Somatische Zorg vanuit het Professionele Hart

man- Mens447

MZ 84-15

Hogeschool Leiden

Schooljaar 2015-2016

Businessplan MZ 3

Concept versie 1.8

**Naam:** Bianca Hofman - Mens

**Functie:** Teammanager Zorg

**Studentnummer:** 1091447

**Email:** bianca.hofman@gmx.com

**Organisatie:** X

**Opleiding:** Bachelor Management in Zorg en Maatschappelijke Dienstverlening

**Modulenaam:** AfstudeeropdrachtBusinessplan

**Modulecode:** MZ 84-15

**Datum:** 12-5-2016

# Inhoudsopgave

[Voorwoord](#_Toc463346199)

[Samenvatting](#_Toc463346200)

[Abstract](#_Toc463346201)

[1. Inleiding en probleemstelling 1](#_Toc463346202)

[1.1 De achtergrond van het probleem en de aanleiding van het onderwerp 2](#_Toc463346203)

[1.2 Analyse van het probleem 3](#_Toc463346204)

[1.3 Conclusie 3](#_Toc463346205)

[1.4 De doelgroep 4](#_Toc463346206)

[1.5 De organisatie en opdrachtgever 4](#_Toc463346207)

[2. Aanleiding en centrale vraag 5](#_Toc463346208)

[2.1 De probleemformulering 5](#_Toc463346209)

[2.2 De centrale vraag 5](#_Toc463346210)

[2.3 De deelvragen 5](#_Toc463346211)

[2.4 De onderzoeksdoelstelling 5](#_Toc463346212)

[2.5 Inzichten voor opstellen van het businessplan 5](#_Toc463346213)

[2.6 De afbakening van het businessplan 6](#_Toc463346214)

[3. Omgevingsanalyse 7](#_Toc463346215)

[3.1 Hervormingen in de langdurige zorg 7](#_Toc463346216)

[3.2 Organisatieanalyse op basis van SWOT 8](#_Toc463346217)

[3.3 Concurrentieanalyse op basis van Zorgkaart Nederland 9](#_Toc463346218)

[3.4 Conclusie op basis van de omgevingsanalyse 9](#_Toc463346219)

[4. Theoretische onderbouwing 10](#_Toc463346220)

[4.1 Leidinggeven en organiseren in de zorg 10](#_Toc463346221)

[4.2 Veranderingen in de cultuur en vernieuwing van strategie 11](#_Toc463346222)

[4.3 Competentiemanagement 12](#_Toc463346223)

[4.4 Talentontwikkeling 13](#_Toc463346224)

[4.5 Zelfbeoordeling van competentie voor vraaggerichte zorg 14](#_Toc463346225)

[4.6 Veranderen in organisaties 14](#_Toc463346226)

[4.7 Conclusie theoretische onderbouwing 15](#_Toc463346227)

[5. Onderzoek verantwoording 16](#_Toc463346228)

[5.1 Deskresearch 16](#_Toc463346229)

[5.2 Kwalitatief onderzoek 16](#_Toc463346230)

[6. Resultaten deskresearch 18](#_Toc463346231)

[6.1 Vooronderzoek door middel van deskresearch 18](#_Toc463346232)

[6.2 Analyse deskresearch 18](#_Toc463346233)

[6.3 Conclusie deskresearch 19](#_Toc463346234)

[7. Resultaten uit kwalitatief onderzoek 21](#_Toc463346235)

[7.1 Analyse kwalitatief onderzoek focusgroepsbijeenkomsten Team Y 21](#_Toc463346236)

[8. Conclusie en Aanbevelingen 24](#_Toc463346237)

[8.1 Conclusie 24](#_Toc463346238)

[8.2 Aanbevelingen 25](#_Toc463346239)

[9. De Onderneming 27](#_Toc463346240)

[9.1 Slogan 27](#_Toc463346241)

[9.2 Ondernemingsdoelstelling 27](#_Toc463346242)

[9.3 Missionstatement 28](#_Toc463346243)

[9.4 Strategie 29](#_Toc463346244)

[10. Het Businessplan 30](#_Toc463346245)

[10.1 Business Canvas Model 30](#_Toc463346246)

[10.2 Commercieel plan 32](#_Toc463346247)

[10.3 Communicatieplan 32](#_Toc463346248)

[10.4 Kwaliteit 32](#_Toc463346249)

[10.5 Financieel plan 32](#_Toc463346250)

[10.6 Haalbaarheid van het businessplan 34](#_Toc463346251)

[Literatuurlijst 35](#_Toc463346252)

[Afkortingenlijst 40](#_Toc463346253)

# Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie voor de opleiding Management in Zorg en Dienstverlening aan de Hoge School Leiden. Tijdens het afstuderen heb ik begeleiding mogen ontvangen van mijn managementcoach en afstudeerbegeleider Giovanna van Gaalen. Tijdens het traject heb ik ervaren dat ik steeds met vragen terecht kon bij mijn beide begeleiders. De feedback heeft bijgedragen aan het eindproduct: het businessplan ‘Somatische Zorg vanuit het professionele hart’.

Wat betreft de steun en begeleiding wil ik beiden bedanken voor de mooie gesprekken en heldere feedback die ik tijdens het afstudeertraject heb mogen ontvangen. Mijn speciale dank gaat uit naar Ad van der Boor voor het beoordelen van mijn afstudeerscriptie als werkvelddeskundige.

Mijn dank gaat tevens uit naar de zorgmedewerkers van de somatische zorgafdeling in X voor de medewerking bij de focusgroepsgesprekken voor het kwalitatief onderzoek voor input van het businessplan. De bijdrage van de zorgmedewerkers heb ik als zeer waardevol ervaren. Bij het kwalitatief onderzoek heeft Edith Labordus de gesprekken vakkundig geleid, waar ik haar zeer dankbaar voor ben.

De samenwerking binnen het afstudeergroepje heb ik als prettig ervaren. De discussies en het brainstormen heb zeer ik gewaardeerd. Ik wil mijn medestudenten Jeanette Verhart en Ruud Pols bedanken voor deze mooie momenten. Tevens gaat mijn dank uit naar Petra van de Wereld, onze gezamenlijke studiemiddagen hebben mij veel energie en nieuwe ideeën gebracht.

Een laatste dank gaat uit naar mijn gezin. De support en ondersteuning in de dagelijkse zaken door mijn man en zoon hebben mij de ruimte gegeven om tijd te nemen voor mijn opleiding. Speciale dank gaat uit naar mijn dochter Amy, zonder haar kritisch en controlerende oog had ik niet gekund.

Bianca Hofman

# Samenvatting

Met ingang van 1 januari 2015 kunnen mensen aanspraak maken op intensieve zorg en toezicht in de nabijheid vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) wanneer er sprake is van een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of ouderen met een vergevorderde dementie, deze zorg is vaak complex van aard. Deze verandering heeft geleid tot een veranderde zorgvraag en afgifte van indicaties voor de somatische afdeling Y in het verpleeghuis.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te *verkrijgen in de behoefte van de zorgmedewerker om de zorg aan de toekomstige cliënten te kunnen blijven verlenen en welke expertise op het gebied van somatische zorg noodzakelijk is om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen ten einde advies te geven voor het opstellen van het businessplan ter bevordering van de kwaliteit van zorg*. Uit het onderzoek komt het businessplan voort welke voorziet in de behoefte van de zorgmedewerkers: het ontwikkelen van de competenties om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen.

De onderzoeker heeft een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder het multidisciplinair team van de somatische afdeling Y. De onderzoeker heeft middels een vooraf opgestelde vragenlijst drie focusgroepsbijeenkomsten georganiseerd. De deelnemers aan het kwalitatief onderzoek hebben hun mening en ideeën kunnen geven over wat zij nodig achten om de zorg voor nu en in de toekomst te kunnen blijven leveren. Uit de focusgroepsbijeenkomsten is naar voren gekomen dat de deelnemers ontwikkeling nodig achten op het gebied van communicatie gericht op de eigen regie van de cliënt en in contact met familie. Zorgmedewerkers hebben aangegeven dat er expertise is binnen het team waar gebruik van gemaakt kan worden om van elkaar te leren.

De uitkomsten van het onderzoek geven richting aan het businessplan. In het businessplan wordt het product beschreven wat nodig is om tot competentieontwikkeling en tot een betere samenwerking te komen binnen de somatische afdeling Y. Het product ‘het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ richt zich op de behoefte van de zorgmedewerker om aan de zorgvraag van de cliënten van nu en in de toekomst te kunnen voldoen. Daarnaast is het bevorderen van de onderlinge samenwerking en de multidisciplinaire samenwerking opgenomen.

# Abstract

Since January 1th, 2015, people can prescribe to intensive care and supervision from the ‘Law of prolonged care’ when there is a case of severe mental, physical or sensory impairment or when an elderly person has advanced dementia. In these cases the care is often very complex. This change has led to a difference in the demand for care and the release of indications for the somatic department Y of the nursing home.

The goal of this research is to gain insight into the needs of the healthcare worker to continue to provide care to prospective clients and what expertise of somatic care is needed to meet the changing demand for care. These insights will be used to advice the preparation of a business plan that will be written to improve the quality of care. This business plan will meet the needs of the health care workers: to develop the competences to meet the changing demand for care.

The researcher conducted a qualitative survey within the multidisciplinary team of the somatic department Y. The researcher has organized three focus group discussions using a pre-prepared questionnaire. The participants in the qualitative study were able to express their opinions and ideas about what’s necessary to continue the health care now and in the future. The participants of the focus groups indicated that they need to learn more about communication with the clients and his family regarding the self-reliance of the client. Health care workers have indicated that they have expertise within the team, which can be used, and the colleagues could learn from each other.

The results of the study will be used to implement the business plan. The business plan describes what is necessary to develop the competences of the healthcare workers and improve the collaboration within the somatic department Y. This results in an end product, which has been named ‘The complete competency package for somatic care'. The product focuses on the needs of the healthcare staff to meet the demand for care of clients now and in the future. In addition, the business plan promotes mutual collaboration and multidisciplinary collaboration.

# Inleiding en probleemstelling

In de regio Leiden en Duin- en Bollenstreek is X een toonaangevende zorgorganisatie. De locaties van X bevinden zich in Leiden, Katwijk, Noordwijkerhout en Voorschoten. X biedt zorg in drie verpleeg- en behandelcentra, vijf woonzorgcentra en een revalidatie- en zorghotel. X biedt gespecialiseerde zorg met verblijf en beschermd wonen voor ouderen met dementie en/of chronische lichamelijke aandoeningen. Binnen X werken 1850 medewerkers (X, 2015a). Er zijn ruim 1000 vrijwilligers voor het ondersteunen van de cliënten bij activiteiten en ondersteunen van de individuele cliënten (X, 2015c). Daarnaast biedt X 100 leer/werkplekken en 65 stageplaatsen (X, 2015d).

Het verpleeghuis is één van de locaties van X en is een verpleeg- en reactiveringcentrum in de Duin- en Bollenstreek. In opdracht van de Raad van Bestuur (RvB) heeft het verpleeghuis in 2014 een transitie ondergaan. Een afbouw van 52 plaatsen naar een totaal van 104 plaatsen diende gerealiseerd te worden op basis van afspraken met het zorgkantoor (Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). In 2015 zijn er door afspraken met het zorgkantoor 20 plaatsen bijgekomen, er worden nu 124 cliënten verzorgd in het verpleeghuis (Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). In het verpleeghuis wordt specialistische zorg met verblijf geboden op drie zorgafdelingen, de intramurale zorg. Op afdeling A wordt zorg geboden aan drie doelgroepen, namelijk: somatische cliënten met een gedragscomponent: sociale geriatrie (SG), psychogeriatrische cliënten met een psychische aandoening (PG+) en psychogeriatrische cliënten (PG). Afdeling B biedt psychogeriatrische verpleeghuiszorg (PG). Op afdeling Y wordt kortdurende en langdurige somatische verpleeghuiszorg geboden (X, 2011). Daarnaast biedt het verpleeghuis begeleiding en ondersteuning bij activiteiten en beweging aan somatische en psychogeriatrische cliënten zonder verblijf in het ontmoetingscentrum C, de semi-murale zorg (X, 2015e).

Het verpleeghuis draagt het beleid uit van X waarbij de missie, visie en kernwaarden van X leidend zijn. In de strategienota 2013-2015 is de missie en visie van X beschreven (X, 2012) In het jaarplan X 2016 staat beschreven dat de strategienota van 2013-2015 zal worden herijkt voor de komende jaren (RvB X, 2016, p. 2). De missie luidt: ‘Waarde-vol leven met Topzorg. Zorg en behandeling zijn op topniveau geregeld, maar op de achtergrond, zodat mensen zolang mogelijk hun eigen leven kunnen leiden, betekenisvol kunnen zijn voor hun omgeving en waardering vinden*’* (X, 2012, p. 18). De visie vloeit voort uit de missie van X en luidt: ‘een vertrouwde omgeving met kwalitatief hoogwaardige en liefdevolle zorg, persoonlijke ontmoetingen en betekenisvolle ervaringen, die kleur geven aan het leven met uw naasten’ (X, 2012, p. 19).

De kernwaarden zijn opgesteld vanuit de missie en visie van X . De kernwaarden geven richting aan medewerkers voor het leveren van topzorg.

**‘Welkom:** Bij welkom gaat het ons om: een warm onthaal, uitnodigend zijn, ruimte voor eigen leefstijl, persoonlijk contact en openheid.

**Vakmanschap:** Bij vakmanschap gaat het ons om: professionaliteit en passie voor je vak, ambitie tonen en lef hebben om voorop te willen lopen.

**Originaliteit:** Bij originaliteit gaat het ons om: eigen en echt zijn, verfrissend zijn met ruimte voor ondernemerschap, creativiteit en lokale kleur’ (X, 2012, p. 19).

In de strategienota staat beschreven dat management en leiderschap twee facetten zijn in leidinggeven (X, 2012, p. 32). Bij managen wordt gesproken over de technische aspecten en de visie op leiderschap richt zich vooral op het beïnvloeden van gedrag van medewerkers. Hierbij gaat het er met name om dat medewerkers gewenst gedrag laten zien en goed presteren. ‘Professionaliteit, ondernemerschap en creativiteit’ worden gezien als belangrijke cultuurkenmerken voor het leveren van de gewenste zorg aan de cliënten (X 2012, p. 32). X verwacht van de managers dat zij bij medewerkers het nemen van de eigen verantwoordelijkheid, ‘ondernemerschap en creativiteit’ stimuleren (X, 2012, p. 32). Het vraagt van de managers dat zij medewerkers het vertrouwen geven en taken los kunnen laten, vanuit de gedachte ‘liever één keer sorry zeggen dan tien keer toestemming vragen’ (X, 2012, p. 32).

## 1.1 De achtergrond van het probleem en de aanleiding van het onderwerp

In het verpleeghuis wordt op afdeling Y langdurige zorg vanuit de Wlz geboden aan de cliënt met één of meerdere lichamelijke aandoeningen met een langdurige indicatie (Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). De indicatie voor de intramurale zorg wordt geïndiceerd door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) (CIZ, z.d.). De indicatie voor langdurige chronische zorg, een zorgzwaarte pakket zes (ZZP 6) zonder einddatum, is in 2015 nauwelijks afgegeven. De afgegeven indicaties hebben echter een einddatum namelijk: 31 december 2015 (CIZ, 2015a). Het cliëntservicebureau (CSB) van X ontvangt de indicatie van het CIZ. Deze aanvragen laten een complexere zorgvraag zien (X, 2015f). Op afdeling Y worden nu veelal cliënten opgenomen met een indicatie van het CIZ voor de duur van drie maanden volgens de subsidieregeling eerstelijns met verblijf (CIZ, 2015b). De verandering in indicaties en afgifte van indicaties subsidieregeling eerstelijns met verblijf vraagt een andere expertise van de zorgmedewerkers. De zorg dient gericht te zijn op terugkeer naar huis. Binnen de Wlz kan een verlenging van drie maanden worden aangevraagd wanneer nog niet duidelijk is welke zorg de cliënt in de toekomst nodig heeft. Een herindicatie kan worden aangevraagd indien door het multidisciplinair team (zorgmedewerkers en behandelaren) is vastgesteld dat de cliënt niet terug naar huis kan en in aanmerking komt voor zorg in een woonzorgcentrum of langdurige zorg met verblijf in het verpleeghuis. Na vaststelling in het multidisciplinair overleg (MDO) wordt een herindicatie ingevuld door de specialist ouderengeneeskunde (SOG) en de verpleegkundige (VPK), waarna er een melding gaat naar de zorgadviseurs van X (X, 2011). Een zorgadviseur vraagt conform de richtlijn voor opname en doorplaatsing van cliënten X een indicatie aan bij het CIZ (X, 2014b). De invoering van de Wlz vraagt om een andere expertise van de zorgmedewerkers op afdeling Y door de komst van cliënten met een indicatie volgens de subsidieregeling eerstelijns met verblijf.

De onderzoeker heeft de verwachting dat uit het kwalitatief onderzoek, focusgroepsbijeenkomsten, naar voren zal komen dat zorgmedewerkers zullen aangeven dat zij moeite hebben met het bieden van zorg aan cliënten met een subsidieregeling voor eerstelijns met verblijf. Het huidige aanbod van zorg en de verandering van de zorgvraag geven de noodzaak aan om de zorgmedewerkers van afdeling Y te ondersteunen in het leren omgaan met deze verandering zodat zij beter in staat zijn om de juiste zorg nu en in de toekomst te kunnen bieden. Voor de leidinggevende ligt er een belangrijke rol in het faciliteren van randvoorwaarden en begeleiding van het team. Het is van belang dat zorgmedewerkers de veranderende zorgvraag van de cliënten op een professionele wijze kunnen ondersteunen. Pol (2016) schrijft in het beleidsstuk ‘aangepast kortdurende opvang (KDO) beleid’ dat X zich kan profileren op tijdelijk verblijf en ‘crisis’ opvang waarvoor KDO nodig is (Pol, 2016). Het bieden van zorg voor tijdelijk verblijf is inhoudelijk ‘een andere manier van zorg en zorg verlenen dan permanent verblijf’. De zorg richt zich op terugkeer naar huis, voor medewerkers betekent dit een andere expertise waarin competentieontwikkeling wenselijk is (Pol, 2016).

## 1.2 Analyse van het probleem

Met ingang van 1 januari 2015 kunnen mensen aanspraak maken op intensieve zorg en toezicht in de nabijheid vanuit de Wlz wanneer er sprake is van een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of ouderen met een vergevorderde dementie (Rijksoverheid, z.d.). De intensieve zorg en toezicht die mensen nodig hebben is vaak complex van aard. X verpleeghuis biedt op afdeling Y verblijf voor cliënten met een langdurige zorgvraag aan. De zorgvraag van cliënten met een langdurige indicatie vraagt een andere expertise dan cliënten met een kortdurende indicatie. De verandering in de langdurige zorg in 2020 geeft inzicht in wat de toekomstige cliënt aan begeleiding en ondersteuning vraagt van de zorgmedewerkers waarbij het behouden van de eigen regie op de voorgrond staat (In voor Zorg, 2015) Een korte beschrijving van de verwachte veranderingen zijn in bijlage 1 ‘De langdurige zorg in 2020’ opgenomen.

In het tweede kwartaal van 2015 is de zorgvraag op afdeling Y veranderd vanwege de afgifte van een subsidieregeling voor eerstelijns verblijf, het zogenoemde zorgzwaartepakket 6 (ZZP6 met subsidie) door het CIZ. De VPK en eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV) zijn ervaren in het opstellen van een zorgleefplan voor langdurig verblijf. De cliënt met een subsidieregeling voor eerstelijns verblijf vraagt een andere expertise bij het in kaart brengen van de zorgvraag van de cliënt en het opstellen van het zorgleefplan gericht op herstel en terugkeer naar huis. Het zorgproces is gericht op de toekomst van de cliënt waarbij de cliënt ondersteund en begeleid wordt naar de woonvorm die bij de cliënt (of hem/haar) past. Het kan gaan om een terugkeer naar de eigen woning of om toeleiding naar een woonzorgvorm of verblijf in het verpleeghuis. Het behandelteam heeft de teammanager gevraagd dit proces te ondersteunen. De expertise gericht op deze verandering wordt door het behandelteam gemist in de aansturing van het MDO door de verpleegkundige. Het behandelteam heeft het belang aangegeven van het bewaken van het zorgproces en voor het afstemmen van de juiste zorg door de teammanager (X, 2011).

De teammanager is verantwoordelijk voor het primaire proces voor de somatische afdeling Y. De betrokkenen vanuit de zorg zijn: verpleegkundige (VPK), eerstverantwoordelijke verzorgenden (EVV), verzorgenden (VZ), helpenden (HP) en gastvrouwen/heren (GV/GH). Het behandelteam bestaat uit: specialist ouderengeneeskunde (SOG), fysiotherapeut, maatschappelijk werkende en psycholoog. De SO kan voor de zorg aan de cliënt ook een beroep doen op de ergotherapeut, de logopediste, de diëtist en/of de bewegingsmedewerker. De activiteitenbegeleiding draagt bij aan het welzijn van de cliënt.

## 1.3 Conclusie

De conclusie op basis van de analyse geeft aan dat de invoering van de Wlz per 1 januari 2015 heeft geleid tot een vermindering in de afgifte van langdurige indicaties (ZZP6). De afgifte voor een kortdurende indicatie (ZZP 6 met subsidie) die door het CIZ wordt toegekend vraagt om een andere expertise van de zorgmedewerkers van de somatische zorg. Deze verandering dwingt de zorgmedewerkers om in te spelen op deze ontwikkeling zonder dat zij daar goed op zijn voorbereid. Deze veranderingen in de huidige zorg en de inzichten over de toekomstige cliënten geven de noodzaak aan om de zorgmedewerkers te ondersteunen en te coachen zodat zij mee kunnen groeien in de langdurige zorg richting 2020. De leidinggevende heeft een belangrijke rol in de aansturing van het team en in de begeleiding van veranderingsprocessen. Het is van belang dat zorgmedewerkers de juiste zorg kunnen bieden bij de huidige zorgvraag en in de nabije toekomst. Dit is de aanleiding voor het opstellen van het businessplan.

## 1.4 De doelgroep

De verandering in zorg richt zich in dit onderzoek op de somatische zorg en is bedoeld voor alle zorgmedewerkers die werkzaam zijn op afdeling Y namelijk: VPK, EVV, VZ, HP en GV/GH. Ter bevordering van de samenwerking en afstemming van de juiste expertise en zorg voor de somatische cliënten dienen ook de behandelaren van het multidisciplinair team betrokken te worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het multidisciplinair team bestaat uit: SOG, fysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog, ergotherapeut, logopediste, diëtist en/of de bewegingsmedewerker.

## 1.5 De organisatie en opdrachtgever

Voor X is het van belang dat de zorgmedewerkers van afdeling kwalitatief goede zorg kunnen bieden gericht op de eigen regie van de huidige en toekomstige cliënten passend bij de missie en visie van de organisatie (X, 2012).

De opdrachtgever is de RvB. De RvB heeft de taak gedelegeerd aan de manager PO&O van X .

De opdracht luidt: Onderzoek de gap tussen de competenties van de zorgmedewerkers van nu en de competenties die de zorgmedewerkers in de (nabije) toekomst nodig hebben om aan de behoefte van de cliënten met een somatische zorgvraag te kunnen blijven voldoen.

De uitkomsten van het onderzoek geven richting aan het businessplan en inzicht in de behoefte van de zorgprofessionals om de toekomstige cliënten te kunnen begeleiden, ondersteunen en verzorgen waarbij de eigen regie van de cliënt centraal staat. De uitkomsten van het onderzoek geven richting aan het ontwikkelen van de benodigde competenties door de zorgprofessionals en de wijze waarop de zorgprofessionals deze kunnen ontwikkelen.

Het ontwikkelen van de benodigde competenties en expertise door de zorgprofessionals vraagt om urgentie door de invoering van de Wlz. Het begeleiden, ondersteunen en verzorgen van de huidige en toekomstige cliënten vragen om andere competenties en een andere expertise gericht op het zo lang mogelijk behouden van de eigen regie. Het is van belang dat zorgprofessionals de ruimte krijgen om nieuwe competenties en mogelijk ook andere werkwijzen eigen te maken. Het onderzoek geeft inzicht in wat er nodig is op het expertisegebied van de somatisch zorgafdeling Y van X. De uitkomsten van het onderzoek dienen in maart 2016 bekend te zijn zodat er gerichte aanbevelingen kunnen volgen om zorgprofessionals mogelijkheden te kunnen bieden zodat zij zich bekwaam kunnen voelen in de zorgvraag van de cliënt. De uitkomsten en de aanbevelingen van het onderzoek geven richting aan het strategisch plan en de missionstatement van de onderneming binnen de somatische afdeling Y als onderdeel van X. Het businessplan van de op te richten onderneming binnen X is gericht op de somatische zorgafdeling Y en dient uiterlijk eind april 2016 gereed te zijn.

# Aanleiding en centrale vraag

In de inleiding is de aanleiding van het probleem beschreven. Deze geeft richting aan het beschrijven van de probleemformulering en de onderzoeksdoelstelling.

## 2.1 De probleemformulering

De huidige werkwijze binnen de intramurale zorg is niet meer toereikend om aan de veranderende zorgvraag van de huidige en toekomstige cliënt te kunnen voldoen.

De probleemformulering geeft richting aan het formuleren van de centrale vraag, waaruit de deelvragen voortvloeien en de onderzoeksvraag.

## 2.2 De centrale vraag

Wat hebben zorgprofessionals vanaf heden tot 2020 nodig om ondersteuning te kunnen bieden aan de hoog complexe zorgvraag van de somatische cliënt waarbij de eigen regie centraal staat?

Onder eigen regie wordt verstaan: het eigen vermogen van de cliënt om zelf richting te geven aan de wijze waarop hij zijn ‘eigen leven inricht (wonen, werken, sociale contacten)’ en op welke wijze hij ‘de zorg en/of begeleiding bij eventuele ziekte’ invulling wil geven (Glossarium, z.d.).

## 2.3 De deelvragen

1. In welke mate zijn de zorgmedewerkers bekend met de veranderingen in de zorg die een andere expertise vraagt?
2. Wat betekent de verandering bij de zorgvrager van de toekomst voor de te leveren zorg binnen de intramurale zorg?
3. Wat denken zorgmedewerkers zelf nodig te hebben om aan de zorg gericht op de eigen regie van de toekomstige zorgvrager te kunnen voldoen?
4. Wat zijn de gevolgen voor de zorgmedewerkers gezien de ontwikkelingen in de zorg om te kunnen blijven voldoen aan de cliënttevredenheid van de zorgvragers?
5. Welke ondersteuning hebben de zorgmedewerkers nodig van collega’s, behandelaren en van de leidinggevende in dit veranderingstraject?

## 2.4 De onderzoeksdoelstelling

De onderzoeksdoelstelling is:

De onderzoeker wil inzicht verkrijgen in de behoefte van de zorgmedewerker om de zorg aan de toekomstige cliënten te kunnen blijven verlenen en welke expertise op het gebied van somatische zorg noodzakelijk is om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen ten einde advies te geven voor het opstellen van het businessplan ter bevordering van de kwaliteit van zorg.

## 2.5 Inzichten voor opstellen van het businessplan

Om een businessplan op te kunnen stellen is het inzicht nodig met betrekking tot de mogelijk gap die er is tussen de huidige competenties van de zorgmedewerkers en de benodigde competenties om aan de toekomstige vraag van de cliënten te kunnen blijven voldoen ten einde kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren. Naast de literatuurstudie en deskresearch, wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bestaande uit focusgroepsbijeenkomsten, beschreven in hoofdstuk 5.

De uitkomsten van het onderzoek geven richting aan de uitwerking van het businessplan. Uiterlijk 12 mei 2016 is er een businessplan opgesteld waarin helder is beschreven wat er nodig is om de expertise van de zorgmedewerkers van de somatische doelgroep afdeling Y te bevorderen om de kwaliteit van de zorg aan de toekomstige cliënten te kunnen blijven garanderen.

## 2.6 De afbakening van het businessplan

Om het onderzoek haalbaar te houden binnen de afstudeertermijn heeft de onderzoeker in overleg met de opdrachtgever vastgesteld om het onderzoek te richten op de somatisch zorg van afdeling Y van X Het verpleeghuis.

Het onderzoek vindt plaats op basis van een steekproef binnen het team van afdeling Y op basis van aanwezigheid van het personeel op de geplande datums van de focusgroepsbijeenkomsten. Daarnaast wordt eigen initiatief voor deelname aan deze bijeenkomsten gestimuleerd en gewaardeerd door de onderzoeker. Het onderzoek is gericht op de somatische zorg en kan mogelijk ook gebruikt worden op andere afdelingen van X met somatisch cliënten.

**Tijd**

De termijn waarin het traject voor ontwikkeling van het team zal verlopen is vastgesteld op 2 jaar, start in januari 2017.

**Budget**

De kosten voor scholing zijn in X vastgesteld op 2 % van de loonsom. De kosten zullen berekend worden op basis van het aantal scholingsuren en salariskosten.

**Andere randvoorwaarden**

* X biedt de mogelijkheid voor het faciliteren van scholing op basis van de kosten en de tijdsinvestering.
* Het creëren van een leerklimaat binnen het team van afdeling Y.
* Binnen het team van Y dient er een bepaalde mate van leerbaarheid/leervermogen aanwezig te zijn bij zorgmedewerkers. Er wordt middels deskresearch inzicht verkregen in welke groeimogelijkheden er zijn zoals groei binnen de huidige functie of doorgroei naar een hoger niveau vanuit het beleid strategische personeelsplanning (X, 2014c).
* De duur voor het opstellen van het businessplan is gesteld op 8 maanden. De periode van het onderzoek en het opstellen van het businessplan loopt van oktober 2015 tot en met mei 2016.

# Omgevingsanalyse

De veranderingen in de zorg die van invloed zijn op de business case voor het leveren van kwalitatief goede zorg aan de intramurale cliënt binnen X worden op basis van de DESTEP de relevante factoren voor het onderwerp beschreven namelijk: de politieke en demografische factoren beschreven (Deming, 2000, p. 135).

## 3.1 Hervormingen in de langdurige zorg

In Nederland is de langdurige zorg vanaf 1 januari 2015 veranderd. De insteek van deze hervormingen is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen door ondersteuning te bieden dichtbij de burger en zorg op maat te kunnen verlenen (Bakker & Ebenau, 2015, p. 9).

Met de invoering van de Hervormingen Langdurige Zorg is de wet Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen te vervallen en is de zorg ondergebracht in vier andere wetten en andere uitvoeringsinstanties, namelijk:

1. Zorgverzekeringswet (Zvw)
2. Wet langdurige zorg (Wlz)
3. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
4. Jeugdwet

Het is mogelijk om de zorgkosten te bekostigen uit een persoonsgebonden budget (pgb). Het pgb kan na de hervorming van de langdurige zorg gebruikt worden voor de vier hierboven genoemde wetten. Per 1 januari 2015 heeft er een wijziging met betrekking tot het pgb plaatsgevonden. De wijziging houdt in dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) het pgb beheerd. Dit betekent dat de cliënt zijn zorgfactuur stuurt naar de SVB en deze instantie de factuur uitbetaalt aan de persoon/instantie die de zorg heeft verleend. In bijlage 2 figuur 1 is een schema opgenomen met een weergave van waaruit de zorgkosten worden betaald per 1 januari 2015. In bijlage 2 is in tabel 1 de organisatie van de zorg van de langdurige zorggebruikers in 2014 en 2015 opgenomen (Bakker & Ebenau, 2015). De regeling Wlz binnen de Hervormingen Langdurige Zorg is van belang voor het onderzoek en wordt kort beschreven.

**Wet langdurige zorg**

De zorg vanuit de Wlz bestaat voornamelijk uit zorg met verblijf en is de verantwoordelijkheid van het Rijk gebleven. Het betreft ‘de zorg en ondersteuning aan de kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben’ (Bakker & Ebenau, 2015. p. 11).

**Gezondheid en Zorg in cijfers 2014**

In de brochure ‘Gezondheid en Zorg in cijfers 2014’ geeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in hoofdstuk 4 ‘Langdurige zorg: karakteristieken en een vooruitblik’ een beeld van de kosten in de langdurige zorg ten opzichte van het aantal gebruikers. Het budget van de langdurige zorg is sterker gegroeid dan het aantal gebruikers. (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014, p. 64).

Ongeveer 29,5 miljard euro werd er in 2013 uitgegeven aan langdurige zorg in Nederland. De totale uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg is een derde van de totale uitgaven van zorgkosten (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014). In tabel 2 zijn de zorgkosten van 2004 tot en met 2013 in beeld gebracht, waarbij een lichte daling in 2013 zichtbaar is. De uitgaven van de AWBZ en WMO huishoudelijke verzorging worden zichtbaar in bijlage 2 in tabel 2 (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014).

Onder langdurige zorg worden verstaan: de zorg voor ‘ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met langdurige psychische problemen’ (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014, p. 64). De zorg is meestal gericht op begeleiding, ondersteuning en het zo lang mogelijk voorkomen van achteruitgang. De zorg in een instelling kan zowel kortdurend als langdurig van aard zijn. Op afdeling Y wordt zorg geboden aan voornamelijk oudere, chronische zieke cliënten. De zorg in een intramurale zorginstelling als X valt in de sector Verzorging en Verpleging (V&V) en wordt sinds 1 januari 2015 gefinancierd uit de Wlz. Tot 31 december 2014 uit de AWBZ. De wijzigingen in de zorgkosten met peildatum 2012 en het nieuwe zorgstelsel in 2015 zijn opgenomen, zie bijlage 2, figuur 2 (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014).

**Groei huishoudens 80-plussers in Nederland in 2040**

De groei in huishoudens wordt door het CBS vooral verwacht onder mensen van 65 jaar en ouder. In 2040 zullen huishoudens met 1,3 miljoen zijn toegenomen, de helft daarvan zijn 80-plus huishoudens. De ouderen zullen langer dan vroeger zelfstandig blijven wonen. In 2015 woont nog 13% van de 80-plussers in een instelling. Het wonen in instellingen zal in de toekomst ook afnemen. Het CBS verwacht dat in 2040 nog 8% van de 80-plussers in een instelling zal wonen. Vijfentwintig jaar geleden was dit 30% van de 80-plusser. De vergrijzing neemt toe doordat de jongere huishoudens in 2040 met 0,4 miljoen zullen zijn afgenomen (CBS, 2015a). Het CBS toont op basis van sterftecijfers uit 2013 een beeld van de resterende levensverwachting per leeftijd en op basis van resterende (gezonde) levensjaren naar opleidingsniveau (bijlage 2, figuur 5). Dit zijn gemiddelden over 2009 -2012 (CBS, 2016). De verwachting is dat de laatste levensjaren in minder goede gezondheid worden doorgemaakt (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014).

## 3.2 Organisatieanalyse op basis van SWOT

De hervormingen en de bekostiging in de langdurige zorg bieden kansen en bedreigingen voor X in het algemeen. Voor de organisatieanalyse wordt gebruikt gemaakt van de SWOT (Strenght, Weakness, Opportunity, Threat) (Weihrich, 1982, pp. 54-66). De SWOT-analyse richt zich op het leveren van kwaliteit van zorg op de chronisch somatische afdeling Y van het verpleeghuis. Na het opstellen van de SWOT-analyse is een confrontatiematrix ingevuld, zie bijlage 4.

Op basis van de SWOT-analyse kan geconcludeerd worden dat het noodzakelijk is om het team van afdeling Y mee te laten groeien in de huidige zorgvraag en die van de toekomst. Dit is een bevestiging voor de keuze van het businessplan gericht op competentieontwikkeling van het team, zoals is beschreven in paragraaf 1.3. Door gebruik te maken van de sterkte, ervaring binnen het team in de langdurige zorg, kan van elkaar geleerd worden en kan de taakvolwassenheid, de mate van het zelfstandig uitvoeren van taken, worden gestimuleerd. Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG) schrijft dat er sprake is van taakvolwassenheid wanneer de medewerker bereid en in staat is zijn werkzaamheden zelfstandig uit te voeren (Bureau voor Toegepaste Gerontologie (BTSG), 2016). Voor de toekomst liggen er kansen om de expertise van de langdurige ouderenzorg te bevorderen op het gebied van hoog-midden complexe zorg en deskundigheid op het gebied van omgang en inspelen op de veranderende zorgvraag te ontwikkelen. Kort gezegd kan via competentieontwikkeling door het team van Y mogelijk gaan voldaan worden aan de missie en visie van X (X, 2012, pp. 18-19).

## 3.3 Concurrentieanalyse op basis van Zorgkaart Nederland

Vanuit de SWOT-analyse komt naar voren dat de woonomgeving van afdeling Y een zwakte is gezien het feit dat er voornamelijk tweepersoonskamers zijn, zie bijlage 4 (Weihrich, 1982). Voor X afdeling Y kan dit een nadeel zijn ten opzichte van de concurrentie. In totaal zijn er in de omgeving van het verpleeghuis 13 verpleeghuizen waar langdurige zorg op somatische gebied wordt verleend. In Leiden heeft X in totaal vier locaties met langdurige zorg (Zorgkaart Nederland, 2015a). Libertas heeft in Leiden vier locaties (Zorgkaart Nederland, 2015a). Het gemiddelde cijfer voor de geleverde zorg in Leiden is een 6,8. In Leiderdorp zijn er twee locaties van Activite en één van de Alrijne Zorggroep met een gemiddeld cijfer van een 7,2 (Zorgkaart Nederland, 2015b). Oegstgeest heeft een gemiddeld cijfer van een 7,5 (Zorgkaart Nederland, 2015c). Wassenaar heeft een gemiddeld cijfer van een 7,1 (Zorgkaart Nederland, 2015d). De locaties in Leiden scoren iets lager dan de plaatsen net buiten Leiden. De keuze van de cliënt kan hierdoor beïnvloed worden. Binnen de locaties van X scoort X Z het beste met een 7,9. Het verpleeghuis van X scoort een 6,9 en X V en W een 6,8 (Zorgkaart Nederland, 2015a). De locaties binnen X kunnen hierdoor al concurrerend zijn. De locaties van Libertas in Leiden scoren een 6,2 en 6,6 en twee huizen hebben geen waarderingen gekregen (Zorgkaart Nederland, 2015a). Het is hierdoor niet goed te zeggen wat de concurrerende factor is. In eerste instantie kan gesteld worden dat de locaties van Libertas lager scoren en daardoor minder concurrerend zijn. Een overzicht van alle locaties, cijfers en aantal waarderingen is opgenomen in bijlage 3.

## 3.4 Conclusie op basis van de omgevingsanalyse

Het Rijk heeft per 1 januari 2015 hervormingen doorgevoerd in de langdurige zorg. De zorg wordt nu uit vier wetten geregeld namelijk: Zvw, Wlz, Wmo en de Jeugdwet. Het uitgangspunt voor de huidige zorg is dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Het wonen in een instelling blijft beschikbaar voor ‘de kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben’ (Bakker & Ebenau, 2015, p. 11). Er is een toename in de bevolking van alleenstaande ouderen van 80 jaar en ouder (CBS, 2015a).

Uit de concurrentieanalyse blijkt dat er in de omgeving van het verpleeghuis 13 locaties zijn die somatische langdurige zorg bieden waarbij de prestaties, gebaseerd op de gegevens van Zorgkaart Nederland, dicht bij elkaar liggen. De concurrentie ligt zowel binnen de eigen organisatie als erbuiten. Het is van belang om kwalitatief goede zorg te verlenen om aantrekkelijk te blijven voor cliënten. Uit de SWOT-analyse en de confrontatiematrix kan gesteld worden dat er een kans ligt in het bevorderen van de deskundigheid van de zorgmedewerkers om kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst te kunnen garanderen. Uit de SWOT-analyse van het verpleeghuis blijkt tevens dat de woonomgeving voor de cliënten niet optimaal is. Door de woonomgeving te verbeteren kan de aantrekkelijkheid van de afdeling Y vergroot worden voor cliënten ten opzichte van de concurrentie. De verbetering van de woonomgeving wordt in het tweede kwartaal van 2016 gerealiseerd.

# Theoretische onderbouwing

Aan het formuleren van een onderzoeksdoelstelling gaat een langdurig denkproces vooraf. In de beginfase is er vaak een vaag en globaal idee. Gedurende het proces wordt het idee meer specifiek en gedetailleerd en kan er een concrete onderzoeksdoelstelling worden opgesteld (Baarda, 2014, p. 28). Afhankelijk van het onderwerp maakt de onderzoeker keuze in onderwerpen voor het literatuuronderzoek op basis van vernieuwde inzichten in leiderschapsstijlen en leerontwikkeling.

De reden hiervoor is dat de huidige wijze van aansturing en de organisatie binnen het team onvoldoende leidt tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en niet effectief genoeg meer blijkt te zijn. Gerelateerd aan het onderwerp heeft de onderzoeker meerdere zoektermen gebruikt waaronder: leidinggeven, competentieontwikkeling, veranderingen in de zorg en verandermanagement. Deze zoektermen hebben veel informatie opgeleverd. Om antwoorden op de deelvragen te kunnen verkrijgen heeft de onderzoeker vormen van leidinggeven, die aansluiten op de eigen visie van leidinggeven, en competentieontwikkeling van zorgmedewerkers nader onderzocht. De relatie tussen veranderingen bewerkstelligen en veranderbereidheid van de zorgmedewerkers is tevens een interessant onderwerp om inzicht te kunnen verkrijgen in de wijze waarop men veranderingen tot stand kan brengen.

## 4.1 Leidinggeven en organiseren in de zorg

Sinds eind jaren negentig is de zorg sterk in beweging door veranderingen in de wet- en regelgeving en de financiering. Andere oorzaken die vragen om veranderingen zijn de maatschappelijke ontwikkelingen, hierbij valt te denken aan de vergrijzing van de bevolking en de houding van de bevolking die gebruik dient te maken van de gezondheidszorg. Belangrijke factoren die vragen om veranderingen zijn: marktgerichtheid, kwalitatief goede zorg, kostenbeheersing en het bieden van goede werkomstandigheden. De uitdaging voor organisaties in de zorg is om met deze verschillende perspectieven tot optimalisering van de organisatie te komen, zie de zorgdriehoek bijlage 5, figuur 1 (Pool & Dijk, 1999).

Het is van belang voor organisaties om in te spelen op de externe factoren en hierop de organisatiestructuur aan te passen aan de eisen die de omgeving aan de organisatie stelt (Pool & Dijk, 1999, p. 1). Een gevolg van deze ontwikkelingen in de zorg is dat er decentralisatie plaatsvindt, het neerleggen van taken en verantwoordelijkheden lager in de organisatie. Twee redenen die aan de decentralisatie ten grondslag liggen zijn: oude structuur van direct toezicht is in grote organisaties niet meer haalbaar daar directe aansturing van de individuele medewerker niet meer mogelijk is door één persoon (Mintzberg, 2013). Daarnaast is het vergroten van de motivatie- en welzijnsperspectief van de medewerker van belang. Belangrijke invalshoeken hierbij zijn: vergroten van de binding met het werk, de werkplek en de werkorganisatie. Pool en Dijk (1999) stellen dat in grootschalige zorgorganisaties waarbij de bureaucratie toeneemt, dit ten kostte gaat van deze zienswijze (Pool & Dijk, 1999, p. 1).

**Organisatie en management in de zorg, nieuwe inzichten**

Organisatieveranderingen en fusies hebben consequenties voor de onderlinge verhoudingen, de regels en de stijl van het management. Er dienen voorwaarden geschapen te worden voor functionarissen, leidinggevenden en medewerkers om veranderingen mogelijk te maken (Pool & Dijk, 1999, p. 8).

In zorginstellingen is het van belang dat het personeelsmanagement is ingericht op de directe uitvoering, de organisatie en het managen van professionals ten gunste van het primair proces. In de zorgsector zullen onder invloed van allerlei maatschappelijke, economische en technische factoren de veranderingen elkaar opvolgen. Deze factoren hebben invloed op organisatorisch gebied en op de stijl van leidinggeven. Het vraagt om een omschakeling van beroepsbeoefenaren, ondersteunend personeel, staf en het management. De veranderingen vragen van beroepsbeoefenaren dat zij zich ontwikkelen op het gebied van zelfstandigheid, het bieden van maatwerk, het omgaan met kritische consumenten en met een steeds veranderde werkomgeving. Dit vraagt een grote mate van flexibiliteit en inzet van de beroepsbeoefenaren. De veranderende inzichten vragen om andere zienswijzen en opvattingen van leidinggevenden. Voor verschillende managementfuncties in zorginstellingen blijkt faciliterend en coachend leidinggeven aan te sluiten en effectief te zijn, zie bijlage 5 (Pool & Dijk, 1999, p. 10). In het interview met Aardema wordt duidelijk beschreven waarom het wenselijk is dat organisaties een andere vorm van aansturing gaan inzetten. In dit interview wordt dit gekoppeld aan ‘verbindend leiderschap’, zie bijlage 5 (Melissen & Mulken, 2009).

## 4.2 Veranderingen in de cultuur en vernieuwing van strategie

Boonstra (2014) beschrijft de essenties voor succesvolle verandering van leiderschap en verandering van de strategie in organisaties (Boonstra, 2014). De cultuur van organisaties is een actief en doorlopend proces. De identiteit van een organisatie wordt gevormd door de wijze waarop mensen samenwerken en samenleven. De mensen in een organisatie geven richting aan hun gedrag door het gezamenlijk creëren van een realiteit waardoor zij hun werkelijkheid bepalen.

Het individuele gedrag en de gedragsintenties kunnen verschillend worden geïnterpreteerd en gaan in beginsel over hoe het werk wordt uitgevoerd en welk effect dit heeft op mensen en groepen. Het gaat om de zijnswaarde in een organisatie zoals: maatschappelijke betekenis, klantwaarde, unieke competenties en het onderscheidend vermogen, zie bijlage 5, figuur 2 (Boonstra, 2014, p. 265).

Organisaties werken aan de toekomst door het continueren van het veranderproces door bestuurders, topmanagers, leidinggevenden, professionals en medewerkers. In het veranderproces staat de klantwaarde voorop vanuit een heldere missie en visie, strategie, structuur en systemen. Door een heldere identiteit, het benoemen van de waarden en gedrag expliciet te beschrijven vindt verdieping plaats. Succesvol werken aan cultuurverandering betekent werken aan het behouden van de eigenheid, de zogenoemde ‘zijnswaarde van de organisatie’ (Boonstra, 2014, p. 266).

**Leiderschap in het veranderingsproces**

Een veranderingsproces komt tot stand door mensen die initiatief nemen, de nek durven uit te steken en door het ter discussie stellen van bestaande werkprocessen en patronen. Het initiatief voor veranderingen komt dikwijls voort uit managers, professionals en medewerkers vanuit ‘een oprecht gevoel dat het anders moet en anders kan’ (Boonstra, 2014, p. 268). Het is niet altijd zo dat dit vanaf het bestuur of topmanagers wordt gestuurd, echter is het wel lastig zonder de steun van de topmanagers. Leiders in veranderingsprocessen zijn rolmodel, richten zich op mogelijkheden, bieden vertrouwen en ruimte om samen te werken aan vernieuwing en verbetering van de kwaliteit, geven richting aan, stellen grenzen en zijn helder. De leiders behouden optimisme, tonen de voortgang van het proces en vieren successen (Boonstra, 2014, p. 268).

Leiders in veranderingen kiezen veelal voor de interactieve interventies om mensen te stimuleren op onderzoek te gaan naar onderliggende waarden die van invloed zijn op het gedrag. Interactieve interventies bieden de mogelijkheid om mensen samen te brengen, ervaringen uit te uitwisselen, gezamenlijk een visie te ontwikkelen die gedragen wordt en interventies te bedenken die bijdragen aan vernieuwing en aan het verbeteren van de kwaliteit (Boonstra, 2014, p. 269).

Topmanagers initiëren meestal betekenisvolle interventies waarbij richting wordt gegeven aan de (kern)waarden van de organisatie. Het gaat hierbij ook vaak om het geven van ruimte aan de professionals om betekenisvol te kunnen zijn. Dit wordt vaak ingezet bij bedrijven waar veel professionals werkzaam zijn. Een andere vorm voor veranderen is het toepassen van leerinterventies die goed aansluiten bij de professionals. Bij leerinterventies gaat het om wat nodig is en wat wenselijk is, daarnaast wordt er vanuit de professionaliteit gezocht naar nieuwe werkwijzen en methodes voor samenwerking. De professional kan zo de eigen professionaliteit ontwikkelen en de identiteit van de organisatie. De leerinterventies worden vaak in combinatie met interactieve en betekenisvolle interventies gebruikt (Boonstra, 2014, p. 270). Er zijn meerdere vormen om de eigen professionaliteit te ontwikkelen zoals competentiemanagement en talentmanagement.

## 4.3 Competentiemanagement

De handleiding ‘competentie op teamniveau in de zorg’ is ontwikkeld voor, door en met teamleiders (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). Het instrument is bedoeld om de competentieniveaus waarop teamleden hun taken uitvoeren op een relatief eenduidige en eenvoudige manier in kaart te brengen. Een competentie is het bevoegd zijn om iets te kunnen doen. De definitie van competentie volgens Weggeman: ‘Kennis is een persoonlijk vermogen dat iemand in staat stelt om te handelen’ en hij omschrijft kennis als ‘het product van de informatie, de ervaring, de vaardigheid en de attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt’. De formule hiervoor is: ‘K=I.EVA (K=kennis; I=informatie; E=ervaring; V=vaardigheid; A=attitude)’ (De Baas Coaching & Advisering, z.d.).

Wanneer iemand ergens goed in is, dan is er sprake van competent zijn. Bij het overdragen van competenties kan gebruik worden gemaakt van degene die bepaalde competentie goed beheersen, er is sprake van kennisoverdracht. Door het begeleiden van medewerkers die de competentie minder goed beheersen kan het team elkaar beter maken. De competentiematrix kan ten eerste inzicht geven in de competenties en de verdere ontwikkeling van de individuele medewerker en kan ten tweede het flexibeler maken van het team door meer medewerkers competent te maken voor de verschillende taken (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). De Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen (KNAW) schrijft dat de standaardwerkwijze voor competentiemanagement zijn oorsprong vindt in het werk van de psycholoog McClelland (1986), middels het parallel distributed processing (PDP): een ‘universeel model voor cognitieve processen’ (Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW), z.d.). Het gaat hierbij niet alleen om kennis en vaardigheden maar ook om motivatie en houding van medewerkers (Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW), z.d.). In de handleiding ‘Competentieontwikkeling op teamniveau voor de zorg’ worden de voor- en nadelen van de standaardwerkwijze voor competentiemanagement beschreven, wat voor dit onderzoek niet relevant is, behalve dat het een ingewikkelde methode is, kennis en kunde vraagt om het goed uit te voeren en veel tijd vergt (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). Dit is voor de onderzoekers een reden geweest om een alternatief te bedenken, het zogenoemde basisidee. Het basisidee gaat uit van drie niveaus namelijk:

* expert of senior: zeer competent en bekwaam in bepaalde taak
* medior: competent en bekwaam
* junior: iemand in ontwikkeling of leerling, onvoldoende bekwaam

Het gaat uit van de zelfbeoordeling van de individuele medewerker waarbij hij/zij zelf aangeven op welk niveau de taak beheerst wordt (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).

De competentiematrix wordt ook wel de flexmatrix genoemd. In de matrix worden de competenties immers gescoord en valt de flexibiliteit van het team af te lezen. Het doel is dat zoveel mogelijk medewerkers competent zijn, dus flexibel zijn. Daarnaast is het de bedoeling dat professionals de kennis overdragen, dus de experts/senior draagt kennis over aan de junior en de medior.

De rol van de teamleider ligt in het organiseren van het proces en de voortgang van het proces. De teamleider biedt ondersteuning aan het team om elkaar beter te laten worden in hun werk. Het bevordert het functioneren van het team en de flexibiliteit in de uitvoering van de taken en werkzaamheden. Een voordeel van het basisidee is dat het niet organisatie breed ingevoerd hoeft te worden. Het kan heel goed gebruikt worden op teamniveau, per afdeling of organisatie eenheid (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).

Op basis van maatschappelijke veranderingen in de zorg dienen zorginstellingen zich regelmatig af te vragen of het personeel over voldoende competenties beschikt om in te kunnen spelen op de veranderende zorgvraag. De behoeften van cliënten kunnen tot andere zorgvragen leiden en er kunnen zich nieuwe doelgroepen aandienen. Nieuwe werkprocessen, bijvoorbeeld het werken met een elektronisch cliëntdossier, vragen om andere competenties. Het veranderen van de organisatiestructuur geeft ook een verschuiving van taken en verantwoordelijkheden en betekent tevens dat er andere competenties gevraagd worden van het personeel. Het in beweging zijn van verschillende factoren vraagt om competentieontwikkeling van medewerkers om aan de zorgvraag van de cliënten te kunnen blijven voldoen (Velsen & Gloudemans, 2005).

## 4.4 Talentontwikkeling

De opvolging van competentieontwikkeling is nu talentontwikkeling, een nieuwe trend. Een mooie ontwikkeling omdat het uitgaat van het benutten van het talent van het individu. De onderzoeker ziet mogelijkheden in beide vormen van ontwikkeling. Talentontwikkeling is een positieve benadering, gericht op het talent van de medewerker, terwijl competentieontwikkeling ruimte biedt voor diversiteit en flexibiliteit in het uitvoeren van de functie. Het een hoeft niet los te staan van het ander. Binnen organisaties dient vanuit het management draagvlak te zijn voor talentontwikkeling dat is gericht op het in beweging krijgen van mensen. Primair ligt de verantwoordelijkheid bij de leidinggevende in combinatie met de medewerker. De leidinggevende die zorgt dat de medewerker op de juiste plek kan werken en groei mogelijk maakt, verstaat de wijze van faciliterend leiderschap. Talentontwikkeling dient gericht te zijn op alle medewerkers, pas dan kan een organisatie groeien (Haak, z.d.). Een onderzoek van RAET, een organisatie waar X mee samen werkt, geeft inzicht in talentontwikkeling (RAET, z.d.).

In het onderzoek van RAET HR Benchmark 2016: Talentmanagement wordt beschreven wat Human Resourch managers (HR-managers) en bestuurders vinden over de eigen ontwikkeling van de medewerkers (RAET, z.d.). In het onderzoeksrapport wordt gesteld dat organisaties die investeren in de ontwikkeling van medewerkers succesvol kunnen zijn. Medewerkers zijn over het algemeen tevreden met hun baan en ervaren dat zij hun talenten voldoende kunnen inzetten. Medewerkers geven aan zelf de regie te willen hebben over hun eigen ontwikkeling, echter blijken zij dit nog weinig te doen. De HR-managers herkennen dit en zijn van mening dat medewerkers zelf onvoldoende de regie voeren over hun eigen ontwikkeling. HR-managers denken dat medewerkers onvoldoende bekend zijn met de mogelijkheden voor ontwikkeling. Bestuurders vinden dat het ontwikkelen en stimuleren van medewerkers om zichzelf verder te ontwikkelen een rol van de leidinggevende is (RAET, z.d.). ‘Talentmanagement doet een beroep op eigen verantwoordelijkheid van managers en medewerkers’ (RAET, z.d., p. 38).

## 4.5 Zelfbeoordeling van competentie voor vraaggerichte zorg

Het onderzoek ‘[Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg. De ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal](http://www.researchgate.net/publication/233814457_Zelfbeoordeling_van_competenties_voor_vraaggerichte_zorg_in_de_thuiszorg_De_ontwikkeling_van_de_Zorg_in_dialoog_Competentie_Schaal?enrichId=rgreq-e6991a9b-1790-4565-b409-ef2b444c6842&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzMzgxNDQ1NztBUzoxNDcyMDIyNDQ2MTYxOTJAMTQxMjEwNzE1ODUzOQ%3D%3D&el=1_x_3)’ van Schoot, Proot & Witte (2006) heeft geleid tot de ontwikkeling van een Competentie Schaal die inzicht geeft in de competenties van de thuiszorgmedewerker (VPK en VZ) in relatie tot vraaggerichte zorg (Schoot, Proot & Witte, 2006). De definitie van een competentie wordt in dit onderzoek beschreven als ‘een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie’ (Schoot, Proot & Witte, 2006).

De uitgangspunten van vraaggerichte zorg die gehanteerd zijn in het onderzoek zijn:

De professional:

* biedt ‘zorg die uitgaat van de wensen en ervaren behoeften van de zorgvrager, in dialoog tot stand komt en waarbij de zorgvrager uiteindelijk beslist’ (Schoot, Proot & Witte, 2006).

De zorgvrager:

* ‘geeft aan door de zorgverlener serieus genomen te worden en gerespecteerd te worden’ (Schoot, Proot & Witte, 2006).
* ‘geeft aan autonomie te ervaren ten aanzien van de wijze waarop vormgegeven wordt aan de zorg’ (Schoot, Proot & Witte, 2006).

Uit de reacties van de respondenten op de open vragen is gebleken dat de schaal duidelijk aanzet tot bewustwording van en reflectie op het eigen gedrag en leidt tot competentieontwikkeling.

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat zorgverleners het belangrijk achten dat zij inzicht krijgen in hun competenties. Het instrument ‘Zorg in dialoog Competentie Schaal’ kan richting geven aan de opleidingsbehoefte en het ontwikkeltraject voor de individuele zorgverlener. Het instrument biedt inzicht in de competenties gericht op vraaggerichte zorg en kan mogelijk ook benut worden in de verpleeghuiszorg, waarbij geadviseerd wordt om het instrument te testen op validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit (Schoot, Proot & Witte, 2006).

## 4.6 Veranderen in organisaties

Er zijn verschillende theorieën om veranderingen te bewerkstellingen in organisaties. Kotter (2001) stelt dat er verschil is tussen leiderschap en management, beiden dienen complementair aan elkaar te zijn (Kotter, 2001). Daarnaast kan in de steeds veranderende omgeving het een niet zonder het ander. Managers zijn er om stabiliteit te behouden en leiders dragen bij aan de veranderingen die nodig zijn, zie uitspraak van Kotter in bijlage 5, figuur 3. Deze tegenstrijdigheid is nodig om in turbulente tijden stand te kunnen houden, leiders kunnen veranderingen bewerkstelligen (Kotter, 2001).

Een theorie die bijdraagt aan de nieuwe standaard voor veranderingen is de kleurentheorie (Caluwé & Vermaak, 2006). Het boek ‘Leren veranderen’ geeft professionals de mogelijkheid om verandertrajecten in te zetten op basis van de theorie van het ‘kleurendenken’. De kleurentheorie biedt mogelijkheden om een verandering op een bepaalde wijze aan te gaan en maakt gebruik van vijf kleuren: geel, groen, rood, blauw en wit, zie bijlage 5, figuur 4. De leiders maken meestal de keuze voor de kleur die het beste ingezet kan worden op de verandering die nodig is (Caluwé & Vermaak, 2006, p. 75). Voor het onderwerp van het businessplan zijn de kleuren rood, groen en wit het meest passend. De reden hiervoor is dat deze drie kleuren gericht zijn op de mens met aandacht voor het ontwikkelen van competenties, veranderen en het bieden van ruimte ‘aan energie, initiatief en durf’ (Caluwé & Vermaak, 2006, p. 81). Het gaat hierbij om de zachte kanten van veranderen waarbij de aandacht ligt bij de specifieke kenmerken als de managementstijl, de onderlinge verbanden, de cultuur en de omgang met elkaar, zie bijlage 5, pp 57-58 (Caluwé & Vermaak, 2006, pp. 75-77). De kleuren geel en blauw zijn het minst passend omdat dit de zakelijke kant belicht en voornamelijk vanuit macht en procesmatig werken gericht op het behalen van resultaten, zie bijlage 5 pagina 58.

## 4.7 Conclusie theoretische onderbouwing

De onderwerpen van het literatuuronderzoek sluiten bij elkaar aan waarbij de verschillende theorieën inzicht geven in wat nodig is om te kunnen anticiperen in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen waarin zorgorganisaties zich bewegen. Deze theorieën geven aan dat organisaties dienen in te spelen op de veranderende omgeving waarbij het primair proces leidend dient te zijn.

Organisaties dienen zich te richten op de ontwikkeling van zelfstandigheid van beroepsbeoefenaren in de steeds veranderende werkomgeving zodat zij zich competent voelen om kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Het is aan bestuurders, managers, professionals en medewerkers om initiatief te nemen en de nek uit te durven steken om bestaande werkprocessen en patronen aan de orde te stellen ‘vanuit een oprecht gevoel dat het anders moet en kan’ om veranderingen in de organisatie vorm te geven (Boonstra, 2014. p. 268). Organisaties dienen zich op basis van de maatschappelijke veranderingen in de zorg regelmatig af te vragen of medewerkers over voldoende competenties beschikken om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren. Het in ontwikkeling zijn van organisaties vraagt om competentieontwikkeling en/of talentontwikkeling van de medewerkers en het vraagt om een andere stijl van leidinggeven. De vormen van leidinggeven die aansluiten zijn: coachend, faciliterend en verbindend leiderschap.

Alle beschreven theorieën leveren een bijdrage aan het tot stand brengen van veranderingen en de ontwikkeling van competenties, echter is dit niet zaligmakend. De theorieën kunnen richting geven aan de wijze van leidinggeven en aan de wijze van het tot stand brengen van een verandering. Het slagen van een verandering zal echter in algemene zin afhankelijk zijn van de individuele medewerker, de samenwerking binnen het team en de motivatie om te veranderen. De leidinggevende heeft de cruciale rol om randvoorwaarden te creëren en ruimte te bieden voor de ontwikkeling van de individuele medewerker en het team. Tevens is het voor de leidinggevende van belang om mee te gaan in het verandertraject, oude gewoontes los te laten en lef te tonen.

# Onderzoek verantwoording

De onderzoeker maakt gebruik van datatriangulatie middels deskresearch waarbij bestaand materiaal wordt bestudeerd (Baarda, 2014, p. 86). Het bestaande materiaal bestaat uit gegevens die door kwalitatief onderzoek zijn verkregen. Tevens vindt een kwalitatief onderzoek plaats middels focusgroepsbijeenkomsten, zie bijlage 7.

Door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden namelijk: deskresearch en focusgroepsbijeenkomsten, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. De onderzoeker beoogt met het kwalitatief onderzoek een betrouwbaar en valide onderzoek uit te voeren (Baarda, 2014, pp. 88-91). De betrouwbaarheid en validiteit van het kwalitatief onderzoek van de focusgroepsbijeenkomsten wordt gewaarborgd door het op eenzelfde wijze uitvoering geven aan het gesprek aan de hand van de ‘Handleiding focusgroepen Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg’ (CBO, 2004). Bij het opstellen van de vragenlijsten voor de focusgroepsbijeenkomsten is gebruik gemaakt van de onderwerpen uit de beschreven theorie in hoofdstuk 3, zie gesprekshandleiding focusgroepsbijeenkomst bijlage 6.

## 5.1 Deskresearch

Bij het vooronderzoek wordt gebruik gemaakt van bestaande gegevens vanuit het medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) X 2015 (PWC, 2015), het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) van X 2015 (Facit, 2015) en van de vlootschouw van X 2014 (X, 2014c). De genoemde onderzoeksrapporten zijn in het bezit van X . Voor de analyse van de datagegevens van de deskresearch wordt gebruikt gemaakt van de vijf stappen van de gefundeerde theoriebenadering (Baarda, 2014, pp. 158-163).

## 5.2 Kwalitatief onderzoek

De onderzoeker voert een kwalitatief onderzoek uit om antwoorden te kunnen verkrijgen op de centrale vraag en de deelvragen. Het kwalitatief onderzoek bestaat uit focusgroepsbijeenkomsten in het multidisciplinair team van afdeling Y (CBO, 2004). De inzichten verkregen uit de omgevingsanalyse en het literatuuronderzoek geven richting aan het opstellen van de vragen voor de focusgroepsbijeenkomsten. Hierbij worden de volgende onderwerpen aan de orde gesteld, namelijk: welke verandering in de zorg zijn merkbaar, wat is de verwachting gericht op de toekomst, wat verwacht je hierin van jezelf, de collega’s, de verpleegkundige, het multidisciplinair team en de leidinggevende. Om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen worden alle functionarissen van afdeling Y betrokken, zie paragraaf 1.4. Het inzetten van focusgroepsbijeenkomsten voor het kwalitatief onderzoek is het meest geschikt. De reden hiervoor is dat de medewerkers van team Y het beste antwoord kunnen geven op de vraag wat zij nodig hebben om zichzelf te kunnen ontwikkelen, wat zij in de dagelijkse praktijk ervaren, wat zij als positief ervaren en wat de knelpunten in de zorgverlening zijn. Een kwantitatief onderzoek is niet haalbaar omdat het aantal respondenten (N=30) de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek niet ten goede komt (Verhoeven, 2014, p. 198). De onderzoeker heeft niet gekozen voor interviews omdat het aantal medewerkers hiervoor te groot is. Het team van afdeling Y en het multidisciplinair team zijn door middel van persoonlijke email geïnformeerd over het onderzoek, de datum en plaats waar de focusbijeenkomsten zouden worden gehouden, zie bijlage 12.

**Focusgroepsbijeenkomst**

De onderzoeker heeft drie focusgroepsbijeenkomsten georganiseerd met het multidisciplinair team van afdeling Y. In iedere groep hebben minimaal vier functionarissen deelgenomen. De duur van het onderzoek was zes weken. De gespreksleider van de focusgroepsbijeenkomst was de interne coach van X. De duur van een focusgroepsbijeenkomst was één uur (Baarda, 2014, p. 105). Er is gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde vragenlijst, van audio-opnamen en er is genotuleerd. De notulen van de focusgroepsbijeenkomsten zijn uitgewerkt door de gespreksleider in samenwerking met de onderzoeker (CBO, 2004). De audio opnamen zijn opvraagbaar bij de onderzoeker. De werkwijze van de focusgroepsbijeenkomsten is zijn bijgevoegd in bijlage 7.

**Analyse focusgroepsbijeenkomsten**

Voor het analyseren van de gegevens uit de focusgroepsbijeenkomsten wordt gebruik gemaakt van editing, een alternatieve manier van kwalitatieve data-analyse (Baarda, 2014, p. 163). De onderzoeker heeft aan de hand van de belangrijkste gegevens van de notulen van de drie focusgroepsbijeenkomsten een samenvatting gemaakt, zie bijlage 16 (Baarda, 2014, p. 166). Deze gegevens zijn gebruikt voor de analyse van de focusgroepsbijeenkomsten en voor het opstellen van het businessplan.

# Resultaten deskresearch

Voor het analyseren van gegevens maakt de onderzoeker gebruik van de gefundeerde theoriebenadering, deze benadering bestaat uit vijf stappen. Deze stappen kunnen gebruikt worden voor het analyseren van kwalitatieve gegevens (Baarda, 2014, pp. 158-163). De eerste stap is het ordenen van gegevens, de onderzoeker geeft een korte samenvatting van de drie onderzoeken die voor de deskresearch zijn gebruikt. Hierna heeft de onderzoeker de relevante informatie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag geselecteerd (Baarda, 2014, pp. 159).

## 6.1 Vooronderzoek door middel van deskresearch

De deskresearch richt zich op het MTO (PWC, 2015), zie bijlage 9 en het CTO uit 2015, zie bijlage 10 (Facit, 2015a). Tevens wordt gebruik gemaakt van het onderzoek strategische personeelsplanning (SPP) welke in 2014 in het verpleeghuis heeft plaatsgevonden, zie bijlage 11 (X, 2014c).

## 6.2 Analyse deskresearch

De tweede stap in het analyseren van onderzoeksgegevens is het in kaart brengen van relevante gegevens. Uit de drie kwalitatieve onderzoeken zijn gegevens geselecteerd die antwoord kunnen geven op de centrale vraag en de onderzoeksvraag.

De gegevens uit de drie bovengenoemde onderzoeken zijn geordend en de relevantie is vastgesteld, stap 1 en 2 (Baarda, 2014, p. 160). Om tot reductie van gegevens te komen kan gebruik worden gemaakt van stap 3 en 4 van de gefundeerde theoriebenadering namelijk: het open coderen en het samenvoegen van synoniemen gekoppeld aan axiaal coderen (Baarda, 2014, pp. 160-161). Het resultaat van de open codering na samenvoeging synoniemen en axiaal coderen is opgenomen in tabel 9 en 10, bijlage 8. Stap 5 in de gefundeerde theoriebenadering is het selectief coderen. De gegevens van tabel 10 in bijlage 8 zijn ondergebracht in tabel 1 in twee categorieën namelijk: leiderschap en medewerkers. Deze gegevens geven inzicht waar de aandacht van de leidinggevende en waar de aandacht voor de medewerkers dient te liggen in het uitvoeren van hun functie (Baarda, 2014, p. 162).

|  |
| --- |
| Resultaat selectief coderen |
| **Leiderschap**  | **Medewerkers** |
| **Communicatie*** Communicatie over veranderingen
* Communicatie gericht op samenwerking
 | **Clienttevredenheid*** Ervaring bejegening
* Zorg voor cliënten
 |
| **Leiderschapsstijl*** Voldoende ondersteuning in ontwikkeling
* Borgen van veranderingen
* Gedragen visie en ambitie
 | **Eigen verantwoordelijkheid*** Zelfstandigheid in de uitvoering van het werk
 |
| **Leiderschap*** Inspirerend leiderschap
* Inspirerend leiderschap middenkader
 | **Veranderbereidheid*** Mogelijkheid tot veranderen
 |
| **Werkdruk*** Aanvaardbare werkdruk
* -36 % Beschikbaarheid personeel
 | **Medewerkerstevredenheid*** Klimaat gericht op verbetering
 |
| **Eigenschappen*** Ondernemen
* Flexibiliteit

Communicatie | **Ontwikkelpotentie** * Potentie bereikt
* Groei binnen functie
* Promotabel op lange termijn
 |

**Tabel 1 Resultaat selectief coderen**

**Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2015**

Uit het MTO komt naar voren dat de scores voor het verpleeghuis (SZ) iets minder scoren dan X totaal. Het verschil is voor inspraak van en overleg met cliënten -0,1, plezier in het werk -0,4 en lage vertrekgelegenheid -0,9 (PWC, 2015).

Op vijf onderdelen is het verschil van het verpleeghuis (SZ) ten opzichte van X totaal meer dan 1 punt, namelijk op: inspirerend leiderschap -1,6, inspirerend leiderschap middenkader -1,6, aanvaardbare werkdruk -1,3, communicatie over veranderingen -1,4 en borgen van veranderingen

-1,8. De relevante uitkomsten van het MTO zijn opgenomen in bijlage 9.

**Cliënttevredenheidsonderzoek 2015**

Uit het CTO zijn de resultaten hoog voor afdeling Y. Het verpleeghuis behaalde als zorginstelling een 8,1 en het personeel van afdeling Y behaalde een 8,0. Alle onderdelen in de prioriteitenmatrix vallen binnen de groepen geen actie of handhaven, waarbij de bejegening het laagst beoordeeld is, net onder de 80%. Wat opvalt, is dat in de prioriteitenmatrix niet de ervaring beschikbaarheid personeel is opgenomen (Facit, 2015a).

Een opvallende uitkomst is de ervaring beschikbaarheid personeel met Facit totaal van -51% in 2015 ten opzichte van 2014. Daarnaast is de score op ervaring bejegening ten opzichte van 2014 verminderd en ten opzichte van het Facit totaal. De laatste opvallende score is de ervaring beleving van privacy van de cliënten is met 50% is toegenomen ten opzichte van 2015 (Facit, 2015a). De relevante uitkomsten van het CTO zijn opgenomen in bijlage 10.

**Strategisch personeelsplanning 2014**

De SPP ondersteunt de leidinggevende om strategische keuzes te maken ten aanzien van de personeelsbehoefte en deskundigheidsmix passend bij de doelgroep om te sturen op een kwalitatief en kwantitatief personeelsbestand.

Het team van Y bestond in het najaar van 2014 uit 29 zorgmedewerkers waarbij opvallend is dat een hoog percentage (N=17) zorgmedewerkers boven de 45 jaar zijn en negen zorgmedewerkers boven de 55 jaar waren. De zorgmedewerkers zijn gescoord op de mate van ondernemerschap, flexibiliteit en communicatie van de individuele medewerker. Alle zorgmedewerkers zijn op voldoende of hoger gescoord. Opvallend is dat er over het algemeen goed (N=6) en bevredigend (N=8) is gescoord voor groei binnen functie. Op ‘promotabel op lange termijn’ is gescoord met goed (N=5) en bevredigend (N=3). Er is geen score (N=0) gegeven aan de individuele medewerker op ‘promotabel op korte termijn’.

## 6.3 Conclusie deskresearch

Op basis van de analyse van het MTO kan gesteld worden dat de hogere scores van het verpleeghuis (SZ) beperkt afwijken van de scores van X . Om te komen tot een betere medewerkerstevredenheid binnen voor het verpleeghuis (SZ) kan gestuurd worden op inspirerend leiderschap middenkader, aanvaardbare werkdruk, communicatie over veranderingen en borgen van veranderingen. Uit het CTO kan gesteld worden dat afdeling Y een goede score heeft behaald. De aandacht kan gericht worden op de bejegening van de cliënt daar deze score ten opzichte van 2014 achteruit is gegaan. Een opvallende score is de lage score op zichtbaarheid personeel. Gerelateerd aan het MTO kan gesteld worden dat de zorgmedewerkers ontevreden zijn over de aanvaardbare werkdruk en de cliënten ervaren dat er weinig personeel aanwezig is. Uit het onderzoek van de SPP blijkt dat er onder de zorgmedewerkers in geruime mate groei in ontwikkeling en promotabel op langer termijn kan worden bewerkstelligd. De gefundeerde theoriebenadering geeft inzicht in welke eigenschappen belangrijk zijn voor de leidinggevende en voor de medewerkers.

# Resultaten uit kwalitatief onderzoek

## 7.1 Analyse kwalitatief onderzoek focusgroepsbijeenkomsten Team Y

Het kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden middels drie focusgroepsbijeenkomsten van één uur met het multidisciplinair team van afdeling Y. In bijlages 13-15 zijn de verslagen opgenomen van de drie focusgroepsbijeenkomsten. De onderzoeker heeft gesteld dat er minimaal vier deelnemers per bijeenkomst deel zouden nemen, aan deze voorwaarde is voldaan. In tabel 1 bijlage 15 is een overzicht per focusgroepsbijeenkomst weergegeven van het aantal deelnemers, functionarissen en leeftijden van de deelnemers. In bijlage 16 is de samenvatting van de focusgroepsbijeenkomsten opgenomen. Het team van afdeling Y bestaat uit 29 zorgmedewerkers en het multidisciplinair behandelteam bestaat uit acht medewerkers. In totaal hebben 21 medewerkers deelgenomen aan het onderzoek waarvan 19 zorgmedewerkers en twee behandelaren. Vanuit de samenvatting kan antwoord op de deelvragen gegeven worden, zie bijlage 16.

* In welke mate zijn de zorgmedewerkers bekend met de veranderingen in de zorg die een andere expertise zullen gaan vragen?

De zorgmedewerkers hebben een vrij goed beeld van de veranderingen in de zorg, dit valt op te maken uit de antwoorden van vraag 1 in bijlages 13-15 uit de focusgroepsbijeenkomsten. De zorgmedewerkers hebben helder benoemd wat zij aan veranderingen ervaren en welke richting de zorg op zal gaan. Namelijk: toename van complexe zorg zowel op lichamelijke als geestelijk vlak bij de kortdurende zorgvrager en de langdurige zorgvrager. De zorgmedewerkers ervaren bij cliënten nu ook al een bepaalde mate van de behoefte in het voeren van de eigen regie. Daarnaast ervaren de zorgmedewerkers dat cliënten en familie mondiger zijn en meer kennis hebben door gebruik van internet. Tenslotte verwachten de zorgmedewerkers dat zij meer kennis nodig hebben over ziektebeelden en goede communicatieve vaardigheden.

* Wat betekent de verandering bij de zorgvrager van de toekomst op te leveren zorg binnen de intramurale zorg?

De verandering betekent een toename van complexe zorg en zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag. De zorgmedewerkers benoemden dat het van belang is om kennis te vergroten om kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. De zorgmedewerkers gaven aan dat zij hun kennis willen vergroten op de volgende punten: kunnen omgaan met de toenemende kennis van cliënt en familie, het kunnen omgaan met verwachtingen van cliënt en familie, kunnen onderhandelen op basis van kennis van de zorgzwaartepakketten, in kunnen spelen op groepsprocessen en kunnen denken in mogelijkheden om de zorg aan de cliënt zo goed mogelijk te kunnen afstemmen binnen de mogelijkheden van het ZZP, het bijhouden van kennis over een verpleegtechnische vaardigheden zoals wondbehandeling. De volledige antwoorden op deze vraag zijn beschreven in de bijlages 13-15 onder vraag 2.

* Wat hebben zorgmedewerkers nodig om met de veranderingen om te kunnen gaan?

De zorgmedewerkers gaven aan dat dit ligt op het vlak van samenwerking binnen het team en in de communicatie met de cliënt en familie. Op het gebied van samenwerking binnen het team werd aangegeven dat het van belang is om in gesprek te blijven met elkaar waarbij er ruimte is om knelpunten te bespreken, grenzen aan te geven (bijvoorbeeld bij complexe situaties met het omgaan met onbegrepen gedrag). Daarnaast achten medewerkers het van belang om kennis te hebben over psychische ziekten en onbegrepen gedrag, begrip tonen naar elkaar, elkaar hulp bieden of zorg overnemen, luisteren naar elkaar, kwetsbaar op durven te stellen, elkaar steunen en empathie te tonen, meer zelfvertrouwen krijgen als zorgmedewerker, een open houding aan te nemen in communicatie en een meedenkende houding te hebben. Het samenwerken met andere disciplines, zoals de SOG, fysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog, ergotherapeut, de logopediste, de diëtist, de bewegingsmedewerker en/of de activiteitenbegeleiding wordt belangrijk gevonden. In de communicatie met cliënt en familie hebben zorgmedewerkers aangegeven dat het van belang is een meedenkende houding te hebben, (wederzijds) begrip bewerkstelligen, een open houding aan te nemen naar de cliënt/familie en het gesprek aan durven te gaan, vertrouwen te bieden, contact vanuit EVV met cliënt en familie goed in te zetten. In bijlages 13-15 onder vraag 3 zijn alle antwoorden op deze vraag terug te vinden.

* Wat zijn de gevolgen voor de zorgmedewerkers gezien de ontwikkelingen in de zorg om te kunnen blijven voldoen aan de cliënttevredenheid van de zorgvragers?

De zorgmedewerkers hebben benoemd wat er nodig is om aan de cliënttevredenheid te kunnen blijven voldoen, zie bijlages 13-15 vraag 4. De zorgmedewerkers gaven aan dat dit met name gericht is op de communicatie met de cliënt en familie gerelateerd aan de onderstaande punten:

* Cliënten betrekken bij afspraken en beslissingen met betrekking tot hun zorg en het meenemen van de wensen van de cliënt hierin. Goed naar de cliënt luisteren. Cliënt/ familie op een zorgvuldige wijze informeren.
* Het nakomen van de afspraken die met de cliënt worden gemaakt om vertrouwen te geven.
* Het in gesprek gaan en blijven met de cliënt en de familie.
* Het gesprek aan kunnen gaan met familie ten aanzien van de zorg en om de participatie van naasten te bevorderen.
* Wederzijds begrip tussen de cliënt/familie en de zorgmedewerkers.
* Het is hun huis, de zorg dient een gastvrije houding aan te nemen.
* Open staan voor de hulp van de familie, in gesprek met de familie gaan, waardering uiten, familie groeten en inspelen op reacties die je bij de familie waarneemt.
* Goede observatie en een luisterend oor om goed in de gaten te kunnen houden of afspraken worden nagekomen binnen het team.
* Welke ondersteuning hebben de zorgmedewerkers nodig van collega’s, behandelaren en van de leidinggevende in dit veranderingstraject?

De zorgmedewerkers hebben aangegeven wat zij nodig achten in het verandertraject per categorie, dit is in bijlages 13-15 bij vraag 5 uitgebreid beschreven.

Collega’s

In de samenwerking in het team met de collega’s is benoemd dat het belangrijk is om goed samen te werken, goed te communiceren en elkaar aan te spreken, vertrouwen te hebben in elkaar, in gesprek te gaan en te blijven met elkaar en afspraken na te komen die met de cliënt gemaakt zijn.

Verpleegkundige coach:

Voor de verpleegkundige coach hebben zorgmedewerkers aangegeven het volgende te willen zien: een positieve houding, voorbeeldfunctie, signalerende rol bij complexe zorgsituaties en het meedenken in oplossingen.

Leidinggevende:

Van de leidinggevende verwachten de zorgmedewerkers: betrokkenheid, waardering, een luisterend oor en zichtbaarheid in het team. Voor zorgmedewerkers is het van belang dat zij door de leidinggevende ondersteund worden bij het zoeken naar oplossingen in de dagelijkse praktijk en voor de lange termijn. Bij complexe situaties wordt de leidinggevende geacht mee te denken en ondersteuning te bieden in de communicatie met de cliënt en de familie. De zorgmedewerkers verwachten begeleiding van de leidinggevende bij de eigen ontwikkeling en de samenwerking binnen het team. Tenslotte is het voor de zorgmedewerkers belangrijk dat trainingen en opfriscursussen worden gefaciliteerd.

Behandelaren:

Van de behandelaren verwachten zorgmedewerkers dat zij kennis kunnen overdragen op het gebied van ziektebeelden, algemene kennis hebben over het revalidatieproces en begeleiding bieden bij onbegrepen gedrag.

# Conclusie en Aanbevelingen

De onderzoeker heeft op verschillende wijzen informatie verzameld om een antwoord te verkrijgen op de centrale vraag en de deelvragen, zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.3. Er hebben een literatuurstudie, deskresearch en kwalitatief onderzoek plaatsgevonden, zie hoofdstuk 4,6 en 7.

De centrale vraag is: Wat hebben zorgprofessionals vanaf heden tot 2020 nodig om ondersteuning te kunnen bieden aan de hoog complexe zorgvraag van de somatische cliënt waarbij de eigen regie centraal staat?

## 8.1 Conclusie

Een antwoord op de centrale vraag kan gegeven worden vanuit de literatuurstudie, de deskresearch en het kwalitatief onderzoek.

Op basis van de literatuur kan gesteld worden dat organisaties dienen in te spelen op de maatschappelijke veranderingen in de zorg, waarbij organisaties de vraag dienen te stellen of medewerkers over voldoende competenties beschikken om aan de kwaliteit van zorg te kunnen blijven voldoen. Het in ontwikkeling zijn van organisaties vraagt om competentieontwikkeling en/of talentontwikkeling van de medewerkers en het vraagt om een andere stijl van leidinggeven. De vormen van leidinggeven die aansluiten zijn: coachend, faciliterend en verbindend leiderschap. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat er een kans ligt voor managers in het ontwikkelen van competenties gericht op het gedrag door het betrekken van medewerkers en te vragen naar wat hen beweegt en wat zij nodig achten. Om competenties en talenten te kunnen ontwikkelen zijn initiatief, zelfinzicht en zelfreflectie bij de medewerkers nodig. Het kleurendenken van Caluwé en Vermaak (2006) kan ondersteuning bieden bij veranderingstrajecten (Caluwé & Vermaak, 2006). De uitgangspunten van de kleuren rood, groen en wit sluiten het meest aan bij het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers om vanuit hen veranderingen tot stand te kunnen brengen. De eerder genoemde leiderschapsstijlen coachend, faciliterend en verbindend leiderschap sluiten aan bij het kleurendenken gericht op de ontwikkeling van de medewerkers. Om de competenties binnen het team in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van de handleiding ‘competentie op teamniveau in de zorg’ (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). Het instrument is bedoeld om de competentieniveaus waarop teamleden hun taken uitvoeren op een relatief eenduidige en eenvoudige manier in kaart te brengen. Inzicht in de competenties binnen het team en de kennis en kunde van de individuele medewerker biedt mogelijkheden om van elkaar te kunnen leren. Indien een organisatie bereid is om te investeren in de ontwikkeling van de medewerkers op basis van de gegevens uit de literatuur kan voldaan worden aan de hoog complexe zorgvraag van de somatische cliënt.

Vanuit de deskresearch kan opgemaakt worden dat verbeteringen noodzakelijk zijn met betrekking tot de aanvaardbare werkdruk, communicatie over veranderingen en borgen van veranderingen om de medewerkerstevredenheid te verhogen. Hierin ligt een rol voor de leidinggevende om de randvoorwaarden te creëren voor het leveren van verantwoorde zorg en het team te faciliteren in hun ontwikkeling die aansluit bij de veranderende zorgvraag. Indien medewerkers hiertoe in staat blijken kan ook in de toekomst aan de cliënttevredenheid voldaan worden. Er dient aandacht te zijn voor de ontwikkeling van medewerkers op het gebied van omgang met de cliënt gericht op de eigen regie en in omgang met de cliënt met onbegrepen gedrag. Voor cliënten is het van belang dat zij respectvol worden benaderd en dat zij ervaren dat er voldoende personeel aanwezig is. Vanuit de SPP is duidelijk geworden dat er voldoende potentie is bij medewerkers om zich te kunnen ontwikkelen.

In de analyse van de focusgroepsbijeenkomsten komt naar voren dat medewerkers van afdeling Y inzicht hebben in de veranderingen in de zorg, zij ervaren dit dagelijks in de praktijk. Daarnaast geven de medewerkers aan dat zij verwachten dat deze trend zich voortzet en dat zij dienen in te spelen op deze veranderingen. In de focusgroepsbijeenkomsten hebben zij duidelijk benoemd wat zij nodig hebben om aan de hoog complexe zorgvraag van de somatische cliënt te kunnen blijven voldoen. Op de vraag van de werkgever om de gap te onderzoeken is het antwoord te vinden in het verhogen van de kwaliteit van zorg. Dit kan door het verbeteren van de communicatie met de cliënt en/of familie op verschillende niveaus, kennis hebben van de competenties binnen het team om van elkaar te kunnen leren, het bevorderen van de samenwerking binnen het team en de samenwerking met het multidisciplinair team. De aanbevelingen zijn op deze gegevens gebaseerd.

## 8.2 Aanbevelingen

De onderzoeker geeft op basis van het literatuuronderzoek, de deskresearch en het kwalitatief onderzoek aanbevelingen voor de ontwikkeling van competenties van de zorgmedewerkers van afdeling Y. De onderzoeker geeft in de aanbevelingen een prioritering aan gericht op wat er nodig is om de klantwaarde te verbeteren (Ostwalder A. , Pigneur, Bernarda, & Smith, 2015).

1. Stel een scholingsprogramma op met betrekking tot de volgende thema’s:
	* Communicatie met cliënt en/of familie met de onderwerpen:
		+ Het gesprek met familie onderhouden, ook in complexe situaties.
		+ Het leren omgaan met de toenemende kennis van cliënt en familie.
		+ Het kunnen omgaan met verwachtingen van cliënt en familie.
		+ Het kunnen onderhandelen op basis van kennis van de zorgzwaartepakketten.
		+ Het leren begeleiden van cliënten vanuit de eigen regie van de cliënt.
		+ Het kunnen inspelen op groepsprocessen bij cliënten.
		+ Het kunnen denken in mogelijkheden om de zorg aan de cliënt zo goed mogelijk af

te stemmen binnen de mogelijkheden van het ZZP.

* + Deskundigheidsbevordering gericht op verpleegtechnische vaardigheden en kennis over vernieuwde inzichten ten aanzien van bijvoorbeeld wondbehandeling.
	+ Leren omgaan met cliënten met onbegrepen gedrag.
	+ Deskundigheidsbevordering door kennisoverdracht over ziektebeelden, het revalidatieproces en omgang met onbegrepen gedrag.
1. De rol van de leidinggevende dient gericht te zijn op het stimuleren van de ontwikkeling van de individuele medewerker en het scheppen van randvoorwaarden. Passende leiderschapsstijlen zijn het coachend, faciliterend en dienend leiderschap.
2. Breng competenties van de zorgmedewerkers in beeld aan de hand van het basisidee competentiemanagement beschreven in hoofdstuk 4, paragraaf 4.3 (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).
	* Benut de kennis en kunde binnen het team op basis van de competentiekaart (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).
3. Faciliteer het team in de teamontwikkeling gericht op de onderlinge samenwerking en vertrouwen waarbij aandacht is voor:
	* Het bespreken van knelpunten in de samenwerking.
	* Het luisteren naar elkaar en het kwetsbaar op durven stellen.
	* Elkaar steunen en empathie tonen.
	* Een open en meedenkende houding.
	* Het bevorderen van het zelfvertrouwen van de individuele zorgmedewerker.
4. Bevorder de samenwerking met andere disciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog, ergotherapeut, de logopediste, de diëtist, de bewegingsmedewerker en/of de activiteitenbegeleiding.

# De Onderneming

In een ondernemersplan wordt een concept inclusief de bedrijfseconomische onderbouwing beschreven. Er zijn drie redenen voor het beschrijven van een ondernemersplan namelijk:

* de haalbaarheid en de opbrengst van de onderneming.
* het verloop van het traject (tijdspad).
* het overtuigen van investeerders met betrekking tot de winstgevendheid van het bedrijf (Meer, 2014, p. 31).

Het onderwerp voor het businessplan is door mij als idee aan de werkgever voorgesteld waarna de opdracht is geformuleerd. De opdracht is door de RvB aan de manager PO&O van X gedelegeerd.

De opdracht luidt: Onderzoek de gap tussen de competenties van de zorgmedewerkers van nu en de competenties die de zorgmedewerkers in de (nabije) toekomst nodig hebben om aan de behoefte van de cliënten met een somatische zorgvraag te kunnen blijven voldoen.

De uitkomsten van het onderzoek voortkomend uit de opdracht van de werkgever zijn richtinggevend voor het opstellen van het businessplan.

De doelstelling van de onderneming is:

Het ontwikkelen van competenties van zorgmedewerkers om de zorg van nu en in de toekomst te kunnen blijven bieden aan de somatische cliënten.

## 9.1 Slogan

Een slogan is een slagzin (Van Dale Uitgevers, 2016). De onderneming beoogt professionele zorg te verlenen vanuit de eigen regie van de somatische cliënt. De keuze van de slogan komt voort uit passie en uit het hart van de ondernemer om professionele zorg te verlenen. ‘Somatische Zorg vanuit het Professionele Hart’, zorg vanuit de eigen regie van de cliënt is de propositie van het product (Michels, 2013).

De slogan is: ‘Somatische Zorg vanuit het Professionele Hart’.

## 9.2 Ondernemingsdoelstelling

Vanuit het antwoord op de centrale vraag en aan de hand van de aanbevelingen en de conclusie, beschreven in hoofdstuk 8, is de ondernemingsdoelstelling geformuleerd.

De doelstelling van dit ondernemingsplan is:

Uiterlijk 1 januari 2017 is er een ‘compleet pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ ontwikkeld voor het verbeteren van de professionaliteit van de zorgmedewerkers op de somatische zorgafdeling Y van het verpleeghuis.

Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg bestaat uit:

* Scholingsprogramma gericht op de communicatieve vaardigheden. De onderwerpen komen voort uit het onderzoek en zijn:
	+ Het gesprek met familie onderhouden, ook in complexe situaties.
	+ Het leren omgaan met de toenemende kennis van cliënt en familie.
	+ Het kunnen omgaan met verwachtingen van cliënt en familie.
	+ Het kunnen onderhandelen op basis van kennis van de zorgzwaartepakketten.
	+ Het leren begeleiden van cliënten vanuit de eigen regie van de cliënt.
	+ Het kunnen inspelen op groepsprocessen bij cliënten.
	+ Het kunnen denken in mogelijkheden om de zorg aan de cliënt zo goed mogelijk te kunnen afstemmen binnen de mogelijkheden van het ZZP .
* Een competentiekaart van het team om van elkaar te kunnen leren en te weten waar je kennis kan halen in het team.
* Teamontwikkeling gericht op onderlinge samenwerking en samenwerking met het multidisciplinair team aan de hand van de competentiekaarten.

Een scholing gericht op het omgaan met onbegrepen gedrag valt buiten het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg, daar het een onderdeel is van het opleidingsjaarplan en door de leidinggevende kan worden aangevraagd (X, 2016). Het behouden van de bekwaamheid volgens de BIG-wet (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) is tevens opgenomen in het opleidingsjaarplan (X, 2016).

## 9.3 Missionstatement

In het missionstatement worden de waarden van het bedrijf beschreven door antwoord te geven op de volgende vragen: ‘de waarom-vraag, het bestaansrecht van de onderneming, de wat-vraag, de doelen die bereikt moeten worden en de hoe-vraag’ (Meer, 2014, p. 32).

**Missionstatement**

Waarom:

* Een antwoord op deze vraag kan vanuit de conclusie, paragraaf 1.3, en het kwalitatief onderzoek focusgroepsbijeenkomsten geformuleerd worden. De verandering van de Wlz per 1 januari 2015, de inzichten over de toekomstige somatische cliënt en uitkomsten van het kwalitatief onderzoek geven de noodzaak aan voor het ontwikkelen van competenties van zorgmedewerkers gericht op deze nieuwe inzichten. Daarnaast is het van belang om de onderneming te blijven ontwikkelen om mee te blijven gaan om de kwaliteit te blijven waarborgen.

Het bestaansrecht van de onderneming:

* Het product wordt in eerste instantie opgezet voor de somatische zorg op afdeling Y van het verpleeghuis. In zes locaties van X wordt somatische zorg verleend. Het product van de onderneming kan als ‘pilot’ ingezet worden op afdeling Y van het verpleeghuis waarna het geïmplementeerd kan worden over de ander locaties. Op de langere termijn kan doorontwikkeling voor andere doelgroepen binnen X georganiseerd worden.

Wat:

* Een compleet pakket competentieontwikkeling somatische zorg zoals beschreven is in paragraaf 9.2. Het gaat om het bieden van kwalitatieve zorg aan de cliënt waarbij de eigen regie op de voorgrond staat.

Doel:

* In 2017 wordt het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg van de onderneming uitgevoerd en dit heeft als doel de competenties van zorgmedewerkers te bevorderen om te kunnen voldoen aan de veranderende zorgvraag gericht op de eigen regie van de cliënt.

Hoe:

* De teammanager richt zich op de zachte kanten van veranderen waarbij de aandacht ligt bij de specifieke kenmerken als de managementstijl, de onderlinge verbanden, de cultuur en de omgang met elkaar (Caluwé & Vermaak, 2006, pp. 75-77).
* In samenwerking met de afdeling Personeel, Organisatie & Opleiding (PO&O) kan een in-company scholing worden ontwikkeld gericht op communicatieve vaardigheden.
* In paragraaf 4.3 van de theoretische onderbouwing is de methode beschreven voor het gebruik van de competentiekaart (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). De competentiekaart kan voor de somatische zorg van afdeling Y worden opgesteld. De teammanager faciliteert deze verandering vanuit het kleurendenken van de Caluwé, met gebruikmaking van de kleuren rood, groen en wit, zie paragraaf 4.6. Bij het opstellen van de competentiekaart wordt gebruik gemaakt van de expertise van het team. Voor het zorgvuldig doorlopen en het bijstellen van het proces wordt van de ‘demingcirkel, ofwel de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act)’ gebruik gemaakt (Deming, 2000).
* Het team wordt aan de hand van de uitkomsten van de focusgroepsbijeenkomsten door een teamcoach ‘on the job’ gecoacht in de onderlinge en multidisciplinaire samenwerking.

## 9.4 Strategie

De missie en visie van X met de kernwaarden ‘welkom, vakmanschap en originaliteit’ zijn uitgangspunt voor het ontwikkelen van het ‘complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ (X, 2012). Het ‘complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ wordt na ontwikkeling en standaardisering ondergebracht bij de afdeling PO&O. Het product wordt opgenomen in het scholingsbeleid van X . Het bestaansrecht van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg wordt bewerkstelligd door het product op te nemen in het opleidingsjaarplan van X , als vast onderdeel. Een tweede reden is dat het bestaansrecht van de onderneming kan worden geborgd door doorontwikkeling van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg af te stemmen op de zorgmedewerkers van andere doelgroepen binnen X .

Aanbevelingen voor de strategie zijn:

* Het volgen van het complete pakket competentieontwikkeling somatisch zorg verplicht te stellen voor nieuwe zorgmedewerkers.
* Het complete pakket competentieontwikkeling door ontwikkelen en aanpassen aan de nieuwe inzichten.
* De zorgmedewerkers van afdeling Y een jaarlijkse bijscholing te bieden gericht op de nieuwe inzichten.
* Het ontwikkelen van competentieprofielen voor de verschillende functionarissen binnen de somatische zorg.
* De ontwikkeling van competenties kan een cultuurverandering teweegbrengen wat mogelijk invloed heeft op de organisatie, wat om nieuwe vaardigheden vraagt van andere disciplines.

# Het Businessplan

Het Business Canvas Model (BCM) is een model gebaseerd op het ‘creëren, leveren en ontvangen van klantwaarde’ (Meer, 2014, p. 39). De bedenkers van het BCM, Ostwalder en Pigneur (2010), hebben negen bouwstenen beschreven om ideeën bespreekbaar en inzichtelijk te maken voor de onderneming (Ostwalder & Pigneur, 2010). Het beschrijven van de negen bouwstenen kan richting geven aan het ondernemersplan.

## 10.1 Business Canvas Model

In deze paragraaf worden de bouwstenen beschreven voor het businessplan vanuit het Business Canvas Model in bijlage 17 figuur 1 (Meer, 2014, p. 39).

**Klantsegmenten**

In het segment klanten wordt de doelgroep aangegeven welke richting geeft aan het businessplan. De klanten in dit segment zijn de VPK, EVV, VZ, HP en GV/GH, de zorgmedewerkers. Zij bieden zorg aan de klant benoemd in het segment klantrelaties (Meer, 2014, p. 39). Uit het kwalitatief onderzoek door middel van focusgroepsbijeenkomsten is door de zorgmedewerkers aangegeven wat zij nodig achten om te kunnen blijven voldoen aan de zorgvraag van de cliënt en de cliënttevredenheid. Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg biedt de klanten uit het klantsegment de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen passend bij de zorg die nodig is voor de klanten uit de klantrelaties.

Het creëren van de waarde voor de klant draagt bij aan de zogenaamde ‘fit’ ten gunste van de klantrelaties (Ostwalder A. , Pigneur, Bernarda & Smith, 2015, pp. 6-7). Indien de zorgmedewerkers in staat zijn om zich te ontwikkelen op competenties passend bij de waardepropositie van de klantrelaties en de kernwaarden van X , kunnen zij mogelijk nu en in de toekomst voldoen aan de cliënttevredenheid.

**Waarde Propositie**

De onderneming is gericht op het toevoegen van waarde aan de klant en de klantrelatie (Ostwalder A. , Pigneur, Bernarda & Smith, 2015). Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg richt zich deels op de communicatieve vaardigheden in contact met de klantrelaties. De scholing communicatie wordt afgestemd op de vraag van de klantrelatie waarbij het gaat om het bieden van ondersteuning bij het voeren van de eigen regie, de klantvriendelijkheid en het leveren van zorg op maat. Indien de professionele ondersteuning aansluit bij de vraag van de klant kan de klanttevredenheid toenemen. Daarnaast wordt de scholing opgesteld vanuit de visie, missie en kernwaarden van X , waarmee X zich wil onderscheiden in het leveren van Topzorg (X, 2012). Voor de zorgmedewerkers wordt beoogd dat zij door competentieontwikkeling het contact op een professionele wijze kunnen onderhouden. Het opstellen van een competentiekaart, een onderdeel van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg, is ondersteunend aan het proces om van elkaar te leren en elkaar sterker te maken, zie paragraaf 4.3 competentiemanagement (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).

**Kanalen**

Bij de kanalen gaat het om de wijze waarop de onderneming communiceert (Meer, 2014, p. 39). De onderneming is een onderdeel van de organisatie X en kan hierdoor gebruik maken van bestaande kanalen zoals email, X intranet met linken naar het handboek, X Academie en X opleidingsaanbod (X, z.d.).

**Klantrelaties**

De onderneming wil een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg aan de somatische cliënt en familie/ mantelzorgers. Het doel van de onderneming is om een blijvende relatie te onderhouden tussen de klantsegmenten en de klantrelaties (Meer, 2014, p. 39). De zorgmedewerkers leveren een bijdrage aan de onderlinge communicatie met de klantrelaties, de cliënten en familie/mantelzorgers. Het doel van de onderneming is om door competentieontwikkeling kwalitatieve zorg te leveren vanuit het gezichtspunt van de cliënt, het zo lang mogelijk behouden van de eigen regie. De waarde voor de cliënt is het behouden van de eigen regie, zich gekend en gehoord voelen (Ostwalder A. , Pigneur, Bernarda & Smith, 2015). Een tweede klantrelatie is het multidisciplinair team, ook hier onderhouden de zorgmedewerkers de communicatie en vindt er onderlinge samenwerking plaats ten gunste van de cliënt en familie/mantelzorgers.

**Inkomstenstructuur ‘Profit’**

‘De Wlz is er voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben. Bijvoorbeeld ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking’ (Rijksoverheid, z.d.). De onderneming kan de kosten genereren middels de Wlz door zorg te leveren aan cliënten binnen de intramurale zorg van cliënten’ met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking’ (Rijksoverheid, z.d.). De onderneming als onderdeel van X kan gebruik maken van het opleidingsbudget dat is vastgesteld op 2% van de loonsom, zie paragraaf 10.6 (X, 2016).

**Benodigdheden**

Hierbij gaat het om middelen die een bijdrage leveren om waarde te bieden aan de klant (Meer, 2014, p. 40). Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg bestaat uit drie onderdelen, zie paragraaf 9.2. De middelen die nodig zijn om dit pakket te kunnen aanbieden zijn een scholingsprogramma communicatie, een competentiekaart van het team en een teamcoach voor het bevorderen van de onderlinge samenwerking en de samenwerking met het multidisciplinair team.

**Kernactiviteiten**

Bij de kernactiviteiten gaat het om welke activiteiten de onderneming moet uitvoeren voor het leveren van waarde aan de klantsegmenten (Meer, 2014, p. 40). Het complete pakket competentieontwikkeling somatisch zorg bestaat uit:

* Het faciliteren van het scholingstraject voor het bevorderen van de communicatieve vaardigheden in relatie met cliënt en familie.
* Het ontwikkelen van een competentiekaart in samenwerking met het team.
* Een teamcoach faciliteren voor het bevorderen van de onderlinge samenwerking en de samenwerking met behandelaren.

Na ontwikkeling van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg volgt de implementatie op afdeling Y.

**Partners**

De onderneming kan gebruik maken van partners om de kernactiviteiten te leveren (Meer, 2014, p. 40). De partners waarmee samengewerkt kan worden om de ondernemingsdoelstelling te kunnen behalen en te behouden zijn: X PO&O en X Kenniscentrum. De competentiekaart wordt onder leiding van de teammanager in samenwerking met de zorgmedewerkers van afdeling Y opgesteld. Bij het ontwikkelen van de competentiekaart kan de theorie over competentiemanagement, paragraaf 4.3, gebruikt worden (Christis, Moesker & Kersjes, 2013).

**Kostenstructuur**

De kosten betreffen de kosten die gemaakt worden voor het kunnen uitvoeren van het product van de onderneming (Meer, 2014, p. 40). Voor het uitvoeren van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg worden kosten gemaakt op het gebied van de ontwikkeling en de implementatie van het product.

## 10.2 Commercieel plan

In een commercieel plan is er onderzoek gedaan naar de behoefte in de markt voor het nieuwe product of idee. Dit geeft richting aan de commerciële beleidsvorming (Meer, 2014, p. 34).

Het product is tot stand gekomen aan de hand van een behoefteonderzoek middels focusgroepsbijeenkomsten in het team van afdeling Y. Aan de hand van de uitkomsten is het product ‘het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ bedacht en beschreven. Met het product wordt beoogd aan de behoefte van de klant uit de klantsegmentatie te voldoen, paragraaf 10.1. In de strategie, paragraaf 9.4, staat beschreven dat het product van de onderneming ‘het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ is en na ontwikkeling zal worden opgenomen in het standaard opleidingsbeleid van X bij afdeling PO&O van X (X, 2010). Het product ‘het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ kan via de reguliere werkwijze onder de aandacht gebracht worden van de teammanagers van somatische afdelingen van X (X, 2010). Tevens kan gebruik worden gemaakt van het communicatieplan, zie bijlage 17.

## 10.3 Communicatieplan

Het communicatieplan is opgesteld aan de hand van de module handleiding Corperate Communication van de opleiding Management in Zorg en Welzijn aan de Hogeschool Leiden (Rijcken, P, 2015). Het communicatieplan, voortkomend uit de opdracht van Corperate Communication, is de basis voor het businessplan en kan op eenzelfde wijze gebruikt worden voor de communicatie over de uitkomsten van het businessplan (Hofman, 2016). Het communicatieplan is bijgevoegd in bijlage 18.

## 10.4 Kwaliteit

Het doel van het complete pakket somatische zorg is dat zorgmedewerkers zich competent voelen in de uitvoering van hun beroep en op deze wijze een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. In de deskresearch zijn de medewerkerstevredenheid en de cliënttevredenheid geanalyseerd. De kwaliteit van dit product kan middels beide onderzoeken worden gemeten. Het effect van de scholing kan gemeten worden door het vergelijken van de toekomstige uitslagen met de uitkomsten van 2015 van het MTO (PWC, 2015) en CTO (Facit, 2015a). Aan de hand van de analyse van beide onderzoeken kan bijstelling van het product zo nodig plaatsvinden.

## 10.5 Financieel plan

Het complete pakket somatische zorg kan bekostigd worden vanuit het scholingsbudget. Dit is vastgesteld op 2% van de loonsom en bedraagt voor X € 1.035.638,- (X, 2016).

Het financieel plan wordt opgesteld voor het zorgteam van afdeling Y van het verpleeghuis. Het complete pakket somatische zorg brengt kosten met zich mee. De kosten worden beschreven voor de ontwikkeling en de uitvoering van het complete pakket somatische zorg op afdeling Y. Het gaat om een indicatie van de kosten.

**Productontwikkeling competentiekaart en scholing communicatie**

Voor twee onderdelen van ‘het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg’ is ontwikkeling nodig. Dit kan in de vorm van een projectgroep.

Voor de ontwikkeling van de competentiekaart voor afdeling Y wordt gebruik gemaakt van de werkwijze voor, door en met teammanagers welke is gehanteerd bij de ontwikkeling van de handleiding ‘competentie op teamniveau in de zorg’, (Christis, Moesker & Kersjes, 2013). De projectgroep wordt samengesteld door de teammanager. In de projectgroep zijn alle functies van het team vertegenwoordigd en het hoofd opleiding PO&O. Een inschatting van uren en kosten wordt in tabel 1 weergegeven. De teammanager is voorzitter van de projectgroep. De verantwoordelijkheid voor de competentiekaart ligt bij de teammanager en de verantwoordelijkheid voor de scholing communicatie bij het hoofd opleiding PO&O. Er vindt afstemming plaats tussen de teammanager en hoofd opleiding PO&O. De salarisschalen zijn berekend op de hoogste schaal, zodat met de maximale kosten rekening is gehouden. Het salaris is gebaseerd op de CAO VVT (Verzorging, Verpleging, Thuis en kraamzorg) (CNV Zorg & Welzijn, z.d.). Een specificatie van het salaris op basis van de maximale schaal is opgenomen in bijlage 19.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ontwikkeling competentie kaart en scholing communicatie | Projecturen | Vergaderuren | Totaal uren | Bruto Uurloon  | Totaal per projectgroepslid |
| Hoofd opleiding PO&O | 18 | 12 | 30 | € 24,30 | € 729,00 |
| Teammanager | 18 | 12 | 30 | € 24,30 | € 729,00 |
| Verpleegkundige | 6 | 6 | 12 | € 19,06 | € 228,72 |
| Eerst verantwoordelijke verzorgende | 6 | 6 | 12 | € 17,35 | € 208,20 |
| Verzorgende | 6 | 6 | 12 | € 16,13 | € 193,56 |
| Helpende | 6 | 6 | 12 | € 14,49 | € 173,88 |
| Gastvrouw | 6 | 6 | 12 | € 13,69 | € 164.28 |
|  |  |  |  |  |  |
| TOTAAL | **66** | **54** | **120** | **€ 129,32** | **€ 2262,36** |
|  |  |  |  |  |  |

Tabel 1 Ontwikkeling competentie kaart en scholing communicatie.

**Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg**

Het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg brengt kosten met zich mee. Na de ontwikkeling van de competentie kaart en de scholing communicatie volgt de implementatie. De kosten zijn per onderdeel van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg berekend en beschreven/weergegeven in tabel 2. Het salaris is gebaseerd op de CAO VVT (CNV Zorg & Welzijn, z.d.). Een specificatie van het salaris op basis van de maximale schaal is opgenomen in bijlage 19.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Compleet pakket competentieontwikkeling somatische zorg | Uren per scholing | Scholingsuren | Totaal uren  | Bruto uurloon | Totaal per onderdeel |
| Scholing communicatieve vaardigheden  | 3 x 3 = 9 uur | 30 x 9 uur | 270 uur | € 16,14 | € 4357,80 |
| Competentiekaart  | 1 uur | 30 uur | 30 uur | € 16,14 | € 484,20 |
| Teamontwikkeling zorgmedewerkers | 3 uur | 30 x 3 uur | 90 uur | € 16,14 | € 1452,60 |
| Multidisciplinaire medewerkers |  | 7 x 3 uur | 21 uur | € 27,70 | € 581,70 |
| Subtotaal |  |  | **411 uur** |  | **€ 6876,30** |
| Communicatieplan, tabel 10 in bijlage 17 |  |  |  |  | € 899,19 |
| Subtotaal |  |  |  |  | **€ 899,19** |
| Totaal uren |  |  | **390 uur** |  |  |
| Totale personeelskosten |  |  |  |  | **€ 7775,49** |

Tabel 2 Begroting compleet pakket competentieontwikkeling somatische zorg.

**Totale kosten**

De ontwikkeling en de implementatie van het complete pakket competentieontwikkeling somatische zorg brengen in totaal **€ 10037,85** met zich mee. Er dient rekening gehouden te worden met kosten van vervanging van de betrokken medewerkers tijdens scholingsuren, daar het scholing betreft van personeel van één afdeling. Deze kosten zijn een inschatting, daar mogelijk niet alle uren vervangen hoeven te worden. Dit geldt ook voor de projecturen voor het ontwikkelen van de competentiekaart. Het betreft eenzelfde bedrag als de ontwikkeling en implementatie van het complete pakket communicatieontwikkeling somatische zorg, namelijk: € 10037,85 verminderd met de kosten voor communicatie € 899,19 = **€ 9222,81**. De totale kosten van het businessplan ‘het complete pakket communicatieontwikkeling somatische zorg’, komt hiermee op **€ 19260,66**. De kosten voor een docent voor de scholing communicatie en voor de teamcoach zijn niet opgenomen. Deze kosten zijn afhankelijk van het aantal scholingen dat zal gaan plaatsvinden en het salaris van de docent en teamcoach. Dit besluit is nog niet genomen.

## 10.6 Haalbaarheid van het businessplan

Een kritische beschouwing op het businessplan gezien vanuit de ondernemer. Het slagen van het product is voor een groot deel afhankelijk van de mogelijkheden van de individuele medewerker om competenties te kunnen ontwikkelen, dit is ook afhankelijk van het opleidingsniveau. Vanuit de deskresearch van SPP blijkt dat er zeven medewerkers zijn die hun grenzen in ontwikkeling hebben bereikt, er 14 medewerkers mogelijkheden hebben tot groei in functie en acht promotabel zijn op lange termijn, zie tabel loopbaan tabel 4, pagina 77. Uit het SPP blijkt dat in totaal 22 zorgmedewerkers in staat zijn om zich te kunnen ontwikkelen op nieuwe competenties. Voor zeven medewerkers wordt aangegeven dat zij hun grenzen hebben bereikt, deze groep is een risico binnen dit project. Indien blijkt dat deze groep medewerkers niet mee kunnen met de veranderingen en niet kunnen voldoen aan de het leveren van kwaliteit van zorg aan de cliënten zal met deze medewerkers gekeken moeten worden naar andere mogelijkheden voor uitvoering van hun functie. Er is een risico aanwezig dat X afscheid wil gaan nemen van deze medewerkers. Het project heeft hierdoor consequenties voor de medewerkers en voor de organisatie. Het is van belang dat X dit zorgvuldig begeleid. De inschatting is dat het op organisatieprocessen niet veel invloed zal hebben omdat deze leidend zullen zijn in de ontwikkeling van het product. Indien blijkt dat in bijvoorbeeld het zorgproces een verandering noodzakelijk is kan er een verzoek ingediend worden voor aanpassing bij de verantwoordelijke proceseigenaar. Een ander risico is dat het product ‘het complete pakket communicatieontwikkeling somatische zorg’ te veel kosten met zich meebrengt waardoor het businessplan niet ten uitvoer gebracht zal worden.

## Literatuurlijst

Actiz. (2014). *Eigen regie een sociaal begrip. Sleutel in de transitie naar echte participatie*. *Position paper eigen regie*. Opgevraagd op 6 december 2015 van https://www.actiz.nl/stream/position-paper-eigen-regie

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek.* *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Bakker, K. & Ebenau, E. (2015). *Rijksoverheid Vooronderzoek Financiële Gevolgen van de Hervorming Langdurige Zorg voor Langdurig Zorggebruikers.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistek. Opgevraagd op 12 december 2015 van https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/martin-van-rijn/documenten/rapporten/2015/12/03/vooronderzoek-financiele-gevolgen-van-de-hervorming-langdurige-zorg-voor-langdurig-zorggebruikers

Boonstra, J. (2014). *Leiders in cultuurverandering.* Assen: Van Gorcum.

Boonstra, J. (2015). *Strategische vernieuwing*. Opgevraagd op 28 december 2015 van http://www.jaapboonstra.nl/methodieken/strategische-vernieuwing/

Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)*.* (2015). *Taakvolwassenheid van medewerkers*. Opgevraagd op 29 december 2015 van http://www.btsg.nl/infobulletin/taakvolwassenheid.html

Caluwé, L. & Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen.* Deventer: Kluwer.

Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO). (2004). *Handleiding focusgroepen/Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.* Opgevraagd op 11 december 2015 van http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2014, 6 november). *Gezondheid en zorg in cijfers 2014.* Opgevraagd van http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2014/2014-c156-pub.htm

CBS. (2015, 18 december). *CBS: Tot 2040 verdubbelt het aantal alleenwonende tachtigplussers.* Opgevraagd van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/tot-2040-verdubbelt-het-aantal-alleenwonende-tachtigplussers-2016-2060.htm

CBS. (2016, 29 maart). *Resterende (gezonde) levensverwachting.* Opgevraagd van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/extra/resterende-gezonde-levensverwachting.htm

Centrum indicatiestelling zorg. (CIZ). (z.d.). *De regels zijn gelijk, toch is iedereen anders*. Opgevraagd op 15 januari 2016 van https://www.ciz.nl/zorg-uit-wlz/wlz-wegwijzer/Paginas/default.aspx

CIZ. (2015a, 12 oktober). *Verlengingsbrief Wlz-overgangsrecht verandert niets aan de wijze waarop u uw zorg ontvangt.* Opgevraagd van https://www.ciz.nl/actueel/Paginas/Verlengingsbrief-Wlz-overgangsrecht-verandert-niets-aan-de-wijze-waarop-u-uw-zorg-ontvangt

CIZ. (2015b). *Indicatiestelling voor de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 versie 13 juni 2015.* Opgevraagd op 8 januari 2016 van https://www.ciz.nl/actueel/Documents/Indicatiestelling%20subsidieregeling%20eerstelijnsverblijf%202015%20externCIZ%2020150613.pdf#search=kort%20verblijf%20opname

Christis, J., Moesker, H. & Kersjes, R. (2013). *Competentieontwikkeling op teamniveau voor de zorg.* Groningen: Hanzehogeschool Groningen, Kenniscentrum Arbeid. Opgevraagd van https://hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:17053

CNV Zorg & Welzijn. (z.d.). *CAO VVT 2014-2016.* Opgevraagd op 16 januari 2016 van https://www.mijnvakbond.nl/VVT

De Baas Coaching & Advisering. (z.d.). *Competentieontwikkeling.* Opgevraagd op 2 maart 2016 van http://www.debaascoachingenadvisering.nl/web\_content.php?nr=25

Deming, W. (2000). *Out of the crisis.* Cambridge: MIT Press.

Facit. (2015). *Rapportage CQ-index VV&T interviews met bewoners .* Velsen-Noord: Facit.

Facit. (2015a). *Rapportage CQ-index VV&T interviews met bewoners het verpleeghuis.* Velsen-Noord: Facit.

Facit. (2015b). *Facit CQI Dashboard VVT SOM van het verpleeghuis '15 - Excel.* Velsen-Noord: Facit.

Glossarium Kwaliteit van Zorg. (z.d.). *Eigen regie*. Opgevraagd van 22 januari 2016 http://glossarium.zorginstituutnederland.nl/Eigen\_regie.html

Haak, P. v.d. (z.d.). *Ontwikkel je talent, organiseer je zwaktes*. Opgevraagd op 13 januari 2016 van https://talentontwikkeling.com/actueel/weblog/leiderschap/211-3/159-hoe-zorg-je-ervoor-dat-talenten-zich-ontwikkelen

HKZ NEN. (z.d.). *HKZ: basis voor beter*. Opgevraagd op 13 januari 2016 van HKZ NEN: http://www.hkz.nl/

Hofman, B. (2015). MZ 80 Ondernemen. Leiden: Hogeschool Leiden.

Hofman, B. (2016). Communicatieplan Onderzoek Competentieontwikkeling. Leiden: Hogeschool Leiden

In voor zorg. (2014, 18 december). *De langdurende zorg in 2020: trends zorgmedewerker*. Opgevraagd van http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-de-langdurende-zorg-in-2020-trends-zorgmedewerker.html

In voor Zorg. (2015, 18 juni). *De langdurende zorg in 2020: trends cliënten*. Opgevraagd van http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-de-langdurende-zorg-in-2020-trends-clienten.html

Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). (z.d.). *James McCelland*. Opgevraagd op 29 december 2015 van https://www.knaw.nl/nl/prijzen/laureaten/heinekenprijs-voor-de-cognitiewetenschap/james-mcclelland

Kotter, J.P. (2001). *What Leaders Really Do. Harvard Business Review, 3-11.* Opgevraagd op 2 januari 2016 van https://www.regonline.com/custImages/250000/250761/5%20Articles%20and%20YB%20Profile%20for%20Reading-SLDP.pdf

Laheij, J. & Heuvel, H. v. (1999). *Veranderingen in leidinggeven in de zorg: naar fasciliterend en coachend leidingschap.* In J. Pool & H. Dijk van, *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg deel 3.* Houten, Diegem: Bohn Stafleu van Lochem.

Looff, E. d. (2013). *Blog 4: Laatste blog in Nederland [blog].* Opgevraagd op 27 september 2015 van http://www.tudelft.nl/en/study/undergraduates-bachelors/undergraduate-programmes/systems-engineering-policy-analysis-management/studentenervaringen/studentenblogs/blog-erwin-de-looff/blog-4-laatste-blog-in-nederland/

Meer, P. v. (2014). *Ondernemerschap in hoofdlijnen.* Groningen/Houten: Noordhoff UItgevers bv.

Melissen, H. & Mulken, T. v. (2009). *Verbindend Leiderschap Niet buiten de orde staan.* *Tijdschrift voor Coaching, 4,* *39-41*. Opgevraagd van http://www.harrieaardema.nl/aardema%202009%20verbindend%20leiderschap%20interview%20tvc.pdf

Michels, W. (2013). *Communicatie Handboek.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Monitor Langdurige Zorg*. *Productieafspraken.* Opgevraagd op 21 oktober 2015 van http://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/productieafspraken

Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren.* Amsterdam: Pearson Benelux bv.

Oijen, J. v. (2015). Modulehandleiding Afstudeeropdracht Businessplan MZ85-15. Leiden: Hogeschool Leiden.

Ostwalder, A. & Pigneur, Y. (2010). *Business model gerneration: a handbook for visonaries, game changers, and challengers.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Ostwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G. & Smith, A. (2015). *Waarde Propositie Ontwerp.* Deventer: Vakmedianet.

PAK Organisatie Ontwikkeling. (z.d.). V*erandermanagement*. Opgevraagd op 3 december 2016 van http://communicatietraining.nl/inspiratie/verandermanagement-in-kleuren/

Pol, S. (2016). *Aangepast KDO beleid.* Leiden: X .

Pool, J. & Dijk, H. v. (1999). *Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven in de zorg. In J. Pool, & J. Dijk, Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg deel 3 (pp. 1-11*). Houten, Diegem: Bohn Stafleu van Lochem.

PWC. (2015). *Benchmark in de Zorg 2015 MijnInterneBenchmark medewerkers X .* Den Haag: PWC.

Raad van Bestuur (RvB) X . (2016). *Jaarplan X 2016. Borgen van kwaliteit en doorgaan met innoveren.* Leiden: X .

RAET. (z.d.). *RAET HR Benchmark 2016: Talentmanagement: leiderschap gevraagd. Talentmanagement door de ogen van medewerkers, HR-managers en bestuurders.*

Opgevraagd op 14 januari 2016 van <http://www5.youforce.com/e/19132/ksrapport-talentmanagement-pdf/8yq4xg/1028544970>

Rijcken, P. (2015). Modulehandleiding Corporate Communicatie MZ 85. Leiden: Hogeschool Leiden.

Rijksoverheid. (z.d.). *Zorg in een zorginstelling*. *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Opgevraagd op 21 oktober 2015 van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz

Schoot, T., Proot, I. & Witte, L. d. (2006). *Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg. De ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. Verpleegkunde, 21(3), 175-185*. Opgevraagd van https://www.researchgate.net/publication/233814457\_Zelfbeoordeling\_van\_competenties\_voor\_vraaggerichte\_zorg\_in\_de\_thuiszorg\_De\_ontwikkeling\_van\_de\_Zorg\_in\_dialoog\_Competentie\_Schaal

Schop, G. (z.d.). *SWOT-analyse*. Opgevraagd op 19 januari 2016 van http://www.gertjanschop.com/modellen/swot\_analyse.html

Schut, M. (2015). Modulehandleiding MZ 80 Ondernemerschap. Leiden: Hogeschool Leiden.

Screeningstest ondernemingszin. (z.d. a). *Screeningstes ondernemingszin.* Opgevraagd op 3 december, 2016 van http://ondernemingszin.ugent.be/

Screeningstest ondernemingszin. (z.d. b). *Voorbeeldrapport screeningstest ondernemingszin*. Opgevraagd op 12 april 2016, van http://ondernemingszin.ugent.be/Voorbeeldrapport.htm

X . (2010). *Strategisch opleidings- en ontwikkelingsbeleid*. Leiden: X .

X . (2011). *Procedure zorg voor de intramurale cliënt*. Leiden X .

X . (2012). *Stralen met Topzorg:* *Strategienota 2013-2015*. Leiden: X .

X . (2013). *Stralend Bekend: Marketingplan X 2013-2015*. Leiden: X .

X . (2014a). X Academie. *X Academie Wat wil jij leren?* Leiden: X .

X . (2014b). *Richtlijnen voor opname en doorplaatsing van cliënten*. Leiden: X .

X . (2014c). *Beleid Strategische Personeelsplanning: ‘Failing to plan is planning to fail’.* Leiden: X .

X . (2014d). *Handleiding Strategische Personeelsplanning*. Leiden: X .

X . (2015). *Plan van aanpak Huisvesting / Logistiek en Zorg voor afdeling Somatiek Y van het verpleeghuis*. Leiden: X .

X . (2016). *OR-62 bijlage Opleidingsjaarplan 12 nov 2015*. Leiden: X .

X . (2015a). *Over X* . Opgevraagd op 21 oktober 2015 van http://www.X .nl/meta/over-X

X . (2015b). *Ons aanbod*. Opgevraagd op 12 januari 2016 van https://X .nl/ons-aanbod/#revalidatie

X . (2015c). *Leren & Werken bij X* . Opgevraagd op 21 oktober, 2015 van https://werkenbijX .nl/leren-werken/

X . (2015d). *Vrijwilligerswerk bij X* . Opgevraagd op 21 oktober 2015 van https://werkenbijX .nl/vrijwilligers/

X . (2015e). *het verpleeghuis zorgdiensten*. Opgevraagd op 21 oktober 2015 van https://X .nl/in-de-buurt/locaties/X /zorgdiensten/#ontmoetingscentra

X . (2015f). *Zorg regelen*. Opgevraagd op 21 oktober 2015 van X : https://X .nl/zorg-regelen/

X . (z.d.). *Welkom!* Opgevraagd op 12 april 2016 van http://X web/

Van Dale Uitgevers. (2016). *Van Dale*. *Betekenis 'slogan'*. Opgevraagd op 10 april 2016 van http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=slogan&lang=nn#.Vwq6-miLShc

Velsen, T. v. & Gloudemans, M. (2005). *Competentiemanagement als noodzaak voor veranderingen in de Zorg.* Opgevraagd op 29 december 2015, van http://www.managementkennisbank.nl/nl/zorg-verandermanagement/competentiemanagement-personeelsplanning-zorg/noodzaak-competentiemanagement-zorg

Vereniging van Huntington. (2016). *Nieuws van de Huntington expertise-en zorgcentra*. Opgevraagd op 16 januari 2016 van http://www.huntington.nl/nieuws/nieuws-van-de-huntington-expertise-en-zorgcentra

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek.* *Praktijkboek methoden en technieken in het hoger onderwijs.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Weihrich, H. (1982). *The Tows Matrix, a tool for Situational Analysis.* San Francisco: Long Range Planning 15:2.

Zorgkaart Nederland Patiëntenfederatie (NPCF). (2015a). *8 verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Leiden*. Opgevraagd op december 22, 2015, van https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis/leiden?soortzorg%5B0%5D=Langdurig+verblijf&order=waardering&direction=desc

Zorgkaart Nederland Patiëntenfederatie (NPCF). (2015b). *3 verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Leiderdorp*. Opgevraagd op 22 december 2015 van https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis/leiderdorp

Zorgkaart Nederland Patiëntenfederatie (NPCF). (2015c). *1 verpleeghuis en verzorgingshuis in Oegstgeest*. Opgevraagd op 22 december 2015 van https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis/oegstgeest?soortzorg%5B0%5D=Langdurig+verblijf

Zorgkaart Nederland Patiëntenfederatie (NPCF). (2015d). *1 verpleeghuis en verzorgingshuis in Wassenaar*. Opgevraagd op 22 december 2015 van

https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis/wassenaar?soortzorg%5B0%5D=Langdurig+verblijf

## Afkortingenlijst

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

BIG-wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

CAO VVT CAO voor Verzorging, Verpleging, Thuis en kraamzorg

CBO Centraal BegeleidingsOrgaan

CBS Centraal Bureau voor de Statistiek

CIZ Centrum indicatiestelling zorg

CTO cliënttevredenheidsonderzoek

EVV eerst verantwoordelijke verzorgende

GV/GH gastvrouwen/heren

HKZ Harmonisatie Kwaliteitseisen Zorginstellingen

HP helpende(n)

HR-managers Human Resourch managers

K=I.EVA K=kennis; I=informatie; E=ervaring; V=vaardigheid; A=attitude

KDO Kortdurende opvang

KNAW Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen

MDO multidisciplinair overleg

MTO medewerkerstevredenheidsonderzoek

PDCA Plan, Do, Check, Act

PDP parallel distributed processing

pgb persoonsgebonden budget

PG+ psychogeriatrische cliënten met een psychische aandoening

PG psychogeriatrische cliënten

PO&O Personeel, Organisatie & Opleiding

RvB Raad van Bestuur

SG sociale geriatrie

SOG specialist ouderengeneeskunde

SPP strategische personeelsplanning

SVB Sociale Verzekeringsbank

SWOT Strenght, Weakness, Opportunity, Threat

VPK verpleegkundige

V&V Verzorging en Verpleging

Wlz Wet langdurige Zorg

ZZP zorgzwaartepakket

VZ verzorgenden, in de wet BIG als verzorgende individuele gezondheid (IG)

Zvw Zorgverzekeringswet

Wlz Wet langdurige zorg

Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning