeft een positieve invloed op de samenwerking en daardoor ook op het welbevinden van de cliënt (Vink & Blom, 2013). Zelfsturing vraagt om samenwerking van de teamleden om een kwalitatief goed ‘product’ neer te zetten. Het betekent dat er gezorgd moet worden voor een goede communicatie met de teamleden en met externe partijen waarmee samengewerkt moet worden (Vermeer & Wenting, 2012)*.* Cliënten geven bijvoorbeeld de telefonische bereikbaarheid bij de zelfsturende teams van thuiszorgorganisatie Buurtzorg aan als een meerwaarde voor de organisatie. Ook de onderlinge afstemming tussen verschillende zorgverleners bij thuiszorgorganisatie Buurtzorg zorgt voor tevredenheid (Dalen, 2010). Buurtzorg doet dit bijvoorbeeld door combinaties tussen de teams en de huisartsen te bevorderen. De huisarts krijgt dan meer invloed op de zorg die het team verleent (Buurtzorg, 2013).

Over voordelen van grootschalig georganiseerde thuiszorgteams is geen informatie te vinden. Grote teams zorgen voor veel verschillende gezichten bij de cliënt en voor anonimiteit (Kruk, 2010). Er is wel uit onderzoek gebleken dat de kleinschalige thuiszorgteams van Buurtzorg voor een hoge cliënttevredenheid zorgen. Door kleinschalige teams komen steeds dezelfde zorgverleners aan huis en zorgverleners kunnen meer sturing geven aan de dienstverlening. Dit zijn twee factoren die tot meer cliënttevredenheid leiden (In voor zorg!, 2011). ActiZ, de brancheorganisatie voor verpleging en verzorging, is ook voorstander voor kleinschalig wijkgericht werken omdat wat goed is voor de cliënt centraal moet staan (Nursing, 2010). Productiviteit kan door kleinschalige teams stijgen omdat er minder reistijd is (Kruk, 2010). Buurtzorg heeft gekozen voor een maximum van 12 medewerkers die samen 7,5 Fte vervullen om persoonlijke aandacht en continuïteit in de zorg te kunnen garanderen (Blok & Pool, 2010). Er is geen informatie bekend over het aantal medewerkers van kleinschalige teams bij andere thuiszorgorganisaties.

# 4. Resultaten praktijkonderzoek

Bij de resultaten van het praktijkonderzoek wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 3 en onderzoeksvraag 4, respectievelijk ‘*Wat zijn succesfactoren en belemmerende factoren die zorgverleners ervaren in de zelfsturende thuiszorgteams in Veenendaal van zorgorganisatie QuaRijn?*’ en ‘*Wat zijn succesfactoren en belemmerende factoren in de thuiszorgteams van andere thuiszorgorganisaties?*’

## 4.1. Resultaten interviews zorgorganisatie QuaRijn

### 4.1.1. Taakverdeling

##### Succesfactoren

Op de vraag wat respondenten van de taakverdelingen vinden, komen verschillende reacties. Vier respondenten geven aan dat een taak door een andere collega wordt opgepakt als een medewerker niet aan een taak toekomt of zich niet bekwaam voelt. De taakverdeling is op deze manier prima, aldus drie respondenten. Iedereen neemt zijn eigen verantwoordelijkheid, zeggen vier respondenten. Het geeft ook duidelijkheid als bepaalde mensen over een taak gaan, geven zeven respondenten aan. Twee andere respondenten geven aan dat door het verdelen van deze taken medewerkers meer vrijheid hebben, wat voor meer zelfstandigheid zorgt.

Volgens tien van de dertien respondenten is er gelijkwaardigheid in de omgang, er wordt door respondenten niet neergekeken op andere niveaus. Bij het verdelen van de taken wordt volgens twee respondenten gekeken naar de interesses van de collega’s. Volgens twee andere respondenten wordt ook gekeken naar de kwaliteiten van collega’s.

Drie van de vijf respondenten (die uit een team komen waar twee verpleegkundigen zijn) geven aan dat het fijn is dat er twee verpleegkundigen in hun team zijn, zodat er altijd iemand is om op terug te vallen. Een andere respondent geeft aan dat een verpleegkundige nodig is binnen het team, waardoor medewerkers niet afhankelijk zijn van andere teams. Drie respondenten geven aan dat een wijkverpleegkundige soms wel handig is, vooral voor verpleegtechnische handelingen. Eén verpleegkundige geeft aan dat collega’s met haar overleggen en haar advies opvolgen, bijvoorbeeld in het contact met een andere discipline.

##### Belemmerende factoren

Vijf respondenten geven aan dat de verpleegkundige het team aanstuurt. Volgens twee respondenten is er geen wijkverpleegkundige nodig in het team, één van hen geeft als reden dat er te weinig verpleegkundige taken zijn in het team. De verpleegkundigen hebben onderling besproken dat ze meer hebben aan een HBO-V’er, om teamleden te coachen en aan te sturen, aangezien de teamleider er steeds minder is. Dezelfde respondent geeft verder aan dat als alle verpleegkundigen niveau 5 zouden gaan doen, de teamleider misschien niet meer nodig zou zijn. De teamleider verschuift namelijk steeds meer taken naar de verpleegkundige en die delegeert ze weer naar de verzorgenden. Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat ze soms gebruik maakt van het feit dat ze niveau vier is. Op die manier heeft ze meer gezag, bijvoorbeeld bij het aanspreken van medewerkers op ernstige medicatiefouten.

Een andere respondent geeft ook aan dat er een verschuiving lijkt te komen in de taken. “Dat die (verpleegkundige, red.) ons een beetje controleren soms (..)” geeft zij aan (Interview 8, regel 58, 59). Het lijkt of de zelfstandigheid weer teruggedraaid wordt, doordat verpleegkundigen weer taken overnemen, zegt dezelfde respondent. Verder wordt nog door een respondent aangegeven dat het weleens voor wrijving kan zorgen als de verpleegkundige anders denkt dan het team.

Soms werken de niveaus belemmerend, geven twee respondenten aan, bijvoorbeeld met het inplannen van medewerkers op een route, aldus een andere respondent. Vijf respondenten geven aan dat taken niet op orde zijn of niet alle taken worden opgepakt. Dit komt volgens één van hen soms door drukte of afwezigheid van mensen, de andere respondent geeft aan dat het meer aan sommige collega’s ligt. Verder geeft een andere respondent aan dat het op dit moment wat rommelig is in de taakverdeling, omdat er veel is veranderd. Het is de bedoeling dat het team de extra taken kan beheersen, maar dat is nog niet zo, geeft weer een ander aan. Verder wordt soms vergeten dat zaken die geregeld worden voor een cliënt, moeten worden teruggekoppeld naar de persoonlijk begeleider (zie bijlage één), aldus een respondent.

### 4.1.2. Organisatie van thuiszorgteams

#### 4.1.2.1. Ondersteunende diensten

##### Succesfactoren

ICT-ondersteuning is volgens een respondent goed en de computerprogramma’s werken goed. Twee respondenten vinden dat de ICT-ondersteuning prima geregeld is en goed werkt. Zes respondenten geven aan dat de ICT-medewerkers goed communiceren, reageren en bereikbaar zijn.

##### Belemmerende factoren

Een respondent vindt ICT ondersteuning niet nodig, een andere respondent maakt er geen gebruik van. Soms haperen computersystemen volgens één respondent. Er is volgens een andere respondent geen volledige kennis van ICT, de verpleegkundige kan er volgens haar beter mee omgaan. Een respondent vindt het digitaliseren van cliëntplanningen en cliëntagenda’s lastig. Verder vindt één respondent DKS moeilijk, en twee respondenten geven aan dat zij CURA omslachtig en klantonvriendelijk vinden.

Twee respondenten geven aan dat de communicatie over de financiële ondersteuning vanuit QuaRijn duidelijker kan.

Twee respondenten zeggen dat de communicatie met management moeilijk gaat en nooit het sterkste punt is geweest als er een beslissing wordt genomen. Het zou volgens een van deze respondenten goed zijn als het management dichter bij de mensen zou staan. Ze weet niet waar de communicatie misloopt tussen management en team.

#### 4.1.2.2. Ondersteunende disciplines

##### Succesfactoren

Het verpleegkundig team in Doorn wordt volgens zeven respondenten geraadpleegd voor de complexere zorgverlening, zoals aansturing bij wondverzorging. Drie respondenten geven aan regelmatig met de huisarts te communiceren. In de vier andere teams wordt meestal eerst de verpleegkundige van het team geraadpleegd. Volgens een respondent legt ieder teamlid contact met andere disciplines. De cliënt heeft er echter de regie over.

##### Belemmerende factoren

Veel medewerkers weten niet hoe ze andere disciplines moeten bereiken zegt een respondent. Er zijn weinig gegevens van bijvoorbeeld telefoonnummers, waardoor die ook niet aan de cliënt gegeven kunnen worden.

*Heel veel mensen weten niet wie ze moeten bereiken. Er staan ook geen gegevens bij, we hebben eigenlijk weinig gegevens van andere disciplines met telefoonnummers van die moet, die kan je bellen of wat dan ook. Dus dan kan je het ook heel lastig naar de cliënt toe brengen (Interview 12, regel 473-476).*

Zes respondenten vinden het contact met de huisarts moeizaam of niet vlot gaan. De huisarts kan autoritair overkomen. Verwachtingen van de huisarts zijn onduidelijk omdat er geen persoonlijk contact met de huisarts is volgens een respondent. Er wordt volgens haar ook geen initiatief genomen om die samenwerking te verbeteren. De huisarts communiceert niet altijd terug als hij is geweest, omdat hij de rapportage niet kan vinden in het dossier.

#### 4.1.2.3. Scholing

##### Succesfactoren

Twee respondenten geven aan dat er genoeg kennis in het team is. Negen van de dertien respondenten geven aan dat ze scholing krijgen zoals klinische lessen, modules en BIG-scholing. Drie respondenten geven ook aan dat ze scholing belangrijk vinden. Zes respondenten geven aan dat ze zelf kunnen vragen om klinische lessen.

##### Belemmerende factoren

Het zou mooi zijn als het mogelijk is om in het team dingen met elkaar op te lossen zonder externe expertise, geeft een respondent aan.

Twee respondenten geven aan dat het niet echt veel scholingen zijn. Twee respondenten zeggen dat sommige medewerkers nooit naar klinische lessen gaan. Het op de hoogte houden van elkaar kan ook beter, aldus twee respondenten; als medewerkers naar een scholing zijn geweest, koppelen ze niet altijd automatisch de informatie terug naar de collega’s.

Een verpleegkundige geeft aan dat er weinig tijd is om de klinische lessen op te zetten. Ook is er een respondent die vaker scholing zou willen krijgen over praktijkzaken, zoals nieuwe ontwikkelingen op het gebied van zwachtelen en dergelijke. Drie respondenten komen met voorbeelden waar scholing nog nodig is, bijvoorbeeld cursussen voor het omgaan met digitale computerprogramma’s en duidelijkheid wie gebeld moet worden bij het aanvragen van middelen, zoals een tillift. Eén respondent geeft aan dat ze in het verleden scholing gemist heeft bij het overgaan naar de zelfsturende teams.

*Als dat de bedoeling is vanuit QuaRijn, die zelfsturende teams, is er nooit echt een scholing gegeven of dat ze bijvoorbeeld Buurtzorg uitnodigen van zo doen wij het. (...) Die kreet werd zomaar genoemd en wij moeten dat overdragen aan de verzorgenden IG en aan de helpenden; had ik eigenlijk minstens wel verwacht dat wij als verpleegkundigen daarin ook geschoold werden van hogerhand (Interview 12, regel 444-449).*

#### 4.1.2.4. Ontwikkelingen binnen team

##### Succesfactoren

Een respondent geeft aan dat elke verpleegkundige een aantal speerpunten heeft gekregen die worden uitgewerkt in het jaarplan. Dit gaat onder andere over overheidsregels, inspectieregels, scholing en kwaliteit. Drie respondenten zien als ontwikkeling dat het cliëntenaantal erg groeit en ook graag moet blijven groeien. Twee respondenten geven aan dat ze teambuilding of personeelsuitjes als belangrijke factor van een ontwikkeling binnen het team zien. Eén hiervan geeft aan dat het belichten en bespreken van elkaars kwaliteiten ook een belangrijke rol speelt, zodat duidelijk is waar iedereen staat. Bij vijf respondenten is gevraagd of er onderling vertrouwen is in het team; dit wordt beaamd.

##### Belemmerende factoren

Eén respondent geeft aan dat de instelling pas laat aangeeft welke beslissingen ze neemt nadat de regering beslissingen heeft genomen. Hierdoor voelt het team onzekerheid hoe het verder gaat met het team en het leveren van zorg. Volgens een andere respondent is het belangrijk dat innovaties overal zichtbaar gemaakt worden.

Twee respondenten vinden dat het team zich meer kan ontwikkelen. Eén respondent geeft aan dat er niet over elkaars kwaliteiten wordt gesproken in het team. Eén respondent geeft aan dat het team geen zin heeft in veranderingen door de vele wijzigingen die zijn doorgevoerd de laatste jaren, in het bijzonder in de zorgdossiers.

Twee respondenten geven aan dat de zorg meer complex wordt in de toekomst, gezien de ontwikkelingen in de zorg. Volgens hen moet beter ingespeeld worden op de complexe zorg zoals het inplannen van routes en het organiseren van wijkteams.

### 4.1.3. Communicatie

#### 4.1.3.1. Communicatie onderling

##### Succesfactoren

Zeven van de dertien respondenten geven aan dat de communicatie onderling goed of redelijk goed gaat. Vier van deze respondenten geven als belangrijke succesfactor voor goede communicatie aan dat het belangrijk is om te blijven praten en overleggen: “Veel met elkaar overleggen, en blijven praten” (Interview 7, regel 113). De overdracht vindt op sommige locaties alleen plaats door middel van schriftelijke overdracht. Acht van de dertien respondenten geeft aan dat er sprake is van een goede overdracht of rapportage.

Tien van de dertien respondenten geven aan dat het feedback geven binnen het team aan elkaar goed is. Verder geven vijf van de dertien respondenten aan dat feedback goed ontvangen wordt.

##### Belemmerende factoren

Naast de respondenten die aangeven dat de communicatie onderling (redelijk) goed is, geven de zes overige respondenten aan dat de communicatie onderling beter kan. Dit geldt ook voor de rapportage; vijf van de dertien respondenten geven namelijk aan dat zij vinden dat de overdracht of rapportage beter kan. Twee respondenten geven echter aan dat niet iedereen de rapportage goed leest. Daarnaast geven vijf respondenten aan wel eens informatie te missen doordat iets niet is overgedragen of gerapporteerd.

Zeven van de dertien respondenten geven aan dat het feedback geven aan elkaar binnen het team verbeterd kan worden, in tegenstelling tot de vijf overige respondenten. Negen van de dertien respondenten geven aan dat ook het ontvangen van feedback verbeterd kan worden. Eén respondent geeft dit als volgt aan:

*Communicatie binnen het team kan ook nog wel het een en ander aan verbeterd worden. Het feedback geven, het openstaan voor feedback, het omgaan met feedback, ja, dat is wel een hoog struikelblok hier zeg maar, dat is gewoon voor een aantal mensen gewoon erg lastig (Interview 10, regel 520-523).*

Daarnaast geven vijf respondenten aan dat er wordt geroddeld binnen het team. Bij vragen en/of onenigheid komen medewerkers eerst naar de verpleegkundige toe en als die er ook niet uit komt, gaan ze meestal naar de teamleider toe, geven zes van de dertien respondenten aan. “We zijn wel zelfsturende teams, maar toch wel met een leidinggevende, dat heb je echt wel nodig” (Interview 6, regel 144, 145). Eén respondent geeft aan dat bij het volledig integreren van evalueren en feedback geven, een coach nodig is.

#### 4.1.3.2. Communicatie cliënten

##### Succesfactoren

Acht van de dertien respondenten geven aan dat je in moet schatten hoe de cliënt benaderd wil worden. Een andere respondent geeft aan dat de manier van communiceren die de cliënt prettig vindt bij iedere zorgverlener bekend is. Er geven vier respondenten aan dat in het zorgdossier staat wie de Persoonlijk Begeleider (PB) is. Volgens zeven respondenten staat het telefoonnummer van het team in het zorgdossier.

Drie respondenten geven aan dat de cliënten gebeld moeten worden als de verzorging later komt. Verder wordt de zorg één keer in het half jaar geëvalueerd, aldus drie van de dertien respondenten. De gemaakte afspraken met betrekking tot de zorg worden opnieuw besproken. Zeven van de dertien respondenten geven aan dat er regelmatig overleg is met de contactpersoon. De veranderingen worden doorgesproken en er worden afspraken gemaakt met de contactpersoon.

##### Belemmerende factoren

Eén respondent geeft aan de communicatie met cliënten beter kan. Twee respondenten geven aan dat flexmedewerkers niet bellen als ze te laat zijn. Volgens één respondent moet de informatie die vanuit gesprekken naar voren komt beter verwerkt worden. Twee respondenten geven aan dat de medewerkers professioneel moeten reageren. Medewerkers zijn te persoonlijk. Eén respondent omschrijft de omgang met cliënten als “heel gezellig” (Interview 5, regel 338).

Tevens geven twee respondenten aan dat de cliënten niet weten wie hun PB is. Twee respondenten geven aan dat de PB een periode, een week of soms een maand, niet bij haar cliënten komt. Eén respondent zegt dat cliënten niet weten hoe ze het team kunnen bereiken.

### 4.1.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg

#### 4.1.4.1. Cliënttevredenheid

##### Succesfactoren

Vier respondenten geven aan dat onvrede van cliënten gelijk met de cliënten besproken wordt. Er wordt een oplossing voor de onvrede bedacht en afspraken gemaakt.

Twee respondenten geven aan dat de cliënttevredenheid verhoogd kan worden door wijkverpleegkundigen aan het team te voegen. Eén respondent geeft aan dat de samenwerking tussen de disciplines bijdraagt aan de cliënttevredenheid. Eén respondent geeft aan dat goed overleg in het team ook bijdraagt aan de cliënttevredenheid.

Verder geeft een van de respondenten aan dat het fijn is als er verteld wordt welke medewerker bij de cliënt komt. Volgens een andere respondent is de cliënttevredenheid te verhogen door de regie aan de cliënten te geven. Drie respondenten geven aan naar de cliëntwensen te vragen. Door te vragen naar de wensen kan de cliënttevredenheid verhoogd worden geeft één andere respondent aan. Eén respondent geeft aan dat de medewerkers niet gelijk ‘nee’ moeten zeggen, maar een opening moet houden om aan de wensen te voldoen.

##### Belemmerende factoren

Twee andere respondenten zeggen dat de cliënten wel voorkeur hebben voor medewerkers. Vier respondenten geven aan dat de cliënten geen zorgverlener kunnen kiezen. Volgens vier respondenten hebben cliënten behoefte aan vaste medewerkers.

Vier respondenten zeggen dat de cliënttevredenheid daalt als de medewerkers uit het team niet bij de cliënten komen. Volgens drie respondenten zijn de cliënten ontevreden over de flexmedewerkers. Deze zijn niet op de hoogte van de situatie, waardoor de cliënten veel moeten uitleggen.

Alle respondenten geven aan dat de cliënten hun tijdswens waarop ze zorg willen krijgen aan kunnen geven. Hier proberen de zorgverleners aan te voldoen. Het is volgens de respondenten niet mogelijk om een concreet tijdstip af te spreken. Het tijdstip waarop de medewerkers komen is namelijk afhankelijk van de route en van de zorgverleners, zeggen de respondenten. Drie respondenten geven aan dat de cliënten het accepteren als de tijdswens niet mogelijk is. Alle respondenten zeggen dat ze de wensen van de cliënten willen vervullen, maar dat dit niet altijd mogelijk is. Zeven van hen geven aan dat niet alle wensen vervuld kunnen worden door tijdgebrek. Zorgverleners onderhandelen met de cliënten en stellen een compromis. Medewerkers volgen de wensen van cliënten niet op volgens een andere respondent.

Het centraal stellen van de cliënt is lastig, er wordt nu gewerkt vanuit de zorgverlener, geeft één respondent aan. Verder geeft een andere respondent aan dat ze niet weet dat QuaRijn wil dat zij de cliënt in de zorg centraal stelt. Cliënten moeten hun planning aanpassen aan de planning van het team volgens een respondent.

Zeven respondenten geven aan dat de cliënten gestimuleerd moeten worden in hun zelfstandigheid. Verder geven drie respondenten aan dat de autonomie van de cliënten bewaard moet blijven. Twee respondenten benoemen dat het stimuleren van de zelfstandigheid en het bewaren van de autonomie onvoldoende gebeurt.

Cliënten het voelen onrust in het team aan, volgens twee respondenten.

#### 4.1.4.2. Kwaliteit van zorg

##### Succesfactoren

Zes van de dertien respondenten geven aan dat de kwaliteit van zorg goed is. Eén respondent geeft aan dat de afwisseling van medewerkers in routes zorgt voor een hogere kwaliteit van zorg. Verder wordt door een respondent aangegeven dat de kwaliteit van zorg verhoogd kan worden door intervisie met collega’s te starten en door cliëntenevaluaties.

##### Belemmerende factoren

Zeven van de dertien respondenten geeft aan dat de kwaliteit van zorg beter kan. Eén respondent geeft aan dat een gespecialiseerde medewerker zorgt voor een betere kwaliteit van zorgverlening. Twee andere respondenten vinden dat meer verpleegkundigen in het team zorgen voor betere kwaliteit van zorg. Twee respondenten geven aan dat bezuinigen een belemmering is in de kwaliteit van de zorg. Vier respondenten geven aan dat de kwaliteit van zorg achteruit gaat als er wordt gewerkt met flexmedewerkers. Als voornaamste reden wordt hiervoor genoemd dat flexmedewerkers niet goed op de hoogte zijn van de werkwijze en anders omgaan met de cliënt.

Vijf respondenten geven aan dat het zorgdossier onvolledig is, afspraken of gegevens ontbreken. Twee respondenten geven aan dat de zorgdossiers zijn veranderd en dat de overgang naar de nieuwe werkwijze moeilijk is. Daardoor ontbreekt de motivatie om dit goed op orde te krijgen.

## 4.2. Resultaten interviews andere zorgorganisaties

##### Succesfactoren

De respondenten van MeanderGroep en Thuiszorg Rotterdam geven beide aan dat het team zelfstandig problemen oplost en dat er met vaste medewerkers wordt gewerkt. Medewerkers werken bij MeanderGroep in ‘maatjes’, een zwakke en een goede medewerker werken samen om er voor te zorgen dat het zwakke maatje ook een goede medewerker wordt en om gelijkwaardige zorg te verlenen. Twee medewerkers zijn ingepland op een ochtendroute, zij vullen de diensten die week op bij de betreffende route. Alleen deze twee medewerkers komen ’s ochtends bij de cliënt, ’s middags komen er verschillende mensen en ’s avonds komen er ook twee vaste medewerkers bij de cliënt. De organisatie heeft gemiddeld zes oproepkrachten. Thuiszorg Rotterdam doet vaak een beroep op oproepkrachten en in uiterste nood worden uitzendkrachten gehuurd. Het naleven van het zorgarrangement (voor uitleg zie begrippenlijst bijlage één) is volgens de respondent van MeanderGroep een label van betrouwbaarheid. Acute problemen worden in het team zelf neergelegd, omdat medewerkers ze anders niet zo snel oppakken aldus de respondent van MeanderGroep. “Dan moet je dat wat meer gaan pushen (…). Als het (probleem, red.) in het team ligt, dan heb je veel meer zoiets van: het komt wel” (Interview MeanderGroep, regel 121).

Bij Thuiszorg Rotterdam is de zorgverlening per team verdeeld. Het wijkteam doet verpleegtechnische handelingen en basiszorg bij terminale cliënten, het zorgteam doet de basiszorg. De taken worden bij deze organisatie in het team verdeeld op basis van kwaliteiten, interesses en behoeften. Er zijn diverse taken die per tweetal worden uitgevoerd: ziekteverzuim bespreken, indicaties bijhouden en vakantieplanning. Verder krijgt het team ondersteuning van een coach door middel van diverse trainingen, bijvoorbeeld over een nieuwe (werk)telefoon die de teamleden kregen. De wijkmanager is gestopt zodat er een eerlijke taakverdeling is in de organisatie, aldus de respondent.

Thuiszorg Rotterdam heeft binnen de organisatie gespecialiseerde long-, wond- en terminale zorg verpleegkundigen. Deze gespecialiseerde verpleegkundigen zijn altijd bereikbaar. MeanderGroep heeft teams met een zichtbare schakel. Dat is een wijkverpleegkundige niveau vijf. In vergaderingen zijn alle medewerkers voorzitter, twee om twee. De taak van het thuiszorgteam is problemen signaleren en met vragen naar de manager gaan om een hoge cliënttevredenheid te bereiken, dit is ook het begin van een breed netwerk. Op de vergadering wordt besproken hoe problemen opgelost kunnen worden. Meander Groep onderscheidt zich van andere organisaties door te kijken naar mogelijkheden, door een positieve insteek te hebben en vooruit te lopen op ontwikkelingen. Teambuilding maakt succes volgens de respondent, naast dat het team er voor elkaar is, willen medewerkers elkaar willen helpen en zijn bereid vaardigheden over te nemen en te blijven leren. Ze blijven ook met elkaar in gesprek om bewust te blijven van verantwoordelijkheden.

Bovendien wordt er bij beide teams best goed aan de wensen van de cliënten voldaan, aldus de respondenten. “Door te voldoen aan de wensen zorg je voor cliënttevredenheid” (Interview Thuiszorg Rotterdam). Als er niet aan kan worden voldaan, wordt er een compromis gesloten met de cliënt. Er wordt tegemoet gekomen aan het tijdstip van de zorg wat de cliënt wenst. Bij MeanderGroep bewaakt de manager de eenduidige werkwijze omdat het de cliënttevredenheid beïnvloedt. Zij kijkt ook wat ze kan doen om de tevredenheid terug te krijgen als een cliënt een aanmerking heeft. Bij klachten denkt de manager vanuit de cliëntbeleving. De cliënttevredenheid is goed en klachten worden altijd opgepakt. Cliënten worden gehoord en er wordt naar hen geluisterd. Hierdoor is de nominatie ‘Best Practice’ behaald. Ook gaat de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende/Verpleegkundige (EVV’er) eens per maand op een informele manier evalueren bij de cliënt. Op deze manier kan gevraagd worden hoe tevreden de cliënt is, eventuele klachten kunnen gelijk worden opgepakt, waardoor een hogere cliënttevredenheid wordt bereikt. Een tevreden medewerker zorgt voor succes in cliënttevredenheid volgens de respondent. Als medewerkers hun baan leuk vinden, moeten ze overtuigd zijn van de kwaliteit die ze leveren. Vroeger was de kwaliteit betuttelen, nu wordt de autonomie bewaakt.

Voor Thuiszorg Rotterdam is bereikbaarheid van het team erg belangrijk geweest voor de organisatie, geeft de respondent aan. Doordat het team beter bereikbaar werd voor andere organisaties, kwam er groei. Het contact met de huisarts en het ziekenhuis is sterk verbeterd door de goede bereikbaarheid. Rotterdam Thuiszorg heeft nieuwe telefoons die voor sneller overleg zorgen. De mail kan erop bekeken worden en de groeps-app wordt gebruikt. De respondent van MeanderGroep vertelt dat er een open sfeer is in het team: collega’s spreken elkaar aan op zaken. Zolang medewerkers het idee hebben dat de manager er voor hen is en problemen probeert op te lossen, wordt medewerkerstevredenheid bereikt. Daar wordt redelijk goed mee gescoord. Collega’s vullen elkaar aan, dit maakt het team sterk.

MeanderGroep heeft een contractbeheerder als ondersteuner van het team. Die regelt cijfers en ziekteverzuim voor een aantal teams. De ondersteuner signaleert problemen, maar legt ze terug in het team. Daarnaast zijn er logistieke medewerkers met een adviserende rol in plannen en roosteren. Thuiszorg Rotterdam heeft coaches ter ondersteuning van het team, bijvoorbeeld bij EVV-taken.

De respondent van Thuiszorg Rotterdam zegt dat de communicatie met de cliënten goed is. Medewerkers hebben een hechte band met de cliënten doordat ze lang in zorg zijn bij het team. Dit is een succesfactor voor het team. MeanderGroep is bezig de cliënten zelfstandiger te maken en zelfredzaamheid aan te leren. Er is een omslag van betutteling, zoals dat eerst was, naar het behouden van de autonomie, zoals dat nu gebeurt. Dit kost energie, maar collega’s zien er het nut wel van in. Daarnaast is MeanderGroep met de innovatie screen-to-screen zorg met de I-Pad bezig (zorg op afstand). De organisatie is innoverend en heeft een verandercultuur volgens de respondent. Het team functioneert goed en is daarom groeiend. Bij lage cliënttevredenheid wordt bij MeanderGroep naar de oorzaak gekeken.

##### Belemmerende factoren

De wijkverpleegkundige heeft bij MeanderGroep in het team de hoofdrol, maar de touwtjes zelf in handen houden lukt niet omdat de populatie te groot is. Thuiszorg Rotterdam verdeelt de zorg per team, hierdoor komen soms twee medewerkers langs bij een cliënt op een ochtend. En sommige medewerkers van Thuiszorg Rotterdam willen volgens de respondent niet de extra verantwoordelijkheid omdat ze daar niet voor zijn aangenomen. Het is niet duidelijk of er extra uren beschikbaar zijn gekomen voor deze extra taken. Verantwoordelijkheden kunnen beter verdeeld worden volgens de respondent. Kennismakingsgesprekken worden alleen door de verpleegkundige en verzorgende IG gedaan. In het team is één iemand verantwoordelijk voor de Melding Incidenten Cliënten (MIC’s). De respondent is echter bang dat met de bijkomende verantwoordelijkheden de zorgvraag te hoog wordt.

Een belemmering van MeanderGroep is volgens de respondent dat de manager voorloopt op de organisatie. Ze neemt gelijk maatregelen bij op handen zijnde beslissingen vanuit de overheid, terwijl de organisatie dan nog niet altijd zo ver is. Daarnaast is er veel ochtendzorg en zijn er grote contracten, die combinatie is moeilijk. Bovendien is het uurtje-factuurtje idee een belemmering. Het uurtje-factuurtje houdt in dat alleen de zorg bij de cliënt mag worden geregeld en niet de zorg die niet direct bij de cliënt, maar wel voor de cliënt is.

Bij Thuiszorg Rotterdam durven mensen meer feedback te geven, maar de onderlinge, directe communicatie kan nog verbeterd worden volgens een respondent. Vaak wordt feedback pas achteraf besproken. In het verleden is het team door slechte bereikbaarheid cliënten kwijtgeraakt. Bij Thuiszorg Rotterdam is het team niet veel bezig met aandacht voor innovatie. Bij MeanderGroep wordt aangegeven dat de zichtbare schakel bijna geen tijd heeft om in gesprek te gaan met het team. Bij de screen-to-screen zorg is de aanschaf van de I-Pad duur, daar ontstaat een spanningsveld met de cliënt, omdat cliënten deze zelf aan moeten schaffen. Cliënten wensen ook geen oproepkrachten.

# 5. Conclusies

## 5.1. Inleiding

Vanuit de resultaten van de interviews, kunnen verschillende conclusies worden getrokken. Dit wordt gedaan door de resultaten te vergelijken met wat de literatuur zegt. De conclusies worden op dezelfde wijze beschreven als de resultaten. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraagstelling in dit onderzoek: ‘Welke factoren in de wijze van organiseren van de thuiszorgteams in Veenendaal zijn van invloed op de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg binnen zorgorganisatie QuaRijn?’

## 5.2. Conclusies teams Veenendaal

### 5.2.1. Taakverdeling

Het merendeel van de respondenten is tevreden met de taakverdeling zoals deze nu is en waardeert de aanwezigheid van verpleegkundigen in het team. Daarnaast is er gelijkheid in functie, doordat medewerkers niet op elkaar neerkijken.

De respondenten zien de taakverschuiving als een belemmering in het team. De taakverschuiving binnen de teams komt overeen met wat de literatuur zegt over zelfsturing, namelijk dat de taken steeds meer binnen het team terecht komen. Bij zorgorganisatie QuaRijn delegeert de teamleider steeds meer taken naar de verpleegkundige en de verpleegkundige delegeert deze taken weer naar het team. Een gevolg hiervan is dat de verpleegkundige het team vooral aanstuurt. Op basis van de literatuur kan geconcludeerd worden dat er een hiërarchie in het team ontstaat. Dit komt niet overeen met zelfsturing, omdat daar alle teamleden gelijkwaardig zijn en er geen leider is (In voor zorg!, 2014; Vermeer & Wenting, 2012).

### 5.2.2. Organisatie van de thuiszorgteams

De goede communicatie met ICT-medewerkers is een succesfactor voor de ondersteunende diensten. Daarentegen zijn sommige computerprogramma’s gebruikersonvriendelijk.

Het merendeel van de respondenten vindt het verpleegkundig team van QuaRijn een positieve en ondersteunende functie hebben bij bijvoorbeeld complexe zorgvragen. Verder wordt door de respondenten aangegeven dat de wijkverpleegkundige een meerwaarde is voor de zorgverlening, onder andere om in te spelen op complexe zorgvragen en verpleegtechnische vaardigheden. Uit de interviews bleek dat deze succesfactor wordt gemist in de teams. De wijkverpleegkundige is, zoals de respondenten ook aangeven, in staat om met verschillende disciplines te communiceren en afspraken te maken (Nouws, 2010). Het betekent echter niet dat de wijkverpleegkundige of het verpleegkundig team ondersteuning biedt bij verpleegtechnische vaardigheden omdat volgens het begrip van zelfsturing elke verzorgende of verpleegkundige dit voor haar eigen cliënten moet kunnen oplossen (Dalen, 2010; Nijenhuis, 2012; Wierenga, 2012).

Een andere ondersteunende succesfactor is de scholing die bij het grootste deel van de respondenten aangeboden wordt. Zorgverleners krijgen weinig scholing of klinische lessen naast de BIG-scholing. Frequente scholing is van belang om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2014; Mitchell, et al., 2012; Rooney & Gribben, 2006).

Verder geeft het grootste deel van de respondenten aan dat het contact met de huisarts niet goed is, er is weerstand van beide kanten, waardoor de communicatie wordt belemmerd.Een optimale samenwerking met andere disciplines blijkt echter invloed te hebben op de kwaliteit van zorg en de cliënttevredenheid omdat dit de continuïteit van zorg waarborgt. (Rooney & Gribben, 2006; Mitchell, et al., 2012).

Als laatste is het werken met flexmedewerkers een belemmering volgens de respondenten. Ook wordt aangegeven dat cliënten veel verschillende medewerkers zien. Voor het optimaliseren van kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid, geeft Van Dalen (2010) aan dat het wenselijk is dat elke cliënt zo min mogelijk verschillende zorgverleners ziet tijdens de zorgmomenten.

De respondenten die gevraagd zijn of er vertrouwen is in het team, geven aan dat dit aanwezig is. Vertrouwen vormt de basis voor teamontwikkeling. (In voor zorg!, 2013).

De cliëntengroei wordt als positief gezien binnen de teams. Er wordt echter niet gekeken wat de gevolgen zijn voor de toekomst of hoe ingespeeld kan worden op ontwikkelingen in de zorg.

### 5.2.3. Communicatie

De volgende factoren wordt door de helft van de respondenten gezien als succesfactor en door de andere helft als belemmerend. Communicatie in het team, onder andere blijven overleggen en praten met elkaar, is zo’n factor. Verder is feedback geven en ontvangen lastig voor diverse teamleden. De zorgdossiers, rapportage en overdracht zijn niet volledig waardoor zorgverleners niet volledig op de hoogte zijn van de situatie bij de cliënt. Openheid in de communicatie, waaronder het geven en ontvangen van feedback, het blijven overleggen met elkaar en een goede rapportage, is een belangrijke voorwaarde voor een team om te kunnen blijven groeien (Cleven, 2008). Het ontbreken hieraan kan consequenties hebben voor de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.

### 5.2.4. Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg

Er wordt door zorgverleners gevraagd naar de wensen van de cliënten, alleen lukt het zorgverleners niet om aan de wenstijden van de cliënten te voldoen. Dit is echter wel een belangrijke factor bij verhoging van de cliënttevredenheid en het centraal stellen van de cliënt. Daarnaast gaven een aantal respondenten aan dat zorgverleners de professionele relatie met de cliënt uit het oog verliezen en cliënten bijvoorbeeld meer als familie zien. Dit gaat in tegen de professionele normen (V&VN, 2010).

Tevens kan het gebeuren dat de PB’er een week of langer niet bij ‘haar’ cliënt komt. Dit is slecht voor de continuïteit van zorg en is belemmerend voor het verhogen van de cliënttevredenheid, aangezien de PB’er het aanspreekpunt van de cliënt is.

### 5.2.5. Slotconclusie

Als bovenstaande succesfactoren en belemmerende factoren worden afgewogen, kan er geconcludeerd worden dat de teams in Veenendaal in de opstartfase zitten wat betreft de zelfsturing. Er kunnen nog veel punten verbeterd worden in de mate van zelfsturing om de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg te verhogen.

## 

## 5.3. Conclusies externe organisaties

### 5.3.1. Succesfactoren

In de organisaties MeanderGroep en Thuiszorg Rotterdam kunnen de volgende factoren bij beide organisaties als succes worden beoordeeld. In beide organisaties worden problemen opgelost door het team. Ook wordt in beide organisaties alleen in het uiterste geval van nood gebruik gemaakt van flexmedewerkers.

Ook zijn er succesfactoren die specifiek voor een organisatie zijn. Bij MeanderGroep geeft de respondent aan dat het hierbij gaat om de volgende succesfactoren. Het werken met ‘maatjes’ is de eerste succesfactor. Twee medewerkers vullen samen zelf de ochtendroutes in, alleen zij komen bij de cliënten in de ochtend. Het werken met vaste medewerkers heeft grote invloed op de cliënttevredenheid (Dalen, 2010). Binnen de organisatie zijn als tweede succesfactor ‘zichtbare schakels’ aanwezig. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid doordat een netwerk rondom de zorgvrager gebouwd wordt (ZonMw, 2009). Verder helpen de zorgverleners elkaar, zijn ze bereid van elkaar te leren en blijven ze met elkaar in gesprek om bewust te blijven van verantwoordelijkheden. Dit is volgens de literatuur van belang voor zelfsturende teams (Vermeer & Wenting, 2012). Zorgverleners kijken naar mogelijkheden, hebben een positieve insteek en kijken vooruit. Hierdoor kan worden ingespeeld op de veranderende zorg en eventuele toekomstproblemen. Bovendien evalueert de EVV’er één keer per maand op een informele manier bij de cliënt. Dit blijkt volgens Pool & Mast (2011) belangrijk te zijn om de cliënttevredenheid te behouden. Als laatste worden cliënten zelfstandiger gemaakt en wordt geprobeerd de zorg zo mogelijk af te bouwen.

Ook Thuiszorg Rotterdam heeft organisatiegebonden succesfactoren volgens de respondent. Als eerste worden taken per tweetal medewerkers verdeeld op basis van kwaliteiten, interesses en behoeften. Dit bevordert de medewerkertevredenheid (Cleven, 2008). Er zijn ten tweede geen managers of teamleiders. Een coach ondersteunt het team door middel van trainingen. Het werken met een coach is voor het samenwerken en het bevorderen van kwaliteit van belang omdat medewerkers hierdoor gestimuleerd worden zelf taken aan te pakken en zo zelfstandig te worden. Dit past bij het principe van zelfsturing (Dalen, 2010). Verder is de organisatie sterk gegroeid door betere bereikbaarheid voor andere organisaties, waardoor het contact met andere disciplines verbeterde. Hierdoor kan beter aan de wensen van de cliënt worden voldaan en is er meer continuïteit in de zorg, zodat goede samenwerking van belang is voor verhoging van de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid (Dalen, 2010). Als laatste dragen de nieuwe telefoons met apps bij aan verbetering van onderlinge communicatie. Er vindt sneller en efficiënter overleg plaats. Goede communicatie door middel van ondersteunende diensten is belangrijk voor het bevorderen van de onderlinge samenwerking en het verhoogt de kwaliteit van zorg (Vermeer & Wenting, 2012).

### 5.3.2. Belemmerende factoren

Bij MeanderGroep worden de volgende factoren als belemmerend ervaren. De aanschaf van innoverende middelen kost een cliënt veel geld, terwijl het in zorg bespaart; dit zorgt voor een spanningsveld tussen de cliënt en de organisatie. Als laatste kan het contact tussen teams en zichtbare schakel beter, maar hiervoor is de tijd te beperkt.

Bij Thuiszorg Rotterdam gaat het om de volgende belemmerende factoren. De zorg is per team verdeeld (wijkteam en zorgteam) waardoor soms twee medewerkers op één ochtend langskomen bij een cliënt. Dit kan zijn weerslag op de cliënttevredenheid en continuïteit van zorg hebben, omdat de cliënt belemmerd wordt in zijn autonomie (Dalen, 2010). Bovendien willen niet alle medewerkers extra taken op zich nemen omdat zij zich niet voor die taak verantwoordelijk voelen. Dit is in strijd met de zelfsturing, waar taken juist onderling verdeeld worden en elke medewerker zich hiervoor inzet (Cleven, 2008). In de onderlinge communicatie werkt het belemmerend dat feedback achteraf wordt gegeven. Als laatste is het team niet veel bezig met innovatie, terwijl dat van belang is om in te kunnen spelen op de ontwikkelingen in de zorg (Vroemen, Een team is niet maakbaar, 2010).

Uit de opsomming van succesfactoren en belemmerende factoren van deze twee zorgorganisaties blijkt dat MeanderGroep meer is ingespeeld op de veranderingen in de zorg in de toekomst. Zij zijn ook verder met de innovatie van zelfsturende teams dan Thuiszorg Rotterdam. Wat echter uit beide organisaties kan worden geconcludeerd voor de thuiszorgteams van QuaRijn in Veenendaal, is dat een aantal belangrijke succesfactoren die worden genoemd, gemist worden. Deze ontbrekende factoren zijn opgenomen in de aanbevelingen, in het volgende hoofdstuk.

Bij beide organisaties zijn er een aantal belemmerende factoren aanwezig. De belemmerende factoren bij MeanderGroep hebben vooral betrekking op factoren die het team extern beïnvloeden, terwijl er bij Thuiszorg Rotterdam meer factoren aanwezig zijn die binnen het team niet goed lopen. Een aantal van deze belemmerende factoren komt ook overeen met de belemmerende factoren die bij de thuiszorgteams van QuaRijn in Veenendaal aanwezig zijn.

# 6. Aanbevelingen

## 6.1. inleiding

Aan de hand van de conclusies zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld voor Zorgorganisatie QuaRijn. Deze aanbevelingen zijn gericht aan de manager, teamleider en de thuiszorgteams in Veenendaal. Verder kunnen ze dienen als uitgangspunt voor eventueel vervolgonderzoek. De aanbevelingen zijn met name gebaseerd op het principe van volledige invoering van zelfsturende teams. Dat betekent echter niet dat ze niet van toepassing zijn als er geen volledige zelfsturende teams ingevoerd worden. Soms wordt in plaats van zorgverleners het begrip teamleden gebruikt, aangezien dat beter de intentie van de aanbeveling aangeeft.

## 6.2. Aanbevelingen voor taakverdeling binnen teams

### 6.2.1. Zelfsturing

Aan zorgorganisatie QuaRijn wordt aanbevolen om volledig over te gaan op zelfsturende teams om zo de cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg nog meer te kunnen verhogen. Indien zorgorganisatie QuaRijn kiest voor zelfsturende teams, zoals in de inleiding is beschreven, is het aan te bevelen om een coach de teams te laten begeleiden bij de implementatie van zelfsturing. Een coach kan de teamleden ondersteunen in het bereiken van een optimale onderlinge communicatie en samenwerking, daarnaast kan zij hen leren om te functioneren in zelfsturende teams. Hierbij wordt geadviseerd de taak van teamleider steeds meer naar de achtergrond te schuiven, aangezien uit onderzoek blijkt dat de mate van zelfsturing wordt gestimuleerd als er een minimale overhead binnen zelfsturende teams aanwezig is (Dalen, 2010; In voor zorg!, 2014). Als deze manier van werken ingevoerd wordt komen de taken alleen bij de teamleden te liggen, hierdoor gaan zij zich meer verantwoordelijk voelen en wordt de gelijkheid binnen het team verbeterd. Hierdoor komt er minder hiërarchie binnen het team, wat zorgt voor een optimale samenwerking tussen teamleden. Om de mate van zelfsturing te stimuleren, wordt geadviseerd om het team aan te vullen met een HBO-verpleegkundige of coach die de teamleden hierin aanstuurt en coacht. Hierbij is het van belang dat zij naast de teamleden staat.

Daarnaast wordt aan zorgorganisatie QuaRijn geadviseerd om te inventariseren waar de teams nu staan in mate van zelfsturing en waar de teams uiteindelijk heen willen. Dit kan door middel van het uitvoeren van een QuickScan, zie bijlage 5 (Thuiszorg Rotterdam, 2011).

## 6.3. Aanbevelingen voor organiseren van thuiszorgteams

### 6.3.1. Scholing

Aan de thuiszorgteams in Veenendaal van QuaRijn wordt geadviseerd om meer scholing aan teamleden te geven. Dit geldt onder andere voor het geven en ontvangen van feedback en de onderlinge communicatie, maar ook met betrekking tot vakkennis. In de literatuur is namelijk beschreven dat deze punten belangrijk zijn in zelfsturende teams. Dit kan onder andere gedaan worden door intercollegiale toetsing, het verhogen van de medische kennis door scholing en het bijhouden van de vakliteratuur zoals vaktijdschriften en digitale kennisbanken- en toetsen (Vroemen, Een team is niet maakbaar, 2010). De coach kan hierbij een rol spelen door deze vormen van scholing te stimuleren en zorgverleners hierbij te begeleiden.

Er wordt aanbevolen dat er frequent klinische lessen/scholing gegeven wordt, bijvoorbeeld aansluitend aan een teamoverleg. Zo kunnen alle zorgverleners van het zelfsturend team hier invulling aan geven. De coach kan hierbij een rol spelen door de zorgverleners te helpen bij hun leerdoelen.

### 6.3.2. Omscholing

Een andere aanbeveling is het omscholen van personeel. Omdat de complexiteit van de zorg in de toekomst toeneemt, komt er ook meer behoefte aan personeel dat deze categorie patiënten kan verzorgen en verplegen. Om op deze ontwikkeling in te spelen, wordt aanbevolen een aantal helpenden om te scholen naar verzorgenden en een gedeelte van de verzorgenden naar verpleegkundigen.

### 6.3.3. Innovatie

Voor het verhogen van de kwaliteit van zorg is het aan te bevelen dat de teamleden meer inspelen op veranderingen van de gezondheidszorg. Dit kunnen de teamleden doen door continu hun werkwijze aan te passen of te verbeteren. Dit kan onder andere door intercollegiale toetsing en het verhogen van de medische kennis door scholing en het bijhouden van vakliteratuur (Vroemen, Een team is niet maakbaar, 2010). Op deze manier kan worden ingespeeld op ontwikkelingen in de zorg en wordt continu de kwaliteit van zorg gewaarborgd. Hierbij wordt aanbevolen dat elke zorgverlener op een actieve manier de ontwikkelingen in de gezondheidszorg uitdraagt op de werkvloer. Bij het implementeren van deze aanbeveling wordt aanbevolen dat de HBO-Verpleegkundige of coach de zorgverleners begeleidt bij de innovatie en implementatie hiervan.

### 6.3.4. Contact disciplines en huisarts

Aan Quarijn wordt geadviseerd het contact met disciplines, waaronder fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, psycholoog en huisarts te verbeteren. Voor het zelfsturend functioneren van het team, waarin communicatie en samenwerking van belang is, is het cruciaal dat het team goed bereikbaar is om zo de samenwerking tussen de huisarts en het team te bevorderen. Hierbij wordt geadviseerd het principe van de vaste ‘maatjes’ toe te passen. Het ‘maatjes’ principe wordt uitgelegd in aanbeveling 6.4.2.. Doordat de ‘maatjes’ beter op de hoogte zijn van de cliënt en hun wensen, kan er een beter zorgleefplan opgesteld worden vanuit de cliënt. Dit zorgt er tevens voor dat zorgverleners beter hun vraag kunnen overbrengen naar andere disciplines. Ook wordt geadviseerd om het contact met andere disciplines op een goed spoor te leiden door bijvoorbeeld meer gezamenlijk contact en door het organiseren van regelmatige multidisciplinaire overleggen.

## 6.4. Aanbevelingen voor communicatie binnen teams

### 6.4.1. Communicatie

Om optimale samenwerking en communicatie te bevorderen en de mate van zelfsturing te stimuleren, wordt aanbevolen om als zorgorganisatie te zorgen voor goede faciliteiten. Daarom wordt aanbevolen de zorgverleners een smartphone of tablet met communicatie-apps aan te bieden. Zij kunnen door de communicatie-apps of het digitale netwerk makkelijker afspraken met elkaar maken over openstaande diensten. Ook kunnen ze hierdoor makkelijker vragen stellen aan elkaar of informatie delen. Op deze manier kunnen de samenwerking en communicatie in het team onderling, met de cliënt en met andere disciplines zoals de huisarts, bevorderd worden omdat de verschillende partijen hierdoor beter en sneller bereikbaar zijn voor elkaar.

### 6.4.2. Samenwerking

Er wordt geadviseerd om te werken in ‘maatjes’ waarbij een competente en een minder competente zorgverlener aan elkaar gekoppeld worden. Deze maatjes zorgen samen voor een aantal cliënten gedurende een week (zie voor uitgebreider uitleg het hoofdstuk van de resultaten, bij de externe zorgorganisaties). Op deze manier kunnen medewerkers elkaar aanvullen in kennis, kunde en houding, zo kan de continuïteit van zorg verbeteren, worden cliënten tevreden gehouden en wordt de kwaliteit van zorg verhoogd. Dit is stimulerend in het bevorderen van de mate van zelfsturing van de thuiszorgteams en het verantwoordelijkheidsgevoel van de teamleden.

## 6.5. Aanbevelingen voor communicatie met cliënten en verhoging cliënttevredenheid

### 6.5.1. Cliëntenverdeling

Aanbevolen wordt om met vaste medewerkers per cliënt te werken. Deze aanbeveling sluit aan op het principe van het werken met ‘maatjes’. Doordat elke week dezelfde medewerkers en de pb’er elke week drie/vier dagen bij de cliënt komen, kunnen de ‘maatjes’ de zorg beter met de cliënt afstemmen. Hierdoor kunnen ze beter inspelen op de wensen van de cliënt. Doordat de cliënt centraal staat, zal dit ervoor zorgen dat de cliënt gehoord wordt. Indien het werken met ‘maatjes’ wordt ingevoerd, is het inspelen op de wensen van de cliënt beter haalbaar omdat de afspraken met de cliënt zelf gemaakt worden en doordat de zorgverleners zelf de week kunnen inplannen. Hierdoor worden de lijntjes tussen cliënt en zorgverlener korter waardoor het vertrouwen toeneemt en de cliënt meer tevreden wordt.

## 6.6. Aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek

### 6.6.1. Aanbevelingen op microniveau

Bij vervolgonderzoek kan worden onderzocht hoe de cliënt meer sturing kan krijgen in zijn zorgproces door bijvoorbeeld innovaties zoals het werken met screen-to-screen zorg via een tablet. De onderzoekers zijn nu vooral ingegaan op het aansluiten bij de wensen van de cliënt. Verder onderzoek naar meer besluitvorming en sturing in het zorgproces en wat hierbij kenmerken zijn die cliënten belangrijk vinden, gingen nu buiten de vraag van dit onderzoek. De onderliggende vraag bij vervolgonderzoek zou kunnen zijn wat de rol van de cliënt is in de zorgverlening en welke kenmerken hierin belangrijk zijn. Ook kan gekeken worden welke middelen er zijn om de cliënt meer sturing in zijn zorgproces te geven.

### 6.6.2. Aanbevelingen op mesoniveau

Een andere suggestie voor vervolgonderzoek is om te onderzoeken welke organisatievormen er zijn, naast zelfsturende teams, en of deze effectief werken in het verhogen van de cliënttevredenheid. In dit onderzoek konden de onderzoekers namelijk niet alle andere organisatievormen van thuiszorgteams, naast die van zelfsturende thuiszorgteams, meenemen.

### 6.3.3. Aanbevelingen op macroniveau

Ten slotte kan bij vervolgonderzoek gedacht worden aan een landelijk onderzoek naar ICT en ICT-ondersteuning in de thuiszorg. De onderzoekers zijn ingegaan op de vraag of de ICT ondersteunend werkt bij het zorgproces of juist belemmerend. De onderliggende vraag wat de belemmering precies inhoudt, is niet gesteld. Om de juiste informatie hierover te krijgen, is het nodig dat er een nieuwe onderzoeksvraag wordt opgesteld. Daarin moet onderzoek worden gedaan hoe de ICT landelijk in de thuiszorg wordt toegepast. Vervolgens moet de uitkomst worden doorgetrokken binnen zorgorganisatie QuaRijn.

# 7. Discussie

## 7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk is beschreven of de doelstelling bereikt is. Tevens wordt beschreven wat de voordelen en de beperkingen zijn van de gebruikte methode. Vervolgens worden de discussiepunten naar aanleiding van de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken.

## 7.2. Doelstelling onderzoek bereikt

De opdrachtgever wilde de vraagstelling open en breed houden om zo veel mogelijk interne informatie te verzamelen. Daardoor werd in de vraagstelling het onderzoek niet tot één onderwerp afgebakend, maar bleef er ruimte over voor veel nieuwe informatie of allerlei onderwerpen. Dit is achteraf gezien goed geweest, omdat daardoor veel onderwerpen onderzocht zijn en er veel informatie verzameld is. Nu het onderzoek op deze manier voltrokken is, zijn er veel facetten ter verbetering gevonden. Een keerzijde van deze brede vraagstelling was dat er echter ook veel irrelevante informatie werd verkregen. Hierdoor was het lastiger om een heldere conclusie te trekken en aanbevelingen te doen. Een ander nadeel was dat door de brede vraagstelling niet alle onderwerpen goed konden worden onderzocht.

Het onderzoek duurde van januari 2014 tot mei 2014. Tijdens dit onderzoek is geprobeerd om zo veel mogelijk aan de doelstelling van de opdrachtgever te voldoen. Het is echter niet mogelijk geweest om die doelstelling volledig te behalen. Dit is ontstaan door de beperkte tijd die er was voor dit onderzoek. Er is uiteindelijk, in overleg met de opdrachtgever, gekozen voor een onderzoek waarin enkele onderdelen goed onderzocht zijn in plaats van veel onderdelen oppervlakkig. De onderwerpen waar weinig onderzoek naar is gedaan, zijn ICT ondersteuning, zoals computerprogramma’s, andere organisatievormen naast de zelfsturende organisatievorm en het primaire zorgproces. De onderdelen taakverdeling, communicatie, organisatie van thuiszorgteams en cliënttevredenheid zijn goed onderzocht.

Ondanks dat een aantal onderwerpen niet onderzocht kon worden, is de doelstelling van dit onderzoek wel behaald. In juni 2014 zijn er namelijk aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever ten aanzien van de succesfactoren en de belemmerende factoren in de thuiszorgteams. De cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg van de thuiszorgteams in Veenendaal kunnen verhoogd worden indien (een deel van) de aanbevelingen geïmplementeerd worden.

## 7.3. Evaluatie methode

Tijdens dit onderzoek is er kwalitatief onderzoek gedaan. Het voordeel van deze methode is dat dieper op onderwerpen ingegaan kan worden, waardoor onderliggende problemen naar voren gebracht kunnen worden. Er is bijvoorbeeld achterhaald op welke wijze de zorgverleners met de cliëntwensen omgaan en wat hun gedachtes daarover zijn. Het is van essentieel belang geweest dat het onderzoek op deze manier is uitgevoerd. Deze manier van onderzoeken heeft echter ook nadelen gehad.

Een nadeel van de kwalitatieve onderzoeksmethode was dat de manier van vragen aan de geïnterviewden niet altijd eenduidig was. Dit veroorzaakte een grote diversiteit aan verschillende gegevens. Het vroeg nauwkeurigheid om deze gegevens te bundelen en te selecteren op relevantie. Er bestaat een mogelijkheid dat subjectiviteit van de onderzoekers invloed heeft gehad hierop. Deze kans is echter zo klein mogelijk gemaakt door de labels en coderingen te laten controleren door een tweede onderzoeker. Daarnaast heeft iedere onderzoeker een eigen manier van vragen stellen, wat de eenduidigheid enigszins vermindert. Dit gevaar hebben de onderzoekers zo klein mogelijk gemaakt door te interviewen met twee onderzoekers en die tweetallen ook te wisselen (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009; Verhoeven, 2011).

De respondenten zijn apart geïnterviewd met uitzondering van twee respondenten die geen andere optie hadden dan samen deel te nemen aan het interview. De interviews hadden ook plaats kunnen vinden door middel van focusinterviews. Een keerzijde aan deze manier is dat de zorgverleners elkaar mogelijk beïnvloeden en hun mening niet durven te uiten. Daarom is er voor individuele interviews gekozen. Daarnaast is ervoor gekozen om geen observatieonderzoek te doen, omdat de interviews al voor voldoende informatie hebben gezorgd. Er zijn wel oriënterende observaties uitgevoerd om de topiclijst gerichter op te kunnen stellen.

Ter oriëntatie zijn de twee teamleiders van regio Oost van stichting QuaRijn geïnterviewd. Tijdens het onderzoek kwam er een vervangend teamleider, vanwege zwangerschapsverlof van de andere teamleider. Er is door de onderzoekers besproken om deze vervangende teamleider nog te interviewen vanwege haar uitgebreide werkervaring. De algemene conclusie was echter dat de interviews met de leidinggevenden als oriëntatie waren bedoeld zodat dit geen meerwaarde had. Dat is ook de reden dat er niet voor gekozen is om de tijdelijke teamleider te interviewen, ook mede door de verwachting dat de tijdelijke teamleider niet voldoende inzicht heeft in het teamproces, de cliënten en de cliënttevredenheid, maar meer een globaal overzicht heeft.

De intentie van het onderzoek was om vijftien interne respondenten te interviewen. De respondenten die geïnterviewd werden zijn verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Het onderzoek beperkte zich uiteindelijk tot dertien interne respondenten vanwege informatieverzadiging. In de methode staat dat er vijf verzorgenden van vijf verschillende teams geïnterviewd zouden worden. Van één team gaven de verzorgenden aan dat ze niet mee wilden werken aan dit onderzoek, in plaats daarvan zijn daarom van een ander team twee verzorgenden geïnterviewd. Uiteindelijk zijn er dus toch vijf verzorgenden geïnterviewd. In twee teams waren geen helpenden aanwezig, vandaar dat er slechts drie helpenden zijn geïnterviewd.

De interne resultaten in het onderzoek werden beperkt tot de zelfsturende teamstructuur. Hierdoor kan het zijn dat naar aanleiding van dit onderzoek een aantal aanbevelingen gemist worden.

Volgens de methode in het plan van aanpak zouden zes externe organisaties geïnterviewd worden die best practice zijn in de thuiszorg. Helaas zijn niet alle organisaties geïnterviewd vanwege tijdgebrek. ActiVite, Buurtzorg, RST zorgverleners en Stichting Laurens te Rotterdam konden geen interview geven in de geplande weken om diverse redenen. Daarom is het in overleg met de inhoudsdeskundige bij twee best practice organisaties gebleven: Meander Groep Zuid Limburg en Rotterdam Thuiszorg.

Bij de externe organisaties is één persoon geïnterviewd per organisatie. De voorkeur van de onderzoekers ging eerst uit naar twee personen per organisatie om meer betrouwbaarheid te kunnen garanderen. Voor dit onderzoek is echter in overleg afgestemd dat één respondent per organisatie voldoende was. De keus ging daarbij uit naar een teamleider omdat zij over het algemeen veel weet over de theorie en het beleid rondom de teamstructuur. Anderzijds behoort zij ook inzicht te hebben in het team zelf. Daardoor kan een teamleider meer vertellen of de theorie en het beleid werken in de praktijk. Bij de organisaties die benaderd zijn, zijn echter geen teamleiders geïnterviewd omdat die er niet waren. Bij de ene organisatie is gekozen voor een manager, bij de andere organisatie stelde een verzorgende IG zich beschikbaar.

## 7.4. Vergelijking resultaten en literatuur

De onderwerpen die zijn meegenomen als factoren voor cliënttevredenheid, komen uit diverse literatuurbronnen. Er zijn geen vaste factoren in het team gevonden die invloed hebben op de cliënttevredenheid of kwaliteit van zorg. Het zou kunnen dat daardoor nog factoren gemist worden die invloed uitoefenen op de cliënttevredenheid of kwaliteit van zorg.

In de literatuurstudie is gebruik gemaakt van bronnen uit het buitenland, waaronder een onderzoek uit de VS en Canada. In dat onderzoek kwam naar voren dat het centraal stellen van de cliënten een hoge cliënttevredenheid als resultaat heeft. Er zijn geen onderzoeken gevonden die ditzelfde in Nederland onderzocht hebben. Het zou dus kunnen dat de gegevens uit de VS en Canada niet volledig te vergelijken zijn met de Nederlandse gezondheidszorg. Aangezien de VS en Canada wel veel overeenkomsten hebben met de Nederlandse gezondheidszorg is er toch voor gekozen om dit onderzoek in de literatuurstudie op te nemen.

## 7.5. Evaluatie bruikbaarheid aanbevelingen

De aanbevelingen zijn bruikbaar voor de thuiszorgteams in Veenendaal, aangezien ze direct aansluiten op de resultaten uit de interviews. Bij het maken van de aanbevelingen is gekeken naar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, daardoor zijn ze bestendig voor de toekomst. Ook zijn de aanbevelingen praktisch beschreven, waardoor ze door de organisatie en de teamleden gemakkelijk geïmplementeerd kunnen worden. De aanbevelingen zijn in een logische volgorde geschreven. Ze kunnen daardoor stapsgewijs ingevoerd worden.

Nadeel bij het implementeren van de aanbevelingen is de financiële bekostiging die het met zich mee brengt. Het omscholen van personeel en het aannemen van hoger geschoold personeel brengt in eerste instantie hoge kosten met zich mee. Dit verdient zich echter in de toekomst vaak weer terug. Daarnaast is het een verbetering voor de zorgorganisatie, aangezien er beter ingespeeld kan worden op de ontwikkelingen in de toekomst.

Een ander nadeel bij het implementeren van de aanbevelingen is de cultuuromslag die plaats vindt. De teams moeten zich aanpassen aan de implementatie wat in de eerste instantie weerstand op kan roepen. Door de weerstand duurt het langer voordat de aanbevelingen optimaal werkzaam zijn. De weerstand kan verminderd worden door een goede samenwerking tussen management en de teams.

## 7.6. Betrouwbaarheid / validiteit

##### Betrouwbaarheid

De topiclijst is voorafgaand aan het gebruik voorgelegd aan een inhoudsdeskundige. Hierop zijn nog een aantal punten in de topiclijst aangepast, waardoor de betrouwbaarheid van de topiclijst verhoogd is. Daarnaast is een proefinterview gehouden waarna de topiclijst nogmaals aangepast is aan de verkregen data. Hierdoor is tijdens de interviews informatie verkregen die nodig was.

De betrouwbaarheid van de informatie van een interview is niet volledig te garanderen omdat de informatie die een respondent vertelt, niet gecontroleerd wordt. Een aantal respondenten gaf soms bijvoorbeeld tegenstrijdige informatie. Ondanks dat informatie soms tegenstrijdig was, is dit onderzoek wel betrouwbaar omdat bij elk interview het verbatim uitgewerkt is en door een tweede onderzoeker is gecontroleerd, voordat het werd gecodeerd en gelabeld. Hierdoor konden eventuele typfouten uit het verbatim gehaald worden. Daarnaast zijn ook de labels en codes door een tweede onderzoeker gecontroleerd. Op deze manier hebben alle vier de onderzoekers bij ieder interview gewerkt aan het proces van verbatim uitwerken, labelen en coderen. Zo is er sprake van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Het onderzoek kan herhaald worden, hoewel de resultaten niet honderd procent gelijk zullen zijn. Met andere respondenten en andere onderzoekers zullen andere ervaringen besproken worden en daarbij andere succesfactoren. Om toch de betrouwbaarheid in het onderzoek te garanderen is bij ieder interview gebruik gemaakt van de topiclijst om in ieder geval dezelfde onderwerpen aan te houden. Doordat meer respondenten over de onderwerpen een uitspraak deden, is de betrouwbaarheid van de uitspraken verhoogd.

##### Validiteit

De topiclijst is afgeleid van de deelvragen, zodat door middel van de vragen uiteindelijk de hoofdvraag beantwoord kan worden. Hierdoor is sprake van inhoudsvaliditeit omdat de topiclijst representatief is voor de benodigde informatie (Vaus, 2010).

Er is geprobeerd het onderzoek valide te maken door het onderzoek af te bakenen naar de vijf thuiszorgteams in Veenendaal. De teams in Veenendaal waren namelijk verder met implementeren van zelfsturing dan het team in Leersum. Het onderzoek is ecologisch valide omdat het in de natuurlijke context plaatsvond (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). De interviews vonden plaats binnen de instelling waar de zorgverleners werken. Ook de externe interviews vonden plaats in de instelling van de respondent.

Zoals hierboven beschreven heeft het onderzoek in een klein deel van de zorgorganisatie plaats gevonden. Dit heeft consequenties voor de generaliseerbaarheid. De uitkomsten van het interne onderzoek gelden alleen voor thuiszorgteams van zorgorganisatie QuaRijn. De gegevens van de externe zorgorganisatie gaan voornamelijk over de best practice wat betreft teamstructuren. Deze gegevens zouden eerder overgenomen kunnen worden door andere zorgorganisaties. Het is echter, gezien de afbakening van dit onderzoek, ook bij deze gegevens niet zonder voorwaarden mogelijk om ze over te nemen. Er kan gesteld worden dat alle gegevens vanuit dit onderzoek niet generaliseerbaar zijn.

# Literatuurlijst

Almekinders, M. (2006). *Teams beter thuis in thuiszorg?: Resultaatverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing*. Opgeroepen op april 5, 2014, van http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/27454/27454.pdf?sequence=1

Amelsvoort, G. v. (2004). *Teamontwikkeling: model voor ontwikkeling van resultaatverantwoordelijke groepen.* Opgeroepen op april 17, 2014, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/teamontwikkeling\_model\_voor\_ontwikkeling\_van\_resultaatverantwoordelijke\_groepen.pdf

Atlas van Zorg & Hulp. (2012). *Politiek en Zorg*. Opgehaald van Atlas van Zorg & Hulp; online wegwijzer in de wereld van zorg & welzijn: http://www.zorghulpatlas.nl/zorghulpnieuws/politiek-en-zorg/

Baarda, D., Goede, M. d., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Barneveld Vandaag. (2014, Januari 29). *RST Zorgverleners voor de vierde keer 'Koploper'*. Opgehaald van RST Zorgverleners: http://www.rstzorg.nl/Zorgverlener/Nieuws/Nieuwsitems/23579.wlid

Berg, H. v. (2011, December 11). *Samen op weg naar zelfsturende teams.* Opgeroepen op Mei 20, 2014, van Universiteit Twente: http://essay.utwente.nl/61360/1/BSc\_H\_vd\_Berg.pdf

Bergeijk. (2013). *CQ-index VV&T Zorg Thuis QuaRijn.* Velsen-Noord: Facit.

Blok, J. d., & Pool, A. (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie.* Den Haag: Boom Lemma.

Bouman, F., & Koopmans, M. (2006). *Temleiderschap.* Zaltbommel: Schouten & Nelissen.

Buurtzorg. (2013). *Buurtzorg en de huisarts*. Opgeroepen op Mei 8, 2014, van Buurtzorg Nederland: http://www.buurtzorgnederland.com/Voor%20verwijzers/

CBS. (2013). *Gezondheid en zorg in cijfers 2013.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Cleven, G. (2008). *Teams in welzijns- en gezondheidszorg.* Houten: Bohn Stafleu en van Loghum.

Covey, S., Huling, J., McChesney, C., & Westering, R. v. (2013). *De 4 disciplines.* Amsterdam: Uitgeverij Business Contact.

Cox, K., Louw, D. d., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2010). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen, methodiek en toepassing.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Cummings, J., & Bennett, V. (2012). *Compassion in Practice: Nursing, Midwifery and Care Staff Our Vision and Strategy*. Opgeroepen op maart 26, 2014, van http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/health-services/departmentofhealth/140590compassion-in-practice.pdf

Dalen, A. v. (2010). *Uit de schaduw van het zorgsysteem.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Ewijk, C. v., Horst, A. v., Besseling, P., & Centraal Planbureau. (2013). *Gezondheid loont; Tussen keuze en solidariteit: Toekomst voor de zorg.* Den Haag: Centraal Planbureau (CPB).

Frampton, S. B., & Guastella, S. (2010). Patient-Centered Care: More than the Sum of Its Parts. *American Journal of Nursing*, 49-53. Opgehaald van http://planetree.org/wp-content/uploads/2011/12/AJN-Planetree-Designation.pdf

Geelen, E. v. (2014, Januari 2). *Welke factoren zijn van invloed op klanttevredenheid?* Opgeroepen op April 29, 2014, van Customeyes: http://www.customeyes.nl/kennis/kennisbank/welke-factoren-zijn-van-invloed-op-klanttevredenheid/

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2014, april ). *Home Care across Europe: current structure and future challenges.* Opgehaald van http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0008/181799/e96757.pdf

Ikkersheim, D., Schooten, G. v., Meyden, W. v., Vlieger, E., Bussink, M., Heems, M. v., . . . Wits, B. (2010). *Kosten & Kwaliteit.* Breukelen: Plexus; BKB.

In voor zorg! (2011, september 19). *Kleinschaligheid met beleid uitbouwen*. Opgeroepen op April 30, 2014, van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-interviews/map-interviews-Kleinschaligheid-met-beleid-uitbouwen.html

In voor zorg! (2013, November 21). *In voor zorg! - Ketenzorg*. Opgehaald van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/In-voor-zorg-Thema-Ketenzorg.html

In voor zorg! (2013). *Zelfsturende teams in de thuiszorg: Handleiding voor managers, projectleiders en bestuurders*. Opgeroepen op april 23, 2014, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/VIL%2013046%20Publicatie%20Prototype.pdf

In voor zorg! (2014, januari 9). *De langdurende zorg in 2020: trends organisatie*. Opgehaald van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-informatie/De-langdurende-zorg-in-2020-trends-organisatie.html#

In voor zorg! (n.d.). *Zorgarrangement: planning = realisatie.* Opgeroepen op mei 28, 2014, van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/bedrijfsvoering/Zorgarrangement.pdf

Inspectie voor de Gezondheidszorg; LOC Zeggenschap in zorg; Zorgverzekeraars Nederland. (2013, Augustus). *Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.* Opgehaald van Zorg voor kwaliteit: https://www.zorgvoorkwaliteit.com/wp-content/uploads/130805\_Kwaliteitsdocument-VVT-2013.pdf

Instituut voor Samenwerkingsvraagstukken. (2014). *Zelfsturende teams*. Opgeroepen op April 30, 2014, van Instituut voor Samenwerkingsvraagstukken: http://www.ivs-opleidingen.nl/0491829cf20d04601/index.html

(2012). *Jaardocument - Maatschappelijke verantwoording.* QuaRijn.

Jeffline. (2008, november). *The Evidence Pyramid.* Opgehaald van Jeffline is brought to you by Academic & Instructional Support & Resources (AISR): http://jeffline.tju.edu/Ask/Help/Handouts/evidence\_pyramid.pdf

Jenkinson, C., Coulter, A., & Bruster, S. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 335-339.

Kruk, T. v. (2010). Terug naar kleine thuiszorgteams. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 35,35.

Leede, J. d., Nijhof, A. H., & Fissch, O. A. (1999). *The myth of self-managing teams.* Houten: Springer.

Meiracker, A. v., & Prins, A. (2009). *Praktische huisartsgeneeskunde Vasculaire aandoeningen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Minkman, M. (2012). Gericht verbeteren met het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. *Kwaliteit in Zorg*, 4-9.

(2013). *Missie & Visie.* QuaRijn.

Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., . . . Kohorn, I. v. (2012, oktober 2). *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care.* Opgehaald van Institute of medicine; Of the national academies: http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2012/TeamBasedCare.aspx

Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 366-81.

Nijenhuis, M. t. (2012). *Zelfsturende teams in de zorg.* Enschede: University of Twente.

Nouws, H. (2010). *De wijkverpleegkundige in de eerste lijn.* Utrecht: Actiz; STOOM.

Nursing. (2010, Oktober 8). Opgeroepen op April 30, 2014, van Nursing: http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2010/10/Buurtzorg-staat-model-voor-de-thuiszorg-NURS006417W/

Peeters, J., & Francke, A. (2009). *Monitor Zorg op afstand; Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009.* Utrecht: Nivel.

Plexus. (2013, Juni). *Handleiding zelfsturende teams - Eindrapport.* Opgeroepen op April 30, 2014, van In voor zorg: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/bedrijfsvoering/Handleiding\_zelfsturende\_teams\_Eindrapport.pdf

Pool, A., & Mast, J. (2011). *Eerst buurten, dan zorgen.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Presentmedia. (2013, April). *De patiënt nadrukkelijker centraal April 2013 V1.0.* Opgeroepen op April 29, 2014, van presentmedia: http://www.presentmedia.nl/sites/default/files/u2/De%20patient%20nadrukkelijker%20centraal%20april%202013%20v1.0def.pdf

QuaRijn. (n.d.). *Over QuaRijn*. Opgeroepen op maart 2014, van Quarijn, Dichtbij in zorg: http://www.quarijn.nl/over-quarijn

Rijksoverheid. (2013, november 15). *Wetsvoorstel langdurige zorg naar de Raad van State*. Opgehaald van De Rijksoverheid. Voor Nederland: http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/11/15/wetsvoorstel-langdurige-zorg-naar-de-raad-van-state.html

Rijksoverheid. (2014, maart 5). *Schippers en Van Rijn: recht op wijkverpleegkundige zorg*. Opgehaald van Rijksoverheid. Voor Nederland: http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2014/03/05/schippers-en-van-rijn-recht-op-wijkverpleegkundige-zorg.html

Rijn, M. v. (2014). *Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP) over de gevolgen van de sluiting van verzorgingshuizen (2014Z00112).* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rooney, S., & Gribben, L. (2006). *Regional Redesign of Community Nursing Project, Nursing & Midwifery Group*. Opgeroepen op maart 27, 2014, van http://www.dhsspsni.gov.uk/regional\_redesign\_of\_community\_nursing\_project-4.pdf

Rubrech, J. S. (2010). *Kwaliteit verbeteren in de zorg.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

STOOM. (z.j.). *Toekomst Zorg Thuis.* Opgeroepen op mei 28, 2014, van Stichting Else: http://www.stichting-else.nl/downloads/Eindrapport%20toekomst%20zorg%20thuis%20STOOM%20-%20NPCF.pdf

Tanja, A., & Onstenk, A. (2011, juni 27). *Professionals en mantelzorgers zijn collega’s.* Opgehaald van Zorgvisie; de brug tussen beleid en praktijk: http://www.zorgvisie.nl/Personeel/Verdieping/2011/6/Professionals-en-mantelzorgers-zijn-collegas-ZVS011678W/

Thomassen, J.-P. (2002). *Waardering door klanten.* Deventer: Kluwer.

Thuiszorg Rotterdam. (2011, September 1). *Thuis in de buurt: teambarometer.* Opgehaald van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Teambarometer\_Thuiszorg\_Rotterdam.pdf

Thuiszorg Rotterdam. (2014). *Thuiszorg Rotterdam | Organisatie*. Opgehaald van Thuiszorg Rotterdam: http://www.thuiszorgrotterdam.nl/over\_ons/over-ons

V&VN. (2010). *Resultaten pilot Excellente Zorg .* Utrecht: V&VN.

Van Dale uitgevers. (2014). *Gratis woordenboek | van Dale*. Opgehaald van Van Dale: http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=factor&lang=nn#.U33q03J\_vuQ

Vaus, D. d. (2010). *Research design in social research.* London: SAGE publications.

Verhoeven, N. (2011). *Watis onderzoek: praktijkonderzoek methoden en technieken voor hoger onderwijs.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Vermeer, A., & Wenting, B. (2012). *Zelfsturende teams in de praktijk.* Amsterdam: Reed Business.

Vilans. (2011). *Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ.* Utrecht: Vilans.

Vilans. (2011, september 22). *Kenmerken van ketenzorg!* Opgehaald van In voor zorg: http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-informatie/map-informatie-Kenmerken-van-ketenzorg.html?highlight=ketenzorg

Vink, P., & Blom, C. (2013, Januari). *Adviesrapport organisatieactiviteit.* Opgeroepen op April 29, 2014, van In voor Zorg: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Adviesrapport\_Organisatievitaliteit.pdf

Vroemen, M. (2009). *Team op vleugels.* Deventer: Kluwer.

Vroemen, M. (2010). *Een team is niet maakbaar.* Opgeroepen op april 23, 2014, van http://www.teamopvleugels.nl/Teamwerk%20in%20de%20jaren%2010%20-%20Deel%202.pdf

Vroemen, M. (2010). *Teamwerk moet vaker dan het hoeft.* Opgeroepen op april 28, 2014, van http://www.teamopvleugels.nl/Teamwerk%20in%20de%20jaren%2010%20-%20Deel%201.pdf

Vroemen, M. (2010). *Teveel team van het goede.* Opgeroepen op april 24, 2014, van http://www.teamopvleugels.nl/Teamwerk%20in%20de%20jaren%2010%20-%20Deel%203.pdf

Wierenga, S. (2012). *Richting Nieuwe Thuiszorg.* 2012: Universiteit van Tilburg.

Zhang, H. (2010). *Best practices 'Samenhang in de thuiszorg'.* Opgehaald van Wijkzorg gevraagd!: http://zorginnovatie.hr.nl/PageFiles/84454/Best%20practices.pdf

ZonMw. (2009, oktober 1). *De wijkverpleegkundige als Zichtbare schakel voor een gezonde buurt*. Opgehaald van ZonMw: http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-wijkverpleegkundige-als-zichtbare-schakel-voor-een-gezonde-buurt/samenvatting/

ZonMw. (sd). *Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.* Opgehaald van ZonMw: http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/

Zorgverzekeraars Nederland . (2011). *Visie op kwaliteit; Samenwerken voor de verzekerde.* Zeist: Zorgverzekeraars Nederland .

# Bijlage 1 – Begripsafbakening

|  |  |
| --- | --- |
| Domotica: | Domotica is een ouder en breder begrip. De oorspronkelijke beschrijving is: hoogtechnologische toepassingen in een woning waardoor mensen (langer) zelfstandig kunnen blijven wonen. Zorg op afstand wordt vaak beschouwd als onderdeel van domotica. |
| Ketenzorg: | Onder ketenzorg wordt de integrale samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg in de eerste en tweede lijn, welzijn en wonen verstaan. In een vloeiende lijn van diagnostiek, behandeling, maar ook preventie en vroege opsporing, weten de verschillende organisaties en professionals elkaar te vinden. Daarbij staan de cliënt en zijn omgeving altijd centraal en heeft de cliënt de regie zoveel mogelijk zelf in handen. Goede ketensamenwerking leidt tot efficiëntere inzet van middelen en meer kwaliteit van zorg (In voor zorg!, 2013). |
| Persoonlijk Begeleider: | Een verpleegkundige, helpende of verzorgende die verantwoordelijk is voor de zorgverlening rondom de cliënt. Zij is de contactpersoon van de cliënt. |
| Team | De volgende definitie voor een team wordt in dit onderzoek gebruikt: een team is een klein aantal mensen (variërend van twee tot twintig medewerkers) die zich inzetten voor een gemeenschappelijk einddoel, specifieke doelstellingen en een werkwijze waarvoor zij zich onderling verantwoordelijk stellen. Hierbij kunnen teamleden elkaar aanvullen in de verschillende vaardigheden die nodig zijn binnen een team: vaardigheden die met de inhoud van het beroep te maken hebben, sociale vaardigheden en vaardigheden in het oplossen van problemen en/of het nemen van beslissingen (Bouman & Koopmans, 2006). De medewerkers zijn betrokken bij de uitvoering van een specifieke missie waarin de afzonderlijke interventies een bijdrage leveren aan het uiteindelijke resultaat (Cleven, 2008). |
| Teamstructuur: | De teamstructuur van de organisatie geeft aan welke teams onder welk hoger gelegen team vallen. Hierdoor ontstaat een boomstructuur van relaties tussen teams (Covey, Huling, McChesney, & Westering, 2013). |
| Thuiszorg: | De definitie van thuiszorg is: eerstelijnszorgvoorziening die verpleging en verzorging in de thuissituatie biedt aan chronische zieken, mensen met een handicap, ouderen en mensen die daar tijdelijk behoefte aan hebben, en die vaak kraamzorg, ouder- en kindzorg, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, praktische dienstverlening zoals maaltijdvoorziening, mantelzorgondersteuning, uitleen van verpleegartikelen en hulpmiddelen, preventie en voorlichting levert (Nouws, 2010). |
| Thuiszorgteam (van QuaRijn): | Kleinschalig team van QuaRijn Regio Oost locatie Veenendaal dat bestaat uit gemiddeld twaalf tot vijftien zorgverleners. Elk team heeft een verpleegkundige, met uitzondering van één team dat een leerling-verpleegkundige heeft. De rest van het team bestaat uit verzorgenden, helpenden en zorgassistenten. Het VPT-team (Volledig Pakket Thuis) heeft als enige ook een activiteitenbegeleider (persoonlijke mededeling, 26 februari 2014). |
| Verpleegkundig team: | QuaRijn heeft een verpleegkundig team in het Kennis- en behandelingscentrum in Doorn, dat organisatiebreed werkt en ingezet wordt bij complexe zorgvragen of als de zorgverleners er niet meer bijkomen. |
| VPT-team: | Volledig Pakket Thuis-team. Dit houdt in dat cliënten overdag naar de huiskamer gaan om begeleiding en ondersteuning bij alle dagelijkse takten te krijgen. Cliënten hebben veelal een Zorgzwaartepakket (ZZP) van vier of vijf. |
| Wijkverpleegkundige: | Een wijkverpleegkundige is een verpleegkundige die niet alleen een individu als cliënt ziet, maar ook het gezin of de gemeenschap. Zij richt zich op het primaire en secundaire proces, in tegenstelling tot de thuiszorgverpleegkundige die zich meer richt op het primaire proces. Ze is veel breder betrokken bij de cliënt en werkt meer multidisciplinair. Haar professie is belangrijker dan het werknemerschap, ze is niet gebonden aan een werksetting en ze neemt zelf initiatieven om bijvoorbeeld projecten op te starten (Pool & Mast, 2011). Voor een duidelijke taakverdeling (zie bijlage). |
| Zelfstandig team: | De teamleden die de zorg uitvoeren zijn met elkaar verantwoordelijk voor het organiseren ervan. Dit houdt hetzelfde in als staat beschreven bij de onderstaande definitie ‘zelfsturend’. Echter is er bij deze teams wel sprake van overhead (functies gericht op sturing en ondersteuning) en is er binnen de teams nog geen totale zelfsturing (Blok & Pool, 2010; Dalen, 2010; Wierenga, 2012). |
| Zorgarrangement: | Een zorgarrangement is een contract tussen cliënt en zorgaanbieder met daarin afspraken over de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg. Er staat in hoeveel zorg geleverd wordt, wie de zorg biedt en wanneer dat wordt gedaan (In voor zorg!, n.d.). |
| Zorgverleners: | Hierbij gaat het om de zorgverleners binnen de vijf thuiszorgteams van QuaRijn regio Oost locatie Veenendaal. In totaal zijn er 56 zorgverleners verdeeld over vijf teams. De zorgverleners hebben de volgende functieniveaus: vijf verpleegkundigen niveau vier; één leerling-verpleegkundige niveau vier, tweeëndertig verzorgenden IG; vijftien helpenden; twee zorgassistenten; één activiteitenbegeleider. De zorgverleners staan onder begeleiding van één teamleider (persoonlijke mededeling, 26 februari 2014). |

# Bijlage 2 – Topiclijst

##### Taakverdeling

1. Hoe is de verdeling van de taken binnen het team afgesproken? Hoe vindt u dat?
2. Hoe vindt u dat de verantwoordelijkheid van alle medewerkers in het team verdeeld is? Heeft dit een gevolg voor de gelijkwaardigheid?
3. Zou een functie van wijkverpleegkundige binnen het team aanvullend zijn?

##### Organisatie van thuiszorgteams

Definitie: Factoren die nodig zijn om uw team te beïnvloeden/ ondersteunen zodat u optimaal zorg kunt verlenen. (\* vertrouwen \* ondersteunende diensten \* ICT ondersteuning \* communicatie/informatievoorziening \* teamleren en ontwikkeling \* kwaliteit van zorgverlening waarborgen \* planning \* ontwikkeling/innovaties \* samenwerking met andere disciplines \* kennis en vaardigheden \* aansturing \* coördinatie diverse disciplines \*)

1. Welke factoren ervaart u als ondersteunend in het team?
2. Welke factoren ervaart u als belemmerend in het team?
3. Welke factoren zouden volgens u nog bij kunnen dragen aan een hogere cliënttevredenheid?

##### Communicatie

###### - Binnen team

1. Hoe ervaart u de communicatie onderling? Geven jullie elkaar feedback?
2. Hoe gaan jullie om met onenigheid binnen het team?
3. Wat gaat er goed en wat gaat er niet goed in de communicatie?
4. Als u ziet dat een cliënt bijvoorbeeld een wond heeft gekregen en u weet niet zeker welke behandeling u zou kiezen, wat doet u dan? (wie beslist)

###### - Met cliënten

1. Hoe communiceert u met de cliënten?
2. Hoe zorgt u ervoor dat de cliënt weet dat u naar hem luistert?
3. Hoe verwerkt u informatie die u krijgt van cliënten over bijvoorbeeld zorgtijdstippen, waar gaat die informatie heen?
4. Wat ziet u als verbeterpunten voor het communiceren tussen zorgverlener(s) en cliënten?

##### Cliënttevredenheid

1. Hoe weten de cliënten waar ze de verpleging en verzorging kunnen bereiken?
2. Hoe werkt u vanuit het perspectief van een cliënt? Waaruit blijkt dat de cliënt centraal staat?
3. Hoe merkt/weet u dat u aan de wensen van de cliënt voldoet? (keuze in tijdstip, medewerkers, zorg?)
4. Hoe gaan jullie om met de regie en autonomie van de cliënt? (de overheid wil dat de zorgvragers recht krijgen op het maken van concrete afspraken met hun eigen zorgverlener)
5. Wat vindt u van de kwaliteit van zorg/cliënttevredenheid?
6. Wat is volgens u nodig om de cliënttevredenheid te verhogen?

# Bijlage 3 – Topiclijst externe zorgorganisaties

##### Taakverdeling en organisatie

1. Hoe is het team/de teams (afhankelijk van functie respondent) samengesteld? (opzet team, welke functies + aantal medewerkers per functie)
2. Waarom is er voor deze teamsamenstelling gekozen?
3. Hoe zijn deze kleinschalige buurtteams opgezet in het beginstadium?
4. Hoe zijn de taken binnen de teams verdeeld? (planning, routes)
5. Voelt iedere medewerker zich verantwoordelijk voor zijn taak/functie?
6. Wat is de functie van de (wijk)verpleegkundige in uw team?

##### Communicatie

1. Hoe ervaart u de communicatie onderling in het team?
2. Wat gaat er goed en wat gaat er minder goed in de communicatie onderling?
3. Wat is bij uw organisatie belangrijk in het communiceren met cliënten?
4. Wat gaat er goed en wat gaat er minder goed in de communicatie met de cliënten?

##### Cliënttevredenheid en kwaliteit van zorg

1. Is er recent een cliënttevredenheidsonderzoek verricht en hoe scoren jullie daarop?
2. Hoe probeert u als team een hoge cliënttevredenheid bereiken?
3. Hoe houdt uw team rekening met de wensen van de cliënt? En hoe wordt gewerkt vanuit het perspectief van de cliënt?
4. Wat is er in uw team nodig om een hogere cliënttevredenheid te bereiken?
5. Hoe zorgt uw team voor een optimale kwaliteit van zorg?

##### Best practice

1. Wat zijn de belangrijkste succesfactoren van uw team?
2. Zijn er belemmerende factoren in het team? Zo ja, welke?
3. Wat kan er veranderd worden om de teams) beter te laten functioneren?
4. Waarin onderscheidt deze thuiszorg zich van andere organisaties?
5. Wat heeft ervoor gezorgd dat uw organisatie een ‘best practice’ organisatie is geworden?
6. Waaraan kunt u merken dat dit een ‘best practice’ organisatie is? (vraag voor verpleegkundige)
7. Wat is de invloed van de best practice nominering op de cliënttevredenheid?

# Bijlage 4 – Missie en Visie QuaRijn

‘Dichtbij, gedreven en nieuwsgierig…met vertrouwen’ zijn de kernwaarden die een rode draad vormen in de wijze waarop zorgorganisatie QuaRijn werkt. Dichtbij onze cliënten, hun naasten, onze medewerkers en vrijwilligers en onze omgeving (Jaardocument - Maatschappelijke verantwoording, 2012).

##### Missie:

‘QuaRijn ontwikkelt duurzaam zorg\* voor ouderen in de regio. We ondersteunen levenskwaliteit en menselijke waardigheid.

\* lees: aandacht, participatie, welzijn of andere diensten

##### Visie:

QuaRijn levert de juiste zorg op het juiste moment. We zijn proactief in het organiseren van zorg die aansluit bij de behoefte en de wens van de cliënt. QuaRijn kent de keten en de keten kent QuaRijn, wij kijken over organisatiegrenzen heen. Vanuit aandacht voor de cliënt leveren onze medewerkers kwaliteit en service. Groots in kleinschaligheid… (Missie & Visie, 2013)

#### Uitgewerkte missie en visie

In 2012 zijn wij (QuaRijn, red.) verder gegaan met het doorvoeren van de regiostructuur met 3 integraal verantwoordelijke regiomanagers die rechtstreeks sturing geven aan teamleiders. QuaRijn is daarmee een ‘platte’ organisatie die vooral investeert in het contact met de cliënt zelf. Het is belangrijk dat alle medewerkers betekenis kunnen geven aan de gekozen kernwaarden. Teamleiders vormen daarbij een belangrijke schakel, immers zij alleen kunnen die lading rechtstreeks overdragen aan hun medewerkers. QuaRijn heeft daarom de teamleiders in 2012 een Management Development programma aangeboden. De thema’s in 2012 waren: ‘leiding geven aan jezelf’ en ‘leiding geven aan de ander’. Het derde thema, ‘leiding geven aan verandering’ volgt in 2013.

QuaRijn levert een breed pakket aan diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg, variërend van lichte thuiszorg tot zware residentiële zorg in een verpleeghuisomgeving met specialistische kennis en behandelingsmogelijkheden. QuaRijn staat voor ouderenzorg in brede zin in de regio tussen (globaal) Bunnik en Ede enerzijds en tussen de A12 en de Nederrijn/Lek anderzijds: een grote(re) organisatie met oog en hart voor de menselijke maat. Een organisatie die zich lokaal wil verhechten in de dorpen en woonkernen in de regio als 'de buurman' die er altijd is voor zorg, hulp en ondersteuning.

QuaRijn wil zo veel als mogelijk kleinschalig werken en de wens van de cliënt als uitgangspunt nemen bij haar zorg- en dienstverlening. We hebben het werkgebied van QuaRijn daarom ingedeeld in drie logische geografische eenheden (regio’s) met een samenhang in locaties en afdelingen (Jaardocument - Maatschappelijke verantwoording, 2012).

QuaRijn is dé logische keuze voor senioren (55+) die levenskwaliteit belangrijk vinden - Wij werken voor alle senioren (55+) in de regio - Wij leveren de beste ondersteuning bij wonen, welzijn en zorg - Wij bieden een breed én specialistisch (zorg-)pakket - Wij zijn groot in kleinschaligheid - We laten de regie in handen van de klant en zijn/haar relatie - We zijn proactief en servicegericht en gaan een oprechte persoonlijke relatie met onze klanten aan - Wij stellen onze klanten in staat op hun eigen wijze zo lang en zo zelfstandig mogelijk in hun eigen omgeving te blijven - We hebben ons eigen Kennis- en Behandelcentrum, specialist in ouderenzorg - We werken graag samen met lokale en regionale partners -

We dagen onze medewerkers uit tot maximale servicegerichtheid. Persoonlijke ontwikkeling, (persoonlijk) leiderschap en het nemen van verantwoordelijkheid, staan daarbij centraal - Wij onderscheiden ons door waardering en beloning aan elkaar te koppelen, met een optimale balans tussen werk en privé (Jaardocument - Maatschappelijke verantwoording, 2012).

# Bijlage 5 – Teambarometer – Quickscan

Thuis in de Buurt: Teambarometer - Quickscan voor wijkmanagers

De teambarometer is een middel voor de wijkmanager om te bepalen in welke fase het team zich in de ontwikkeling bevindt. Onderstaand overzicht is gebaseerd op het fasenmodel voor teamontwikkeling van Goof van Amelsfoort (kwaliteit in praktijk, maart 2004). Hij onderscheidt drie fasen. De eerste is een bundeling van individuen waarbij een beginnend team wordt samengesteld en de onderlinge verbinding (nog) niet sterk is. In de tweede fase is de sociale binding sterker geworden en krijgt het zelfstandig regelen en coördineren in en namens het team meer aandacht. In de derde fase van de teamontwikkeling wordt gewerkt aan samenwerking en continu zelfstandig verbeteren. Er worden vier dimensies onderscheiden: uitvoering, organiseren & coördineren, samenwerken & besluitvorming, ondernemen & klanttevredenheid. In onderstaand schema staan de kenmerken per fase.

***Quickscan voor wijkmanagers:*** *de wijkmanagers kunnen bepalen in welke fase zij van de teamontwikkeling staan met hun team door de quickscan in te vullen. Zij doen dit door per onderwerp 10 punten te verdelen over de drie stellingen. Opgeteld vormen de scores per onderwerp, de score per fase.*

#### Categorie 1. Uitvoering

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp** | **Bundeling van individuen** | **Score** | **Groep** | **Score** | **Team** | **Score** |
| **Inzetbaarheid** | Teamleden zijn voldoende breed inzetbaar, zodat bij ziekte en verlof voor de belangrijkste taken vervanging aanwezig is. 80 % van de gewenste flexibiliteit is bereikt. |  | Teamleden zijn op meerdere kerntaken inzetbaar,  de gewenste flexibiliteit is bereikt en het team onderneemt acties om zich te blijven ontwikkelen. |  | Het team volgt ontwikkelingen in de branche en  regelt zelfstandig de kennis- en kundehuishouding. Ook wordt buiten het team kennis en ondersteuning aangetrokken om lastige opdrachten te kunnen uit voeren. |  |
| **Kwaliteit van uitvoering** | In het team is voldoende kennis en kunde van alle kerntaken. Beroepshouding voldoet aan de gestelde eisen. |  | Het team overziet de gevolgen van veranderingen voor de processen in het team en draagt zorg voor verbetering in de werkwijze. |  | Het team stemt de gevolgen van veranderingen in het uitvoerende proces af met klanten, management en ondersteunende diensten. |  |
| **Continu leren** | Teamleden willen van en aan elkaar leren. |  | Teamleden coachen elkaar op uitvoerende taken. |  | Teamleden beoordelen elkaar op de uitvoering van de werkzaamheden, aanwezige kunde, beroepshouding etc. |  |
| Totaal categorie | Fase 1. | 0 | Fase 2. | 0 | Fase 3. | 0 |

#### Categorie 2. Organiseren en coördineren

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp** | **Bundeling van individuen** | **Score** | **Groep** | **Score** | **Team** | **Score** |
| **Regeltaken** | Eenvoudige regeltaken worden door het team  opgepakt. Wijkmanager ondersteunt teamleden bij het aanleren van regeltaken (planning, budgetbewaking, opleiding en training etc.) |  | De dagelijkse werkzaamheden regelt het team  zelfstandig (80% van de regeltaken in het team). Teamleden coachen elkaar op regelende en coördinerende taken. |  | Het team verbetert zelfstandig de manier van  regelen en onderhandelt met ondersteunende diensten, klanten en leveranciers over kwaliteit. |  |
| **Coördinatie in en tussen de teams** | In het werkoverleg worden de belangrijkste zaken besproken en gecoördineerd. Verdelen van coördinatie portefeuilles. |  | Meerdere teamleden coördineren voor het team de belangrijkste portefeuilles/ aandachtsgebieden. Namens het team wordt afgestemd met de andere teams. |  | Afstemmen tussen teams en met klanten en leveranciers (interne ondersteunende diensten) wordt als vanzelfsprekend beschouwd en door portefeuilleshouders zorgvuldig teruggekoppeld naar het team. |  |
| **Probleemoplossing** | Teamleden worden betrokken bij het oplossen van operationele problemen. |  | Team is actief betrokken bij operationele en regelproblemen. |  | Team lost zelfstandig operationele en regelproblemen op. |  |
| **Totaal categorie** | Fase 1. | 0 | Fase 2. | 0 | Fase 3. | 0 |

#### Categorie 3. Samenwerking en besluitvorming

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp** | **Bundeling van individuen** | **Score** | **Groep** | **Score** | **Team** | **Score** |
| **Teamoverleg, communicatie en rollen** | Het team heeft afgesproken hoe de teamleden  onderling met elkaar willen omgaan en wat met van elkaar mag verwachten. Coördinator zorgt voor overleg. |  | Teamleden benutten elkaars kwaliteiten en de  onderlinge communicatie wordt als open en eerlijk betiteld. Team zorgt zelf voor werkoverleg. |  | Teamleden voelen zich zeer op hun gemak in het  team. Men spreekt elkaar aan op hun gedrag en ondersteunt elkaar. Het team organiseert eigen teamdagen. Werkoverleg wordt continu verbeterd en klanten zijn indien nodig aanwezig bij het werkoverleg. |  |
| **Hanteren van conflicten** | Onderlinge conflicten worden vaak uit de weg gegaan. De lieve vrede wordt bewaard. Af en toe een emotionele uitbarsting. Wijkmanager lost conflicten op. |  | Onderlinge conflicten worden in het team zorgvuldig besproken en teamleden proberen tot een oplossing te komen. |  | Het team lost onderlinge conflicten zorgvuldig op. Teamleden vinden dat dit team een grote levensvatbaarheid heeft. Ook conflicten met de omgeving (ondersteunende diensten) worden zelfstandig en zorgvuldig opgelost. |  |
| **Besluitvorming** | Het team neemt besluiten over operationele zaken. Over verbeterzaken denken teamleden mee. Wijkmanager waakt over de besluitvorming |  | Teams nemen besluiten over verbeterzaken in overleg met de wijkmanager en denken mee over strategische en organisatorische thema's. |  | Teams besluiten zelf over verbeterthema's en bepalen zelfstandig hun jaarplan. Jaarplan past in de planning- en controlcyclus. Teamleden  ervaren een grote invloed en betrokkenheid bij het langetermijnbeleid van de organisatie. |  |
| **Totaal categorie** | Fase 1. | 0 | Fase 2. | 0 | Fase 3. | 0 |

#### Categorie 4. Ondernemen en klanttevredenheid

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp** | **Bundeling van individuen** | **Score** | **Groep** | **Score** | **Team** | **Score** |
| **Missie en doelen** | Teamdoelen en te bereiken resultaten zijn bekend en teamleden zijn bewust van de bijdrage van het team aan de missie van de organisatie |  | Team geeft de leiding advies bij het vaststellen van de hoogte van de teamdoelen. Teamleden stemmen de hoogte van de teamdoelen af met interne afdelingen van de organisatie. |  | Team stelt zelf de doelen vast en houdt daarbij  rekening met de veranderende wensen en behoeften van de (interne) klanten. |  |
| **Prestatiesturing** | Teamprestaties (productie, ziekteverzuim, budgetoverschrijding) zijn bekend bij de teamleden en teamleden denken mee over verbetermogelijkheden. Wijkmanager en team stellen een actieplan op. |  | Team weet resultaten bij te sturen. Teamleden analyseren de teamprestaties en zetten, waar nodig, verbeteracties in gang. Het teamactieplan past in de jaarlijkse beleidscyclus. |  | Teamresultaten voldoen aan de gestelde doelen. Soms worden enkele doelstellingen overtroffen. |  |
| **Klantentevreden- heid** | Wensen, behoeften en eisen van (interne) klanten zijn bij de teamleden bekend en worden regelmatig besproken tijdens het teamoverleg. |  | Team heeft haar prestaties onder controle en overlegt met klanten over mogelijke verbeteringen. Klanten zijn tevreden. |  | Er is regelmatig overleg over prestaties, verbeteracties, nieuwe diensten, verwachtingen en eisen met het oog op optimale klanttevredenheid. |  |
| **Externe contacten** | De verwijzers uit de wijk zijn in beeld bij de teamleden. De coördinerend wijkverpleegkundige en de wijkmanager onderhouden het contact met de verwijzers. |  | Meerdere teamleden onderhouden contacten met de verwijzers uit de wijk. De coördinerend wijkverpleegkundige delegeert en coördineert de externe contacten en zorgt ervoor dat  bekendheid, pr en marketing regelmatig onderdeel is van het teamoverleg. |  | Het onderhouden van de contacten met de verwijzers is een vanzelfsprekendheid voor het team. Het team neemt zelf verantwoordelijkheid om onderwerpen als relatiebeheer en bekendheid in de wijk te vertalen in pr- en marketingactiviteiten. |  |
| **Totaal categorie** | Fase 1. | 0 | Fase 2. | 0 | Fase 3. | 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Totale scores** | **Fase 1. Bundeling van individuen** | **0** | **Fase 2. Groep** | **0** | **Fase 3. Team** | **0** |

<http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Teambarometer_Thuiszorg_Rotterdam.pdf>