



TEAM: Together Everyone Achieves More

Een praktijkgericht onderzoek naar
verpleegkundig geleide thuiszorg

HZ University of Applied Sciences
Opleiding bachelor verpleegkunde

Kristel Mangelaars

17-01-2019

'Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.'

TEAM: Together Everyone Achieves More

Een praktijkgericht onderzoek naar verpleegkundig geleide thuiszorg

School: HZ University of Applied Sciences

Academie: Zorg & welzijn

Opleiding: Bachelor verpleegkunde

Studiejaar: 2018-2019

Cursus: Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek II

Cursusnummer: CU09322

Eerste begeleider: Adriënne Joosen-Schrauwen

Tweede begeleider: Thérèse Jansen

Student: Kristel Mangelaars

Studentnummer: 00068349

Peergroup: Yanick Remorie

Alberdien van de Velde

Plaats: Colijnsplaat

Datum: 17-01-2019

Voorwoord

Voor u ligt het praktijkgericht onderzoeksverslag 'Together Everyone Achieves More (TEAM)'. Dit verslag is onderdeel van het praktijkgericht afstudeeronderzoek voor het hoger beroepsonderwijs (hbo), van de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool Zeeland (HZ) University of Applied Sciences.

Het onderwerp van dit onderzoek is verpleegkundig geleide zorg. Onderzocht werd wat verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg als succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg zien. Het onderwerp is aangedragen door het Lectoraat Healthy Region. Zij doen een overkoepelend onderzoek voor implementatie van verpleegkundig geleide zorg in andere Europese landen. Voor dit onderzoek werd een meetinstrument beschikbaar gesteld die gevalideerd kan worden met behulp van een content validity index (cvi).

Een woord van dank gaat uit naar mijn peergroup. Alberdien van de Velde en Yanick Remorie hebben geholpen met feedback en bij vragen om tot dit praktijkgericht onderzoeksverslag te komen. Mijn vriend Marvin heeft mij gedurende het hele onderzoek gesteund en met raad en daad bijgestaan. Mijn broer Edo heeft geholpen om het onderzoeksverslag te controleren op Nederlandse spelling. Ook gaat een woord van dank uit naar de beoordelaars Adriënne Joosen-Schrauwen en Thérèse Jansen voor hun begeleiding. De manier waarop zij mij hebben begeleid bij het praktijkgericht onderzoek was heel prettig. Tot slot gaat een woord van dank uit naar Nicolette de Klerk-Jolink van het Lectoraat Healthy Region voor het beschikbaar stellen van het onderwerp, delen van hun onderzoek en de topiclijst voor de cvi.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Kristel Mangelaars

Colijnsplaat, 3 januari 2019

Samenvatting

Inleiding: Bij verpleegkundig geleide zorg werken zorgverleners samen op buurniveau in een zelfsturend team, zonder tussenkomst van management. Steeds meer thuiszorgorganisaties in binnen- en buitenland implementeren verpleegkundig geleide zorg. Voor implementatie is het van belang om te onderzoeken welke factoren hebben geleid tot het succes van verpleegkundig geleide zorg en welke factoren een belemmering kunnen vormen. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland.

Methode: Dit praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd door middel van een content validity index (cvi). In een cvi worden opgestelde topics ter beoordeling voorgelegd aan experts, om de topiclijst op inhoud te valideren. De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland. In september en oktober 2018 hebben zorgverleners uit zeven teams de enquête op papier ingevuld. Zij beoordeelden de topiclijst op de mate van relevantie en duidelijkheid. Hieruit kon de cvi berekend worden. Een topic is voldoende relevant of duidelijk bij een cvi tussen de 0,78 en 1,00. De data-analyse en -verwerking zijn uitgevoerd in het programma Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) en Microsoft Excel.

Resultaten: De onderzoekspopulatie bestond uit 31 respondenten. Alle topics zijn door de respondenten als relevant beoordeeld. Eén topic scoorde op de mate van duidelijkheid onder de minimale grens, waarbij dit topic als niet duidelijk beoordeeld is. De totale topiclijst behaalde een gemiddelde cvi van 0,95 op duidelijkheid en relevantie.

Conclusie: De topiclijst is aangepast aan de hand van de resultaten. De aangepaste topiclijst geeft een relevante weergave van succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg, volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland.

Aanbevelingen: Voor de praktijk is het van belang dat implementatie van alle succesfactoren mogelijk gemaakt is, voordat wordt gestart met implementatie van verpleegkundig geleide zorg. Ook moeten doeltreffende maatregelen worden onderzocht om te voorkomen dat de belemmerende factoren een succesvolle implementatie belemmeren. Voor de opleiding wordt voorgesteld dat wanneer een afwijkende vorm van onderzoeksmethode gebruikt wordt, per methode wordt bekeken hoe dit het beste vormgegeven kan worden binnen de cursus. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om de aangepaste topiclijst opnieuw te toetsen in een nieuwe beoordelingsronde. Op deze manier kan de topiclijst inhoudsgevalideerd worden.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	10
1. Theoretisch kader.....	14
1.1 Zoekstrategie.....	14
1.2 Theoretische onderbouwing.....	17
1.2.1 Buurtzorgmodel.....	17
1.2.2 Verpleegkundig geleide zorg.....	17
1.2.3 Beleid en organisatie.....	18
1.2.4 Onderwijs en verpleegkundige kennis.....	20
1.2.5 Financieel model.....	22
1.2.6 Methoden.....	23
1.2.7 Wet- en regelgeving.....	24
1.3 Samenvatting.....	25
2. Methode.....	26
2.1 Onderzoekstype en -ontwerp.....	26
2.2 Onderzoekspopulatie.....	26
2.3 Plaats en tijdsplanning.....	27
2.3 Meetinstrument en operationalisatie.....	27
2.4 Dataverzameling.....	35
2.5 Data-analyse.....	35
2.6 Betrouwbaarheid.....	36
2.7 Validiteit.....	37
2.8 Wijze van rapportage.....	38
2.9 Juridische en ethische aspecten.....	38
3. Resultaten.....	40
3.1 Respondentkenmerken.....	40
3.2 Beleid en organisatie.....	41
3.3 Onderwijs en verpleegkundige kennis.....	41
3.4 Financieel model.....	42
3.5 Methoden.....	42
3.6 Wet- en regelgeving.....	43
3.7 S-cvi.....	45
3.7 Verdere opmerkingen.....	45

4. Discussie	48
4.1 Interpretatie en verklaring van de resultaten	48
4.1 Sterke en zwakke kanten.....	49
5. Conclusie en aanbevelingen	52
5.1 Conclusie	52
5.2 Aanbevelingen.....	52
5.2.1 Voor de praktijk	53
5.2.2 Voor de opleiding	54
5.2.3 Voor vervolgonderzoek	54
Bronnenlijst	56
Bijlage 1: Enquête met inleidende brief	60
Bijlage 2: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek.....	68
Bijlage 3: Codeboek SPSS.....	70
Bijlage 4: Aangepaste topiclijst	72
Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322).....	74

Inleiding

Ouderen in Nederland vormen relatief een steeds groter aandeel van de Nederlandse bevolking. De gemiddelde levensverwachting wordt hoger. Deze factoren samen wordt dubbele vergrijzing genoemd (NIVEL, 2014). Het aantal 65-plussers was in eind 2016 meer dan 3,1 miljoen, waarvan ruim 0,7 miljoen Nederlanders een leeftijd van 80 jaar en ouder hadden. De prognose is dat dit aantal de komende jaren zal stijgen (CBS, 2018). In 2025 worden meer dan 1,2 miljoen 80-plussers verwacht (Actiz, 2017).

Door de toename van het aantal ouderen in Nederland, neemt ook de zorgvraag toe. In 2016 woonden zes op de zeven ouderen thuis. Hiervan had veertien procent huishoudelijke ondersteuning of wijkverpleging. Ongeveer 270.000 ouderen verkregen wijkverpleging. De verwachting is dat het aantal ouderen in de wijkverpleging in 2025 zal toenemen tot ongeveer 350.000 ouderen (Actiz, 2017).

In 2016 werd 96 miljard euro uitgegeven aan zorg. De zorgkosten van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz), waar onder andere wijkverpleging van wordt betaald, bedroeg bijna 60 miljard euro (CBS, 2017). Thuiszorgorganisaties dienen steeds efficiënter te werken om aan de hoge zorgvraag te voldoen en om de zorgkosten zo min mogelijk te laten stijgen (NIVEL, 2014).

Het geven van zorg komt steeds meer in het teken te staan van financiële kaders, terwijl zorgverleners vinden dat de belangen en behoeften van de cliënt centraal moeten staan (Buurtzorg, z.d.-b). Om zorgkosten te verlagen worden bij veel thuiszorgorganisaties verpleegkundigen ingezet voor taken die hun expertise behoeven en verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) of helpenden ingezet voor algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Hierdoor komen verschillende zorgverleners op verschillende tijdstippen, wat leidt tot een verminderde continuïteit van zorg (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015). Zorgverleners vinden dat de verschillende hervormingen om tot lagere zorgkosten te komen ervoor zorgen dat de relatie met cliënten wordt ondermijnd (Buurtzorg, z.d.-b).

In 2006 is een nieuwe thuiszorgorganisatie genaamd Buurtzorg opgestart. Deze organisatie heeft een vernieuwde visie op zorg en wijze van management. In het zogenaamde Buurtzorgmodel werken zorgprofessionals op buurtniveau in zelfsturende teams. Ieder aspect van de zorg en organisatie wordt zoveel mogelijk geregeld door de teams zelf en zo min mogelijk door ondersteunend personeel. Deze vorm van wijkverpleging wordt verpleegkundig geleide zorg genoemd (Monsen & De Blok, 2013).

Verpleegkundig geleide zorg wordt ingericht volgens de belangen en behoeften van de cliënt. Door verpleegkundigen ook voor ADL in te zetten, hoeven minder zorgverleners per dag bij één cliënt te komen en ontstaat een betere continuïteit van zorg (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015). De focus van het verpleegplan ligt op de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van de cliënt. Hierdoor kan het aantal zorguren worden teruggebracht. Het geven van verpleegkundig geleide zorg leidt tot het geven van zorg op maat. Dit resulteert in een hogere cliënttevredenheid en hogere kwaliteit van zorg (Nijhof, 2013).

Verpleegkundig geleide zorg heeft relatief minder ondersteunend personeel nodig, waardoor zorgkosten teruggedrongen kunnen worden. Zorgverleners waarderen de professionele autonomie dankzij de niet-hiërarchische structuur. Zelfsturende organisaties scoren bovengemiddeld op personeelstevredenheid (Royal College of Nursing, 2016).

Verpleegkundig geleide zorg blijkt succesvol. Buurtzorg is gegroeid tot een organisatie met meer dan 850 teams (Buurtzorg, z.d.-a). Veel thuiszorgorganisaties nemen delen van het Buurtzorgmodel over. Het invoeren van zelfsturende teams wordt als een trend gezien. Bijna alle thuiszorgorganisaties in Nederland overwegen het invoeren van verpleegkundig geleide zorg (De Graaf, 2015).

Voor het implementeren van verpleegkundig geleide zorg is het van belang om te onderzoeken welke factoren hebben geleid tot het succes hiervan. Ook is het belangrijk om eventuele belemmeringen van verpleegkundig geleide zorg in kaart te brengen. Hier kan dan rekening mee worden gehouden bij implementatie van dit model bij andere thuiszorgorganisaties (De Klerk-Jolink, persoonlijke communicatie, 12 februari 2018).

Vanuit een literatuurreview van het Lectoraat Healthy Region (2018) is een topiclijst ontwikkeld waarvan gedacht werd dat deze de succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg in kaart bracht. Om te achterhalen of de topics relevant en duidelijk waren en om een inhoudsgevalideerde topiclijst te verkrijgen, kan gebruik worden gemaakt van een zogenaamde content validity index (cvi). Wat een cvi inhoudt, wordt toegelicht bij de methodiek van het onderzoek. In dit onderzoek is een cvi uitgevoerd onder verpleegkundigen en verzorgenden die werken in een organisatie met verpleegkundig geleide zorg. Zij beoordelen de topics op relevantie en duidelijkheid. De topiclijst is op de uitkomsten van de cvi aangepast en kan in een nieuwe beoordelingsronde getest worden om tot een inhoudsgevalideerde topiclijst te komen. De aangepaste topiclijst kan gebruikt worden in een vervolg- of verwant onderzoek om in kaart te brengen wat succes- en belemmerende factoren zijn van verpleegkundig geleide zorg volgens zorgverleners die op deze manier werken (De Klerk-Jolink, persoonlijke communicatie, 12 februari 2018).

Doelstelling en probleemstelling

Uit de probleemanalyse zijn een doelstelling en onderzoeksvraag naar voren gekomen.

Doelstelling: Inzicht krijgen in succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland.

Onderzoeksvraag: Wat zijn succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland?

Verpleegkundige relevantie

De relevantie van dit onderzoek voor het verpleegkundig beroep is geschreven aan de hand van het meest recente competentieprofiel voor bachelor verpleegkundigen. Voor hbo-verpleegkundigen die vanaf 2020 afstuderen zijn zeven competenties opgesteld aan de hand van het internationaal bekende en geaccepteerde CanMEDS-model (ZonMw, 2015).

Alle competenties zijn cruciaal om goed te kunnen functioneren als zelfsturend team. Bij verpleegkundig geleide zorg is de rol van *zorgverlener* het uitgangspunt. Hierbij staan de behoeften en belangen van de cliënt centraal. Als *gezondheidsbevorderaar* wordt gewerkt aan preventie. Bij verpleegkundig geleide zorg wordt hier waar mogelijk al vanaf de eerste dag van zorg mee begonnen. Zelfmanagement en zelfredzaamheid zijn belangrijk om de cliënt en zijn of haar omgeving in korte tijd zo veel mogelijk zelf te laten doen en zorguren en -kosten te reduceren (ZonMw, 2015).

Ieder teamlid dient een *reflectieve Evidence Based Practice (EBP) professional* te zijn en is sterk verantwoordelijk voor de professionaliteit en kwaliteit van zorg. De teamleden dienen te reflecteren op het eigen handelen, het handelen van de teamleden en het team als geheel. Belangrijk is het ontwikkelen van een beroepsgerichte houding en het bijhouden van vakinhoudelijke kennis en verpleegkundige vaardigheden. Kennis en wetenschap zijn bij verpleegkundig geleide zorg niet alleen belangrijk bij vakinhoudelijk handelen, maar bij alle aspecten rondom de zorg. Genoeg kennis over onder andere financiële aspecten, wet- en regelgeving en informatie- en communicatietechnologie (ICT)-faciliteiten zijn van belang. Dit samen maakt zorgverleners een betere *professional en kwaliteitsbevorderaar*. Management en ondersteunend personeel zijn dan in mindere mate nodig (ZonMw, 2015).

In een zelfsturend team zijn de teamleden *samenwerkingspartners*. Een zelfsturend team moet meer dan gemiddeld samenwerken. Alle aspecten rondom de zorg worden georganiseerd door het team zelf, zonder tussenkomst van management en ondersteunend personeel. Door multidisciplinaire samenwerking tussen onder andere fysiotherapeuten, ergotherapeuten en huisartsen kan de cliënt de ondersteuning krijgen die nodig is (ZonMw, 2015).

Voor een goede samenwerking is het als *communicator* van belang een methodische aanpak van communicatie te beheersen. Communicatie met de cliënt, met naasten van de cliënt, tussen verpleegkundigen en verzorgenden onderling en met andere (zorggerelateerde) bedrijven of organisaties in de gemeenschap is van belang om goede zorg te bieden (ZonMw, 2015).

Ieder teamlid kan eigen kwaliteiten gebruiken om een taak of rol binnen het team op te vullen. Op die manier kan een team samen alle aspecten rond een zelfsturend team organiseren. De rol *organisator* is van groot belang. Elk team is een organisatie op zich en heeft alle competenties nodig om de zorg goed te kunnen regisseren. (ZonMw, 2015).

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt de probleemanalyse uitgediept in de literatuur. Het theoretisch kader bestaat uit een zoekstrategie en een theoretische onderbouwing. Aan het einde van dit hoofdstuk is een samenvatting van het theoretisch kader te vinden. Het tweede hoofdstuk omschrijft de methode van het onderzoek met het onderzoekstype en -ontwerp. Het gebruikte meetinstrument wordt geoperationaliseerd en weergegeven. De manier van dataverzameling en -analyse wordt besproken. Ook de betrouwbaarheid en validiteit worden uitgelicht. Tot slot worden juridische en ethische aspecten behandeld. In de resultaten in hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de cvi die in relatie staan met de onderzoeksvraag weergegeven. In hoofdstuk 4 worden in de discussie de uitkomsten van de cvi door de onderzoeker vergeleken met de uitkomsten uit de theoretische onderbouwing. De sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd. In de conclusie wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Hierna worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de opleiding en vervolgonderzoek in hoofdstuk 5. Tot slot zijn enkele bijlagen toegevoegd.

1. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden centrale begrippen vanuit de onderzoeksvraag nader uitgediept. Door middel van een zoekplan is systematisch naar bronnen omtrent het onderwerp gezocht. Hieruit leidt de theoretische onderbouwing en tot slot een samenvatting.

1.1 Zoekstrategie

Het onderwerp van dit onderzoek is verpleegkundig geleide zorg. Wat onderzocht is, zijn de succes- en belemmerende factoren hiervan. Om dit te onderzoeken werd gebruik gemaakt van een content validity index (cvi). Een literatuuronderzoek werd gedaan om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Voor de theoretische onderbouwing zijn zoekvragen opgesteld om gericht te zoeken naar relevante bronnen.

De zoekvragen zijn:

- Wat is het Buurtzorgmodel?
- Wat is verpleegkundig geleide zorg?
- Wat zijn succesfactoren van verpleegkundig geleide zorg?
- Wat zijn belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg?

Uit de zoekvragen zijn zoekwoorden en synoniemen daarvan naar voren gekomen, deze staan vermeld in tabel 1.

Tabel 1

Zoekwoorden

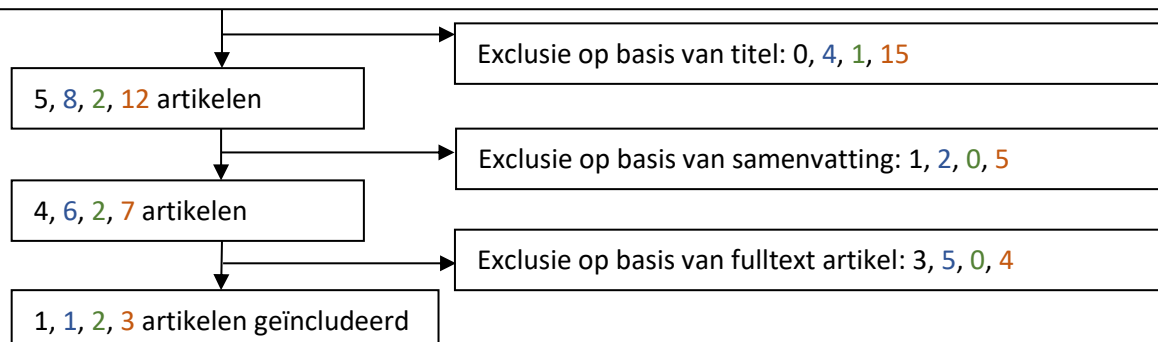
Nederlandse zoekwoorden	Engelse zoekwoorden
Buurtzorg	Buurtzorg
Verpleegkundig geleide	Nurse-led
Zelfsturing	Self-directed
Thuiszorg	Community/home care

Om relevante bronnen te verzamelen, zijn de volgende inclusiecriteria voor de literatuur gehanteerd:

- Verpleegkundig geleide zorg in de thuiszorg;
- Publicatiedatum niet ouder dan 10 jaar op het moment van schrijven, van 2008 tot heden;
- Beschikbare full-tekst;
- Nederlands- of Engelstalig.

Om literatuur te verkrijgen van hoge kwaliteit zijn verschillende strategieën toegepast. Gezocht is in de databanken PubMed en SpringerLink. Er is gebruik gemaakt van de Booleaanse operator AND. De literatuur is geselecteerd en gedocumenteerd met behulp van een zoekboom (figuur 1). Bij de verkregen literatuur stond in de literatuurlijst soms andere relevante literatuur die voldeed aan de inclusiecriteria. Deze vorm van verkrijgen van literatuur wordt het sneeuwbal effect genoemd. Om een begrip nader uit te kunnen werken, werd soms gebruik gemaakt van specifiek gezochte ondersteunende bronnen met betrekking tot dat begrip. Alle bronnen die zijn gebruikt voor de theoretische onderbouwing zijn te vinden in onderstaande zoekboom.

Databank:	Zoekwoorden:	Aantal:
PubMed:	nurse-led community care	n=5
PubMed:	Buurtzorg	n=12
PubMed:	self-directed AND home care	n=3
SpringerLink:	zelfsturing AND thuiszorg	n=27



Artikelen gevonden via zoekboom:

1. Monsen, K. A., & De Blok, J. (2013). Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. *Creative Nursing*, 19, 122-7. doi:10.1891/1078-4535.19.3.122
2. Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 1, 40-4. doi:10.7453/gahmj.2014.030
3. De Groot, K., Maurits, E. E. M., & Francke, A. L. (2017). Attractiveness of working in home care: An online focus group study among nurses. *Health & Social Care in the Community*, 1, 94-101. doi:10.1111/hsc.12481
4. Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2017). Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 2430-2440. doi:10.1111/jan.13298
5. Bijlsma, J. (2012). Leren loslaten. *Skipr*, 4, 11-15. doi:10.1007/s12654-012-0065-4
6. Gort, M. (2014). Zelfsturing gaat de grens over. *Skipr*, 3, 26-27. doi:10.1007/s12654-014-0035-0
7. Skipr. (2012) Ouders zijn de beste zelfstuurders. *Skipr*, 4, 50-52. doi:10.1007/s12654-012-0077-0

Artikelen gevonden via sneeuwbal methode:

8. Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *The Commonwealth Fund*, 14, 1-12.
9. Royal College of Nursing. (2016). *The Buurtzorg Nederland (home care provider) model: Observations for the United Kingdom*. Geraadpleegd op 13 februari 2018, van <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/br-0215>
10. Nijhof, E. (2013). *Zelfsturende teams in de thuiszorg: Handleiding voor managers, projectleiders en bestuurders*. Geraadpleegd op 5 april 2018, van www.invoorzorg.nl/docs/ivz/VIL%2013046%20Publicatie%20Prototype.pdf
11. KPMG Plexus. (2015). *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg: Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013*. Geraadpleegd op 5 april 2018, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/de-toegevoegde-waarde-van-buurtzorg-t-o-v-andere-aanbieders-van-thuiszorg.pdf>
12. Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., Francke, A. L. (2016). Zelfsturing in de thuiszorg geeft meer beslissingsvrijheid en aantrekkelijker werk: Survey onder verpleegkundigen en verzorgenden. *Verpleegkunde*, 31(2), 13-19

Boeken:

13. Nandram, S. S. (2014). *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer

Ondersteunende bronnen:

14. Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *Zorgaanbieders en de AVG*. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/avg-nieuwe-europese-privacywetgeving/zorgaanbieders-en-de-avg>
15. Movisie. (2013). *In Begrippenlijst*. Geraadpleegd op 13 april 2018, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/community-care>
16. Rijksoverheid. (2015). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
17. Guldmond, N. (2017). De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg. *Geron*, 19, 6-9. doi: 10.1007/s40718-017-0022-9

Bronnen review Lectoraat Healthy Region:

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
- Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., Van Deelen, B. A., De Haan, R. J., & De Rooij, S. E. (2010). A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: The Transitional Care Bridge. *BMC Health Services Research*, 10(1), 296. doi:10.1186/1472-6963-10-296
- Christis, J. H. P. (2014). Slim organiseren: de organisatie van de organisatie.
- De Veer, A. J. E., De Boer, D., Spreeuwenberg, P., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2009). Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport "Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd".
- De Veer, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. *Een Onderzoek Naar de Ervaringen van Cliënten, Mantelzorgers, Medewerkers en Huisartsen. [Care in the Neighbourhood. A Study about Experiences of Clients, Care Staff and General Practitioners Involved]*. Utrecht: Nivel.
- Dekkers, V. (2013). Disruptive Innovations in the Dutch Healthcare Sector. Geraadpleegd op 29 januari 2018, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/279519>
- European Union. (2017). *BLOCKS: tools and methodologies to assess integrated care in Europe*. Brussels.
- Frijters, D. W. (2017). *Co-production between family caregivers and home care professionals: The case of Buurtzorg in the Netherlands and China*. University of Twente.
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg model. *The Commonwealth Fund*.
- Harris, L. (2016). *European and UK models of integrated care as applied to a secure and detained settings*.
- Kögel, L. M. (2017). *Conditions for the successful transfer of community care by Policy Entrepreneurs-The case of Buurtzorg in the Netherlands and China*. University of Twente.
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69.
- Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A., & YG Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622–635.
- Monsen, K. A., & De Blok, J. (2013). Buurtzorg: nurse-led community care. *Creative Nursing*, 19(3), 122.
- Pearson, A. (2004). Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JBI Reports*, 2(2), 45–64.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497.
- Royal College of Nursing. (2016). *The Buurtzorg Nederland (home care provider) model: Observations for the United Kingdom*.
- Sheldon, T. (2017). Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ: British Medical Journal*, 358.
- White, C. (2016). The Defining Characteristics of the Buurtzorg Nederland Model of Home Care from the Perspective of Buurtzorg Nurses. *Inquiry Journal*.
- Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K., & Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 160–168.
- Zurmehly, J. (2007). A qualitative case study review of role transition in community nursing. In *Nursing Forum*, 42, 162–170.

Figuur 1. Zoekboom.

1.2 Theoretische onderbouwing

In de theoretische onderbouwing wordt uitgelegd hoe verpleegkundig geleide zorg ontstaan is en wat onder verpleegkundig geleide zorg verstaan wordt. Mogelijke succes- en belemmerende factoren worden uiteengezet. De topiclijst die hieruit ontstaat wordt in dit onderzoek op inhoud beoordeeld aan de hand van een content validity index.

1.2.1 Buurtzorgmodel

Op de traditionele manier van het aanbieden van thuiszorg was veel kritiek door zorgverleners. De zorg had zich in de loop der tijd zo ontwikkeld, dat zorgverleners de opdrachten van management volgens de regels van het management uitvoerden. Zorgverleners ervoeren hierin weinig autonomie en vonden dat de relatie met de cliënt werd ondermijnd. De oprichter van Buurtzorg, Jos de Blok, bedacht dat dit anders kon. Hij bedacht dat zorgverleners veel meer konden met betrekking tot management dan tot hun takenpakket behoorde. De zorgverleners weten wat het beste is voor de cliënt, zij zouden dan ook moeten bepalen hoe de zorg vormgegeven wordt. In 2006 werd Buurtzorg opgericht, waarna het is uitgegroeid tot een landelijke organisatie met meer dan 850 teams en meer dan 10.000 zorgverleners (Nandram, 2014).

Buurtzorg werkt met zelfsturende teams, die worden geleid door verpleegkundigen en verzorgenden. Het uitgangspunt van de zorg is de cliënt zelf, volgens een holistische visie. Door te focussen op zelfmanagement en zelfredzaamheid van cliënten wordt de kwaliteit van zorg verbeterd. Management verdwijnt, wat zorgkosten bespaart. Zorgverleners voeren zelfstandig als team alle aspecten rondom de zorg uit. Denk hierbij aan onder andere financiële taken, administratieve taken en personeels- en cliëntenwerving. Hierin worden zij ondersteund door ICT-faciliteiten, een oproepbare coach en een kleine backoffice voor enkele administratieve taken (Nandram, 2014).

In onderzoek van KNMG Plexus (2015) is Buurtzorg vergeleken met 179 andere thuiszorgaanbieders met betrekking tot kosten en tot kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek komt naar voren dat Buurtzorg bovengemiddelde kwaliteit van zorg levert. Buurtzorg vraagt een relatief hoog uurtarief, maar het aantal uren aan zorg per cliënt ligt lager dan gemiddeld. De uiteindelijke zorgkosten van Buurtzorg zijn lager dan gemiddeld (KNMG Plexus, 2015).

Vanwege het succes van Buurtzorg, hebben veel andere thuiszorgorganisaties in Nederland delen van het Buurtzorgmodel overgenomen (Nijhof, 2013). De manier van zorg geven die uit het Buurtzorgmodel is voortgekomen en wordt overgenomen door andere zorgorganisaties, wordt verpleegkundig geleide zorg genoemd (Monsen & De Blok, 2013).

1.2.2 Verpleegkundig geleide zorg

In een handleiding van Nijhof (2013) zijn richtlijnen voor het oprichten en uitvoeren van zelfsturende teams opgesteld. Verpleegkundig geleide zorg is zorg die geleverd wordt door een zelfsturend team met vaste zorgverleners. Uitgangspunten hiervoor zijn de belangen en behoeften van de cliënt. Een zelfsturend team doet dit zelfstandig, zonder aansturing van management. Enkel wanneer dit nodig wordt geacht door het team, kan een coach worden ingeschakeld ter ondersteuning. Alle aspecten rondom de zorg van de cliënten en het team worden geregeld door het team zelf. Het contact met ondersteunende diensten en belanghebbenden wordt door het team onderhouden. Overige diensten rondom de zorg van een cliënt worden gecoördineerd door de buurtteams. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en continuïteit van zorg ligt bij het team. Zij zijn zelf verantwoordelijk voor de (zorg)uitkomsten (Nijhof, 2013).

Onderzoek wijst uit dat verpleegkundig geleide zorg leidt tot goedkopere, efficiëntere en flexibelere zorg dan traditionele thuiszorgteams, waar aspecten van de zorg worden geregeld en gestuurd door management. Aangetoond is dat cliënt- en personeelstevredenheid bij zelfsturende teams hoog zijn. Verpleegkundig geleide zorg is niet vanzelfsprekend succesvol (Nijhof, 2013).

Er zijn verschillende factoren die leiden tot het succes hiervan of het succes eventueel kunnen belemmeren wanneer factoren niet goed geregeld zijn. De verschillende succes- en belemmerende factoren worden hieronder uiteengezet aan de hand van vijf categorieën: beleid en organisatie; onderwijs en verpleegkundige kennis; financieel model; methoden en wet- en regelgeving.

1.2.3 Beleid en organisatie

Het beleid en de visie waarmee zorg gegeven wordt binnen een organisatie heeft verschillende succes- en belemmerende factoren die van belang kunnen zijn bij het implementeren van verpleegkundig geleide zorg.

Focus op continuïteit van zorg

Een belangrijk speerpunt van verpleegkundig geleide zorg, is dat continuïteit van zorg zoveel mogelijk gewaarborgd wordt. Om zorgkosten te verminderen, worden bij organisaties vaak verpleegkundigen ingezet voor verpleegtechnische handelingen en verzorgenden ingezet voor ADL. Op deze manier komen verschillende zorgverleners op verschillende tijden bij dezelfde cliënt. Dit wordt versnipperde zorg genoemd. Versnipperde zorg kan leiden tot fouten, lage kwaliteit van zorg en lage zorguitkomsten. Bij verpleegkundig geleide zorg wordt gekozen om verpleegkundigen ook in te zetten voor ADL. Op deze manier hoeft maar één zorgverlener op één tijdstip bij dezelfde cliënt te komen en wordt versnipperde zorg voorkomen (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015; Monsen & De Blok, 2013; Gray, Sarnak & Burgers, 2015).

Door iedere cliënt een vaste zorgverantwoordelijke en contactpersoon aan te wijzen, wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd. Onderling wordt informatie goed overgedragen om de zorg bij verschillende zorgverleners constant te houden (Monsen & De Blok, 2013). In zelfsturende teams komt minder ziekteverzuim en minder wisseling van personeel voor dan in traditionele teams, waardoor minder wisselingen in zorgverleners plaatsvinden (Royal College of Nursing, 2016). Dit draagt bij aan de continuïteit van zorg, wat leidt tot een hogere kwaliteit van zorg en hogere cliënttevredenheid (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers

Thuiszorgmedewerkers vallen onder de eerstelijnszorg, zij kunnen op verschillende manieren worden gefaciliteerd. Door het gebruik van eenvoudige ICT-systemen en het beperken van administratie worden administratieve lasten zoveel mogelijk verminderd. De zorgverleners hebben volledige autonomie, waardoor ze hun tijd zoveel mogelijk kunnen indelen voor de cliënten en hun familie. Mocht een team toch tegen problemen aanlopen, is het belangrijk dat een coach beschikbaar is die ondersteunt om problemen zo snel en effectief mogelijk te verhelpen (Royal College of Nursing, 2016). Door vaste contactpersonen bij huisartsen ontstaat een goede communicatie en samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg (Gort, 2014).

Kleine, zelfmanagende teams

Wanneer zorgverleners ontevreden zijn over hun beroep komt dit vaak voort uit ontevredenheid over bureaucratische aspecten. In organisaties met een hiërarchische structuur ligt de focus van het management vaak op het financiële aspect van de zorg. Zorgverleners in deze organisaties vinden het

geven van zorg leuk, maar hebben het gevoel meer in dienst te zijn van de eisen van het management dan voor de cliënt zelf. Ze missen het hebben van professionele autonomie. Zorgverleners zijn van mening dat de cliënt centraal moet staan. Ontevredenheid over het beroep kan leiden tot verhoogd ziekteverzuim, wisselen van beroep of vervroegd pensioen. Dit kan leiden tot personeelstekorten (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Bij verpleegkundig geleide zorg wordt met kleine teams van ongeveer twaalf tot maximaal vijftien zorgverleners gewerkt. Een organisatie met zelfsturende teams vertrouwt op de professionaliteit van de zorgverleners. Alle aspecten van zorg worden door de teams zelfstandig uitgevoerd. Zelfsturende teams worden alleen door iemand gecoacht wanneer zij ergens zelf niet uitkomen. Onder andere de zorgplannen, rollen van teamleden, zorguitkomsten en personeel- en cliëntroosters worden door de teamleden zelf geregeld (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015). Zorgverleners die kiezen voor een zelfsturend team waarderen de professionele autonomie. Een zelfsturend team moet hiervoor goed samenwerken en communiceren. De tevredenheid over de autonomie en het samenwerken en communiceren als team leidt tot een sterke teamspirit (Gort, 2014; Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Wanneer zorgverleners een functie in een zelfsturend team hebben, is voor hen weinig carrièregroei mogelijk. Alle zorgverleners zijn aan elkaar gelijk, waardoor ze niet naar een 'hogere' functie door kunnen groeien binnen het team. De kleine teams zorgen ervoor dat kennis slechts in een kleine groep met elkaar wordt gedeeld. Dit kan leiden tot professionele isolatie. Verpleegkundig geleide zorg wordt opgestart met de hulp van een coach. Wanneer deze opstartfase is afgerond, voeren de zorgverleners alle aspecten zelf uit. Pas wanneer het team dit nodig acht, kan het team ervoor kiezen hulp te vragen aan de coach. Een gebrek aan ondersteuning kan leiden tot een hoge werkdruk (Royal College of Nursing, 2016).

Geïntegreerde zorg

Uit onderzoek komt naar voren dat medewerkers van zelfsturende teams het leuk vinden de zogenaamde 'spil' in de buurt te zijn. Ze zoeken de best mogelijke zorg voor de cliënt en werken hiervoor samen met de directe omgeving van de cliënt (De Groot, Maurits & Francke, 2017). Het is belangrijk dat de contacten met onder andere huisartsen, welzijns- en sociale (zorg)organisaties, politie en paramedici in de buurt goed gelegd worden. Ook kunnen teams onderling hun middelen en kennis samenvoegen en elkaar ondersteunen. Per buurt kunnen deze organisaties verschillen waardoor ieder team zich daarvoor in zal moeten zetten. Wanneer deze contacten goed worden gelegd, is dit een succesfactor. Echter kan het een belemmerende factor zijn wanneer dit niet voldoende gebeurt (Gray, Sarnak & Burgers, 2015).

Organisatorische paraatheid

Verpleegkundig geleide zorg heeft de hoogste kans van slagen wanneer de zorgverleners hier zelf voor kiezen. Wanneer zorgverleners zelf kiezen voor zelfsturende teams zijn ze intrinsiek gemotiveerd om samen te werken in een team. Wanneer een bestaande organisatie met bureaucratie wil veranderen naar zelfsturende teams, is dit een langdurig veranderproces. Managementfuncties zullen verdwijnen (Bijlsma, 2012). Coaches moeten klaar staan om zelfsturende teams bij dit veranderproces te begeleiden. Het is belangrijk dat zorgverleners het vertrouwen krijgen van de organisatie om de aspecten rondom de zorg zelf te regelen. Een organisatie die een overstap maakt van traditionele thuiszorg naar verpleegkundig geleide thuiszorg moet voldoende paraat zijn om deze overstap te maken (Bijlsma, 2012; Skipr, 2012; De Groot, Maurits & Francke, 2017).

Holistische aanpak

In de Nederlandse gezondheidszorg doet zich een verschuiving voor van gezondheid die zich richt op somatische kwesties, naar het kijken naar de mens als geheel (Gray, Sarnak & Burgers, 2015). De cliënt wordt gezien vanuit verschillende dimensies. Geestelijke, sociale, lichamelijke en spirituele aspecten van de cliënt zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wanneer een zorgverlener streeft naar een zo hoog mogelijk welbevinden bij de cliënt, wordt rekening gehouden met al deze dimensies. De cliënt kan zijn of haar eigen belangen en behoeften hierin aangeven en deze worden meegenomen in het zorgplan. Hierin wordt multidisciplinair samengewerkt. Op deze manier wordt een hoger welbevinden van de cliënt behaald (Zurmehly, 2007).

Gedeelde visie

Een visie is het toekomstbeeld van een organisatie, waarvan de organisatie gelooft dat dit de ideale situatie om te bereiken weergeeft. Het kan fungeren als richtlijn om als organisatie te controleren of de werkwijze nog bijdraagt aan het behalen van het ideale doel. Voor zorgverleners en ondersteunend personeel werkt het inspirerend om naar dit doel toe te werken. Hiervoor dient een visie ambitieus, helder en duidelijk te zijn. Een gedeelde visie door een zelfsturend team is essentieel om het organiseren van zorg goed vorm te geven (Nijhof, 2013).

Uitdaging efficiënt en effectief organiseren 24/7 zorgverlening

Met dag-, avond-, nacht-, en weekenddiensten kan het werken in een zelfsturend team als zwaar ervaren worden. De onregelmatige diensten leiden mogelijk tot een verstoorde balans tussen werk en vrije tijd. In een klein team moeten deze diensten onder een kleinere hoeveelheid medewerkers verdeeld worden, wat de werkdruk verhoogt. Mogelijk is de beschikbaarheid van zorg overdag beter dan 's nachts. Dit verkleint de continuïteit van zorg. 's Nachts wordt gewerkt met bereikbaarheidsdiensten, waarbij zorgverleners vanuit huis naar de cliënt rijden. De reistijd kan hierbij langer zijn dan overdag, wanneer een zorgverlener zich al in de buurt bevindt. Binnen steden of dorpen is het eenvoudiger om van de een naar de andere cliënt te rijden dan in minder dichtbevolkte gebieden. Wanneer cliënten verder van elkaar af wonen is het lastiger 24/7 zorgverlening te bieden (Royal College of Nursing, 2016). Het is belangrijk dat de juiste voorwaarden en voorzieningen aanwezig zijn wanneer een organisatie over gaat op verpleegkundig geleide zorg. Wanneer dit van tevoren niet goed op orde is, verlaagt dit de aantrekkelijkheid van een zelfsturend team (De Groot, Maurits & Francke, 2017).

1.2.4 Onderwijs en verpleegkundige kennis

Onderwijs, het steeds opdoen en vernieuwen van verpleegkundige kennis en het bekwaam blijven voor het vak zijn belangrijke onderdelen van verpleegkundig geleide zorg.

Hoog niveau autonomie en onafhankelijkheid

Zorgverleners in een zelfsturend team voelen zich in een sterkere mate verantwoordelijk voor de organisatie. Het wordt meer hun organisatie. Zorgverleners zien deze hoge mate van autonomie als een uitdaging. Ze ervaren hierin veel beslissingsvrijheid. Dit zorgt voor een verhoogde personeelstevredenheid en dit maakt de functies aantrekkelijker op de arbeidsmarkt (Gort, 2014; De Groot, Maurits & Francke, 2017; Maurits, De Veer & Francke, 2016). Bij een hogere mate van zelfsturing wordt meer beslissingsvrijheid ervaren (Maurits, De Veer & Francke, 2016). Hoe groter de mate van zelfsturing en autonomie, hoe hoger de personeelstevredenheid is (Maurits, De Veer, Groenewegen & Francke, 2017; Maurits, De Veer & Francke, 2016).

Uit onderzoek blijkt dat autonomie een van de meest aantrekkelijke aspecten is van het werk als thuiszorgverlener. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie vormen van autonomie. Medewerkers willen zelf kunnen beslissen over cliëntenzorg. Ook willen ze meebeslissen in werkvormen, zoals de methodes die gebruikt worden en de personeels- en cliëntenplanning. Tot slot wordt organisatorische autonomie waarin medewerkers kunnen meebeslissen over organisatorische aspecten gewaardeerd. In een zelfsturend team worden deze vormen van autonomie in een grotere mate ervaren (De Groot, Maurits & Francke, 2017).

Cliëntgerichtheid

Een belangrijk speerpunt van verpleegkundig geleide zorg is de relatie tussen de cliënten en zorgverleners. Beslissingen over wat het beste is voor de cliënt worden samen met de cliënt besproken en genomen. De sociale kring van de cliënt wordt hierbij betrokken wanneer de cliënt dit wenst. Dit wordt gedaan door de zorgverleners die regelmatig bij de cliënt komen en de cliënt hierdoor goed kennen, wat de kwaliteit van zorg verhoogd. Gestreefd wordt om niet meer dan vier zorgverleners bij dezelfde cliënt te roosteren. Deze voorbeelden van cliëntgerichte zorg leiden tot een hoge cliënttevredenheid (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015; Monsen & De Blok, 2013).

Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen

Hoe sneller cliënten (opnieuw) zelfstandiger worden, hoe beter. Het is hiervoor belangrijk dat de focus ligt op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Door vanaf de eerste dag veel tijd te investeren in zelfzorg en zelfvertrouwen zijn cliënten sneller zelfstandig. Het is belangrijk dat zorgverleners de nodige kennis bezitten om empowerment op te bouwen. Dit leidt tot minder (her)opnames in het ziekenhuis. De zelfstandigheid wordt gewaardeerd door de cliënten (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals

Een zelfsturend team heeft regelmatig overleg in een teamvergadering, hierin worden de cliënten individueel besproken. Door alle inzichten van de zorgverleners te bespreken, wordt gezorgd dat alle zorgverleners de zorg op dezelfde manier bieden om zo de continuïteit van zorg te vergroten (Monsen & De Blok, 2013). Doordat kleine teams werken in een vast en klein werkgebied, zijn ze vaak goed op de hoogte van de lokale bedrijven en organisaties die met zorg te maken hebben. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het contact met lokale ziekenhuizen en huisartsen. Het contact met deze bedrijven en organisaties is vaak goed, wat een goede samenwerking bevordert. Een cliënt kan hierdoor sneller en gericht worden doorverwezen naar lokale bedrijven of organisaties die voor hen van belang kunnen zijn (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Generalistische zorgverleners

In een zelfsturend team wordt meer gelijkheid tussen de verschillende functieniveaus ervaren. Iedereen kan zijn eigen kwaliteiten inbrengen en hier een rol mee vervullen (De Groot, Maurits & Francke, 2017; Royal College of Nursing, 2016). Verhoogde autonomie leidt tot professionalisering van zorgverleners. Het werken in een zelfsturend team vergroot de professionaliteit (Maurits, De Veer, Groenewegen & Francke, 2017). Iedere cliëntsituatie is uniek en vraagt om andere oplossingen en interventies. Zorgverleners in zelfsturende teams hebben veel verschillende taken rondom de zorg van de cliënt en het team. Hierin moeten ze improviseren en flexibel en creatief met situaties omgaan. Dit leidt tot hoge personeelstevredenheid (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015; De Groot, Maurits & Francke, 2017). Door de hoge personeelstevredenheid, melden zorgverleners in een zelfsturend team zich minder vaak ziek en wisselen zij minder snel van baan dan in traditionele thuiszorgteams (Royal College of Nursing, 2016).

Werkdruk

Met name de transitie van een traditioneel thuiszorgteam naar een zelfsturend team vergt een hele cultuuromslag. Het verandertraject kan met name in het begin onstabiel zijn. Zorgverleners moeten leren om op een andere manier te werken en krijgen nieuwe taken. Dit kan stressvol zijn en leiden tot een hoge werkdruk. Van zorgverleners worden veel extra taken verwacht, dit moet in een klein team zelfstandig opgelost worden en de taken dienen te worden verdeeld. Hierdoor kunnen zorgverleners veel werkdruk ervaren (Nijhof, 2016).

Hogere onderwijsbehoeften

Zorgverleners in Nederland worden generalistisch opgeleid. Om te werken in de thuiszorg, zijn geen verdere specificaties vereist. In een zelfsturend team worden alle aspecten rondom het team door de zorgverleners zelf geregeld. Om dit te regelen, zijn goede computervaardigheden nodig. Voorbeelden van aspecten zijn onder andere teampromotie, cliënten- en personeelswerving en financiële aspecten. In de zorgopleidingen komen dergelijke aspecten maar in een kleine mate aan bod. Dit kan een belemmerende factor zijn. Educatie rondom de bijkomende taken is van belang (Royal College of Nursing, 2016).

1.2.5 Financieel model

Financieel is een zelfsturend team zelf verantwoordelijk voor de inkomsten en uitgaven. Verschillende succes- en belemmerende factoren kunnen van invloed zijn.

Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie

Een platte organisatiestructuur betekent een organisatiestructuur met weinig tot geen managementlagen. De zorgverleners in een platte organisatie hebben een hoge mate van autonomie. Doordat teams zelfsturend zijn, is maar weinig management en ondersteunend personeel nodig. Minder managementmedewerkers en ondersteunend personeel worden betaald, wat zorgt voor lagere kosten (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015; Royal College of Nursing, 2016).

Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid

Door veel tijd te investeren in gezondheidsbevordering en cliëntafhankelijkheid, heeft een cliënt op de lange termijn minder zorg nodig. Dit kan door bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te geven en hulpmiddelen in te schakelen. De directe omgeving van de cliënt kan in het proces betrokken worden. In het begin leidt dit vaak tot meer uren en hierdoor hogere kosten. Op langere termijn heeft een cliënt die meer zelf kan, minder zorg nodig. Hierdoor heeft de cliënt gedurende het totale zorgtraject lagere zorgkosten (Monsen & De Blok, 2013; Royal College of Nursing, 2016).

Non-profit organisatie

Zelfsturende teams behoren tot non-profit organisaties. De winst die wordt gemaakt, wordt opnieuw geïnvesteerd in de zorgverleners en teams om zich verder te ontwikkelen en verbeteren. Het geld wordt bijvoorbeeld ingezet voor professionele ontwikkeling en educatie. Projecten en innovaties om tot een hogere kwaliteit van zorg te komen worden vanuit de winst gefinancierd. Zorgverleners en zelfsturende teams kunnen hierin zelf beslissen waarin zij zich verder willen ontwikkelen. Dit resulteert in een hogere kwaliteit van zorg (Royal College of Nursing, 2016).

Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem

Het gebruik van een veelgebruikt classificatiesysteem, zoals Omaha, leidt tot eenduidige taal tussen zorgverleners. Hierdoor kan duidelijk gecommuniceerd worden onderling. Classificatiesystemen zijn speciaal ontwikkeld om snel een totaalbeeld van een cliënt te kunnen archiveren. Door het gebruik

van een classificatiesysteem is minder tijd voor administratie nodig en hierdoor zijn minder administratieve medewerkers nodig. Dit reduceert administratie- en personeelskosten (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Behoefte aan kennis over financiële aspecten

Zorgverleners worden generalistisch opgeleid, maar financiële aspecten komen in zorgopleidingen maar weinig aan bod. Traditionele thuiszorgverleners zijn niet gewend om zich met financiële aspecten bezig te houden. Een zelfsturend team is zelf verantwoordelijk voor de inkomsten en uitgaven. Hier is ondernemerschap voor nodig. Een teambudget leidt tot kostenbesparing. Doordat zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor hun financiën, gaan ze hier bewuster mee om. Het is mogelijk dat een team de financiële handelingen niet vanaf het eerste moment beheerst. Nieuwe kennis is nodig om de financiële handelingen goed uit te kunnen voeren (Nijhof, 2013).

1.2.6 Methoden

Onder methoden wordt de werkwijze van de organisatie en de werkwijze van individuele teams gezien. In de methoden zijn alleen succesfactoren gevonden.

Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid

Eerder is genoemd dat zorgverleners voldoende onderwijs en verpleegkundige kennis moeten hebben voor het opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen bij de cliënt (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015). Genoemd is dat gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid leidt tot minder zorg(kosten) op de lange termijn (Monsen & De Blok, 2013; Royal College of Nursing, 2016). Het is belangrijk dat deze aspecten als speerpunt gezien worden in de zorg voor cliënten. Hiervoor moet dit tot de standaardmethode behoren. Onderzoek wijst uit dat dit leidt tot minder (her)opnames in het ziekenhuis (Royal College of Nursing, 2016).

Gebruik van uitgebreid ICT-systeem

Door het gebruik van uitgebreide informatie- en communicatietechnologie (ICT) kan de tijd voor administratie teruggedrongen worden. De informatie is inzichtelijk voor alle betrokken partijen, bijvoorbeeld de zorgverleners, een eventuele backoffice en de cliënt zelf. De zorg wordt hierdoor transparant. Door het gebruik van een veelgebruikt classificatiesysteem, zoals Omaha, kunnen zorgverleners van verschillende disciplines helder en eenduidig met elkaar communiceren. ICT-faciliteiten die eenvoudig zijn in gebruik dringen administratieve tijd terug en reduceren hierdoor personeelskosten. Dit maakt goede ICT-faciliteiten een succesfactor voor verpleegkundig geleide zorg (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015; Monsen & De Blok, 2013).

Focus op preventieve activiteiten

Door vanaf de eerste dag veel tijd te investeren in zelfzorg en zelfvertrouwen zijn cliënten sneller zelfstandig (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015). Een holistische visie richt zich niet op het genezen van ziekte, maar het voorkomen van (verergering van) gezondheidsproblematiek. Dit wordt gedaan door te kijken naar de individuele cliëntsituatie (Gray, Sarnak & Burgers, 2015). Bij preventie wordt tijd geïnvesteerd in gezondheidsbevordering. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te geven en preventieve hulpmiddelen in te schakelen, aangepast op de situatie van de cliënt (Monsen & De Blok, 2013). Preventieve activiteiten verhogen de gezondheid en het welzijn van de cliënt (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015).

Gebruik e-health en domotica

Technologie in de thuiszorg wordt steeds vaker als onmisbaar gezien. E-health staat voor elektronische gezondheid. Technologie kan een gezonde leefstijl ondersteunen en voorlichting geven. In de thuissituatie kunnen technologische hulpmiddelen worden ingezet om de cliënt en de zorgverleners te ondersteunen. Technologische aanpassingen aan een huis om de kwaliteit van wonen te verbeteren wordt domotica genoemd. Het juist inzetten van domotica kan de zorg minder zwaar maken voor zorgverleners. Bij het juist inzetten van e-health en domotica kunnen zorguren worden verminderd. E-health en domotica kunnen ingezet worden om een cliënt meer zelfmanagement te geven, waardoor een cliënt langer thuis kan blijven wonen (Guldemon, 2017).

1.2.7 Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving dient landelijk verpleegkundig geleide zorg in de hand te werken. Zorgverleners moeten op de hoogte te zijn van relevante wet- en regelgeving. Hierin zijn de volgende succes- en belemmerende factoren te onderscheiden.

Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg

Gemeenschapszorg is volgens Movisie (2013):

Het ondersteunen van mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen bij hun deelname aan de samenleving door betere dienstverlening in de directe woonomgeving, zoals aangepaste woonbegeleiding, dagopvang, buurtconciërges, door meer samenwerking tussen zorgvoorzieningen en algemene voorzieningen en door (meer) betrokkenheid van het sociale netwerk, vrijwilligers en/of buurtbewoners.

Het contact met de directe woonomgeving van de cliënt wordt onderhouden door de buurtteams. Cliënten worden op tijd doorverwezen naar nabije dienstverlening wanneer zij hier baat bij kunnen hebben. Het is belangrijk dat gemeenschapszorg vanuit wetgeving mogelijk gemaakt wordt. (Monsen & De Blok, 2013; Royal College of Nursing, 2016). Een voorbeeld van wetgeving rond gemeenschapszorg is de Wet maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). De Wmo wordt geregeld door de gemeente, voor bijvoorbeeld dagbehandeling of ondersteuning van mantelzorgers (Rijksoverheid, 2015).

Gebruik van algemene privacywetgeving

Door zich te houden aan de privacywetgeving van de Europese Unie, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), worden persoonlijke gegevens van cliënten op een juiste manier beschermd. Waar in het verleden gebruik werd gemaakt van normen om de privacy te waarborgen, dienen alle thuiszorgorganisaties sinds mei 2018 te voldoen aan de eisen van de wet AVG. De continuïteit van zorg wordt behouden doordat belanghebbenden persoonsgegevens in kunnen zien (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.).

Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen

Om het aantal administratieve medewerkers te kunnen verminderen, dienen ICT-systemen van hoge kwaliteit te zijn. De ICT-faciliteiten moeten eenvoudig zijn in gebruik en eenvoudig aan te leren zijn. Het ICT-systeem dient continu mee te groeien met veranderingen in de zorg (Monsen & De Blok, 2013; Royal College of Nursing, 2016). Een voorbeeld hiervan is de privacywetgeving AVG die in mei 2018 in werking is getreden. Om te voldoen aan de AVG zijn ICT-systemen aangepast (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.). Het zorgpersoneel moet bekwaam blijven om te werken met de vernieuwde ICT. Het belang van het voortdurend aanpassen van de ICT-systemen kan een belemmerende factor zijn voor verpleegkundig geleide zorg (Monsen & De Blok, 2013; Royal College of Nursing, 2016).

1.3 Samenvatting

Buurtzorg is een thuiszorgorganisatie die als eerste gestart is met het geven van verpleegkundig geleide zorg, volgens het zogenoemde Buurtzorgmodel. Volgens dit model regelen de teams alles rondom de zorg van een cliënt zelfstandig. Hierbij worden ook taken als onder andere financiën, administratie, personeels- en cliëntenwerving uitgevoerd door de zorgverleners zelf. Zij worden hierin ondersteund door ICT-faciliteiten, een oproepbare coach en een kleine backoffice voor administratieve taken. In het Buurtzorgmodel wordt bij alle aspecten rekening gehouden met wat het beste is voor de cliënt. Cliënten worden getraind in zelfmanagement en zelfredzaamheid om zo onafhankelijk mogelijk te zijn. Dit zorgt voor een hoge kwaliteit en continuïteit van zorg (Nandram, 2014).

Verpleegkundig geleide zorg leidt tot goedkopere, efficiëntere en flexibelere zorg. Aspecten van de zorg worden geregeld en gestuurd zonder management. Aangetoond is dat cliënt- en personeelstevredenheid bij zelfsturende teams hoog zijn. Verpleegkundig geleide zorg is niet vanzelfsprekend succesvol (Nijhof, 2013). Er zijn verschillende factoren die leiden tot het succes hiervan, of het succes eventueel kunnen belemmeren wanneer factoren niet goed geregeld zijn.

De verschillende succes- en belemmerende factoren zijn uiteengezet aan de hand van vijf categorieën: beleid en organisatie; onderwijs en verpleegkundige kennis; financieel model; methoden en wet- en regelgeving. Het beleid waarmee de organisatie werkt, dient de focus te leggen op het faciliteren van thuiszorgmedewerkers. De organisatie werkt het beste met een gedeelde, holistische visie op zorg. Zorgverleners moeten beschikken over voldoende verpleegkundige kennis om de zorg goed uit te voeren. Onderwijs en bijscholingen over alle aspecten rondom de zorg zijn hiervoor van belang. Met een goed financieel model binnen verpleegkundig geleide zorg kunnen kosten worden bespaard, zonder de kwaliteit van zorg te verminderen. De methode waarmee gewerkt wordt, moet onafhankelijkheid van cliënten in de hand werken. De zorgverleners moeten worden ondersteund door de organisatorische methoden, zodat hun tijd zoveel mogelijk in de relatie met de cliënt kan worden gestoken. Tot slot moet de wijze van wet- en regelgeving op een dusdanige manier kunnen worden toegepast en bijgehouden binnen de organisatie, dat de cliënt en de zorgverleners hier baat bij hebben. Uit de succes- en belemmerende factoren is een topiclijst met indicatoren naar voren gekomen die belangrijk zijn bij het implementeren van verpleegkundig geleide zorg.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode besproken. Dit omvat het onderzoekstype en -ontwerp, de setting, de onderzoekspopulatie, het meetinstrument met operationalisatie, de dataverzameling en -analyse, de betrouwbaarheid en validiteit en ethische en juridische aspecten.

2.1 Onderzoekstype en -ontwerp

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een content validity index (cvi). Aangezien nog geen gevalideerd meetinstrument bestond dat de succes- en belemmerende factoren van verpleegkundige geleide zorg in kaart bracht, zal deze ontwikkeld moeten worden. Dit kan door gebruik te maken van een cvi (Polit & Beck, 2006).

In een cvi worden opgestelde onderwerpen of vragen ter beoordeling voorgelegd aan experts. De experts beoordelen de onderwerpen of vragen op de mate van relevantie en de mate van duidelijkheid. Ook kunnen de experts opmerkingen of tekstuele verbeteringen geven. Aan de hand van deze uitkomsten kan een inhoudsgevalideerde topic- of vragenlijst opgesteld worden (Polit & Beck, 2006). In een review van het Lectoraat Healthy Region (2018) is een topiclijst samengesteld, die aan de hand van een literatuuronderzoek en een focusgroep tot stand is gekomen. Van deze topics wordt gedacht dat zij de succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg in kaart kunnen brengen. In het huidige onderzoek werd deze topiclijst door experts beoordeeld door middel van een cvi.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit experts in verpleegkundig geleide zorg. Buurtzorg was de eerste thuiszorgorganisatie met verpleegkundig geleide zorg. Ieder Buurtzorgteam was vanaf het eerste moment zelfsturend, er is geen transitie geweest vanuit een andere manier van werken. Dit maakte Buurtzorg een geschikte organisatie om de succes- en belemmerende factoren in kaart te brengen. De experts waren in dit onderzoek verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg. Zij werkten met verpleegkundig geleide zorg en konden identificeren wat de succes- en belemmerende factoren hiervan zijn.

Voor de onderzoekspopulatie zijn in- en exclusiecriteria opgesteld. De onderzoekspopulatie bestond uit hbo- en mbo-verpleegkundigen en verzorgenden (IG). Personen met een andere beroepsfunctie of een niveau lager dan verzorgende niveau 3 werden voor dit onderzoek uitgesloten, om de onderzoekspopulatie representatief te houden. Leerlingen en stagiaires werden om deze reden niet bij het onderzoek betrokken. Het werkveld waar in dit onderzoek de verpleegkundig geleide zorg werd onderzocht, is de thuiszorg van organisatie Buurtzorg. Andere werkvelden of organisaties zijn buiten beschouwing gelaten.

Om uitspraken te doen over de inhoudsvaliditeit van de topiclijst, waren voldoende respondenten nodig. Voor een cvi wordt aangeraden tenminste vijf respondenten te hebben (Polit & Beck, 2006). Vanuit de opleiding werd echter een richtlijn van minimaal 25 respondenten aangehouden. Het minimaal aantal respondenten was om deze reden 25.

Hoe groter het aantal respondenten, hoe betrouwbaarder het resultaat (Verhoeven, 2014). De onderzoeker liep tijdens de periode van dit onderzoek stage bij Buurtzorg team Goes Noord. In gemeente Goes waren drie teams werkzaam, wat een te kleine steekproef zou zijn. De regio waar de gemeente Goes onder valt, is Zuid-Beveland. In Zuid-Beveland bevinden zich acht teams van Buurtzorg,

namelijk: Buurtzorgteams Goes Noord, Goes Oost, Goes Zuid, Heinkenszand, Kapelle, Krabbendijke, Kruiningen en Yerseke. Om uitspraken te kunnen doen over de regio Zuid-Beveland is geprobeerd alle acht de teams bij het onderzoek te betrekken. Alle verpleegkundigen en verzorgenden die voldeden aan de in- en exclusiecriteria van dit onderzoek zijn benaderd om deel te nemen. De beschreven in- en exclusiecriteria leidden tot de criteria voor de onderzoekspopulatie zoals weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Verpleegkundigen en verzorgenden	Een andere beroepsfunctie of een niveau lager dan verzorgende niveau 3, leerlingen en stagiaires
Werkzaam in de thuiszorg	Werkzaam in een ander werkveld
Werkzaam bij Buurtzorg	Werkzaam bij een andere thuiszorgorganisatie
Werkzaam in de regio Zuid-Beveland	Werkzaam in een andere regio
Werkzaam in Buurtzorg team Goes Noord, Goes Oost, Goes Zuid, Heinkenszand, Kapelle, Krabbendijke, Kruiningen of Yerseke	Werkzaam in een ander team

Het type steekproef dat gebruik werd in dit onderzoek, wordt convenience sampling genoemd. Convenience sampling is een vorm van een selecte steekproef. De steekproef werd gekozen op basis van bereikbaarheid. In dit onderzoek mochten dus alleen uitspraken gedaan worden over Buurtzorg in de regio Zuid-Beveland. Respondenten werden benaderd om mee te doen op vrijwillige basis. Met convenience sampling kan een groot aantal respondenten worden benaderd in een bepaald tijdsbestek (Verhoeven, 2014).

2.3 Plaats en tijdsplanning

Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek heeft plaatsgevonden van februari 2018 tot en met januari 2019. In juni 2018 werd het onderzoeksvoorstel ingeleverd bij de begeleidende docenten via de HZ documentenbalie. Vanaf september 2018 begon de afstudeerstage, waar het onderzoek onder andere plaatsvond. Na aanvang van de stage is gestart met de dataverzameling in september en oktober en vervolgens met de data-analyse in oktober, november en december. In januari 2019 is het onderzoeksverslag ingeleverd. Het onderzoek zal in januari 2019 worden gepresenteerd. De onderzoekslocaties waren Buurtzorg teams Goes Noord, Goes Oost, Goes Zuid, Heinkenszand, Krabbendijke, Kruiningen en Yerseke. Het onderzoeksvoorstel en het onderzoeksverslag zijn met name bij de onderzoeker thuis in Colijnsplaat en op de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen gemaakt.

2.3 Meetinstrument en operationalisatie

Het Lectoraat Healthy Region (2018) heeft een topiclijst aan succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg met indicatoren beschikbaar gesteld en geoperationaliseerd. Deze topiclijst kon in het huidige onderzoek worden getest aan de hand van een cvi. De topiclijst met indicatoren werd in het huidige onderzoek geoperationaliseerd vanuit het theoretisch kader. De topiclijst, de indicatoren en de operationalisatie zijn samen weergegeven in tabel 3. De groene topics zijn succesfactoren en de oranje topics worden gezien als belemmerende factoren.

In het begin van de enquête is gevraagd naar enkele persoonsgegevens. De persoonsgegevens die werden gevraagd zijn leeftijd, geslacht, aantal jaren werkzaam bij Buurzorg, in welke functie en in welk team de respondenten werkzaam waren.

Voor de antwoordmogelijkheden in de cvi is gekozen voor een vierpunts-likertschaal. Wanneer gekozen zou worden voor een drie- of vijfpunts-likertschaal kon de respondent voor de middelste optie kiezen. De middelste optie zou neutraal zijn en om deze reden geen duidelijk antwoord geven op de duidelijkheid of relevantie. Met een vierpunts-likertschaal werd de respondent gedwongen een keuze te maken (Polit & Beck, 2006). Een vierpunts-likertschaal was in de huidige situatie genoeg om een duidelijk antwoord te krijgen. Aan de hand van de vierpunts-likertschaal was gekozen voor onderstaande antwoordmogelijkheden.

Met betrekking tot de mate van relevantie als succes- of belemmerende factor van verpleegkundig geleide zorg:

- 0 = Niet relevant;
- 1 = Alleen relevant indien de formulering grondig wordt aangepast;
- 2 = Relevant met enige aanpassing qua formulering;
- 3 = Relevant zonder aanpassingen.

Met betrekking tot de mate van duidelijkheid zoals het onderwerp en de indicatoren geformuleerd zijn:

- 0 = Niet duidelijk;
- 1 = Alleen duidelijk indien de formulering grondig wordt aangepast;
- 2 = Duidelijk met enige aanpassing qua formulering;
- 3 = Duidelijk zonder aanpassingen.

Tabel 3

Topiclijst, indicatoren en operationalisatie

	Beleid en organisatie	Indicatoren (structuur, proces en uitkomst)	Literatuurreview Lectoraat Healthy Region	Bevestiging eigen literatuur en theoretisch kader
1	Focus op continuïteit van zorg	Volledige zorg, minder wisseling in zorgverleners en goede overdracht van informatie tussen zorgverleners. Zorgt voor hogere kwaliteit van zorg en een hoge cliënttevredenheid.	(Buurman, Parlevliet, Van Deelen, De Haan, & de Rooij, 2010) (Christis, 2014) (Dekkers, 2013) (De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (European Union, 2017) (Harris, 2016) (Kögel, 2017) (Monsen & De Blok, 2013) (Sheldon, 2017) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Gray, Sarnak & Burgers, 2015) (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016)
2	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers	Zorgverleners hebben minder administratieve lasten en meer autonomie, waardoor ze meer tijd in kunnen delen voor (contact met) cliënten en hun familie.	(Buurman, Parlevliet, Van Deelen, De Haan, & de Rooij, 2010) (Dekkers, 2013) (De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Frijters, 2017) (Harris, 2016) (Kögel, 2017) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016) (White, 2016) (Zurmehly, 2007)	(Gort, 2014) (Royal College of Nursing, 2016)
3	Kleine, zelfmanagende teams	Minder bureaucratie, sterke teamspirit.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (European Union, 2017) (Frijters, 2017)	(Gort, 2014) (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015)

			(Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (Harris, 2016) (Kögel, 2017) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015) (Royal College of Nursing, 2016) (Sheldon, 2017) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	
4	Geïntegreerde zorg	Verbeteren van zorg door betere coördinatie, het linken van diensten, het coördineren van teams en het samenvoegen van middelen.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (European Union, 2017) (Monsen & De Blok, 2013)	(De Groot, Maurits & Francke, 2017) (Gray, Sarnak & Burgers, 2015)
5	Holistische aanpak	Niet alleen gefocust op somatische kwesties maar op de mens als geheel. Multidisciplinair werken.	(Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (Harris, 2016) (Zurmehly, 2007)	(Gray, Sarnak & Burgers, 2015) (Zurmehly, 2007)
6	Gedeelde visie	Een gedeelde visie op geïntegreerde zorg is essentieel om het organiseren van zorg goed vorm te geven.	Resultaat uit een focusgroep bijeenkomst	(Nijhof, 2013)
7	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening	Kan leiden tot een hogere werkdruk in kleine teams. Moeilijkheid om 24/7 ongeplande zorg te bieden. Bedreiging van de continuïteit van zorg 's nachts en in het weekend. Aanwezigheid van voorzieningen in het districtskantoor.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Frijters, 2007) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(De Groot, Maurits & Francke, 2017) (Royal College of Nursing, 2016)
8	Kleine, zelfmanagende teams	Kan leiden tot hogere werkdruk, professionele isolatie en een (ervaren) gebrek aan ondersteuning.	Resultaat uit een focusgroep bijeenkomst	(Royal College of Nursing, 2016)

	Onderwijs en verpleegkundige kennis	Indicatoren (structuur, proces en uitkomst)	Literatuurreview Lectoraat Healthy Region	Bevestiging eigen literatuur en theoretisch kader
9	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid	Meer plezier in het werk, uitdagender werk en meer vrijheid en flexibiliteit voor zorgverleners.	(Christis, 2014) (Dekkers, 2013) (Harris, 2016) (Kögel, 2017) (Monsen & De Blok, 2013) (De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Zurmehly, 2007)	(Gort, 2014) (De Groot, Maurits & Francke, 2017) (Maurits, De Veer & Francke, 2016) (Maurits, De Veer, Groenewegen & Francke, 2017)
10	Cliëntgerichtheid	Meer tijd met en voor de cliënt, luisteren naar de cliënt en hun familie, zorgverleners zijn toegankelijk. Zorgt voor hoge kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.	(Buurman, Parlevliet, Van Deelen, De Haan, & de Rooij, 2010) (De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (De Veer, De Boer, Spreeuwenberg, Brandt, Schellevis & Francke, 2009) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015) (Sheldon, 2017) (White, 2016) (Zurmehly, 2007)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013)
11	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen	Extra tijd investeren aan het begin van zorgtraject zorgt voor snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder heropnames van cliënten in het ziekenhuis.	(Frijters, 2017) (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (White, 2016) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015)
12	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals	Continuïteit van zorg en multidisciplinair samenwerken.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Sheldon, 2017) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013)

13	Generalistische zorgverleners	Zorgverleners in een zelfsturend team zijn creatief, flexibel, competent en allround.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Kögel, 2017) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015)	(De Groot, Maurits & Francke, 2017) (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Maurits, De Veer, Groenewegen & Francke, 2017) (Royal College of Nursing, 2016)
14	Werkdruk	Werken in kleine, zelfsturende teams kan resulteren in een hogere (ervaren) werklast.	(Frijters, 2017) (Zurmehly, 2007)	(Nijhof, 2016)
15	Hogere onderwijsbehoeften	Educatieve ondersteuning rond zelfsturende teams, financiële aspecten en computervaardigheden is nodig.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008) (Zurmehly, 2007)	(Royal College of Nursing, 2016)

	Financieel model	Indicatoren (structuur, proces en uitkomst)	Literatuurreview Lectoraat Healthy Region	Bevestiging eigen literatuur en theoretisch kader
16	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie	Lagere kosten door minder kantoormedewerkers, veel autonomie.	(European Union, 2017) (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (Harris, 2016) (Kögel, 2017) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013) (Sheldon, 2017)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Royal College of Nursing, 2016)
17	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid	Worden gemaximaliseerd door het geven van training in zelfzorg, het creëren van netwerken of het aanbieden hulpmiddelen. Hogere uurtarieven, maar een lager aantal zorguren leiden tot goedkopere zorg.	(Christis, 2014) (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015) (Royal College of Nursing, 2016) (Sheldon, 2017) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016)

18	Non-profit organisatie	Kostenbesparingen worden opnieuw geïnvesteerd in zorgverleners, innovaties, projecten en middelen om zorg te bieden resulterend in een hogere kwaliteit van zorg.	(Kögel, 2017) (Monsen & De Blok, 2013) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Royal College of Nursing, 2016)
19	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem	Omaha vervangt een administratieve laag voor thuiszorg en reduceert administratieve kosten.	(Monsen & De Blok, 2013)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015)
20	Behoeft aan kennis over financiële aspecten	Zorgverleners moeten bepaalde financiële handelingen uitvoeren en daar de juiste kennis voor hebben.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008)	(Nijhof, 2013)

	Methoden	Indicatoren (structuur, proces en uitkomst)	Literatuurreview Lectoraat Healthy Region	Bevestiging eigen literatuur en theoretisch kader
21	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid	Wordt standaard gegeven aan cliënten, voor snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder heropnames van cliënten in het ziekenhuis.	(Frijters, 2017) (Gray, Sarnak, & Burgers, 2015) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016) (White, 2016) (Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016)
22	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem	Zorgt voor eenvoudiger contact met collega's en de backoffice en geeft meer transparantie.	(Dekkers, 2013) (European Union, 2017) (Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013) (Sheldon, 2017)	(Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015) (Monsen & De Blok, 2013)
23	Focus op preventieve activiteiten	Vanaf dag 1 verbeteren van gezondheid en welzijn.	(Kreitzer, Monsen, Nandram, & De Blok, 2015)	(Gray, Sarnak & Burgers, 2015) (Kreitzer, Monsen, Nandram & De Blok, 2015)

			(Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008)	(Monsen & De Blok, 2013)
24	Gebruik e-health en domotica	Ondersteuning van de zorg, minder zorguren.	Resultaat uit een focusgroep bijeenkomst	(Guldemon, 2017)

	Wet- en regelgeving	Indicatoren (structuur, proces en uitkomst)	Literatuurreview Lectoraat Healthy Region	Bevestiging eigen literatuur en theoretisch kader
25	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg	Implementatie van verpleegkundige gemeenschapszorg is mogelijk.	(De Veer, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008)	(Movisie, 2013) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016) (Rijksoverheid, 2015)
26	Gebruik van algemene privacywetgeving	Continuïteit van zorg, veiligheid van cliëntgegevens.	Resultaat uit een focusgroep bijeenkomst	(Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.)
27	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen	Noodzaak voor goede ICT-faciliteiten. De veiligheid van cliëntgegevens moet zorgvuldig worden bewaakt.	Resultaat uit een focusgroep bijeenkomst	(Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.) (Monsen & De Blok, 2013) (Royal College of Nursing, 2016)

2.4 Dataverzameling

Vooraan de enquête bevond zich een inleidende brief. In de brief stelde de onderzoeker zich voor, werd het onderzoek voorgesteld en de structuur van de cvi uitgelegd. Hierin werd gevraagd deel te nemen en de enquête in te vullen. Gevraagd werd om de antwoorden te voorzien van toelichting. Aanvullend aan de cvi waren vragen over persoonsgegevens van de respondenten. De volledige enquête met inleidende brief, zoals deze was uitgereikt aan de onderzoekspopulatie, is te vinden in bijlage 1.

De teams zijn begin september per e-mail benaderd om deel te nemen. Gevraagd werd of de onderzoeker voor eind oktober langs kon komen tijdens een teamvergadering. Uit de reacties bleek dat teams hier liever geen tijd voor beschikbaar stelden tijdens de teamvergadering, behalve Buurtzorgteam Kapelle. Besloten is om uitgeprinte enquêtes bij de andere teams persoonlijk af te leveren en twee weken later weer persoonlijk op te halen. De teamvergadering van Buurtzorgteam Kapelle ging niet door, waardoor het betrekken van dit team binnen de periode van dataverzameling niet meer mogelijk was. De dataverzameling is eind oktober afgesloten. Wanneer een enquête meer dan tien niet ingevulde antwoordmogelijkheden zou bevatten (missings), zou deze niet bij het onderzoek betrokken worden. Eén respondent had 23 antwoordmogelijkheden niet ingevuld, waarna is besloten de enquête niet bij het onderzoek te betrekken. Uiteindelijk is een totaal aantal van 31 respondenten behaald.

De stage startte in september 2018. In januari 2019 is het onderzoeksverslag ingeleverd. Voor het inlevermoment was voldoende tijd nodig om de ingevulde enquêtes te verzamelen, te analyseren en de resultaten te verwerken in een verslag. De beoordelingsronde vond plaats in september en oktober 2018. Gezien dit korte tijdsbestek was gekozen maar één beoordelingsronde te doen en de cvi eenmalig ter beoordeling voor te leggen aan de respondenten.

2.5 Data-analyse

Onder de data-analyse vallen de dataregistratie, data-analyse en dataverwerking. De uitkomsten van de cvi zijn ingevoerd in het computerprogramma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Dit is een statistieksoftware voor onderzoek. Hierin is een codeboek aangemaakt waarvan de Variable View en Data View te vinden zijn in bijlage 3. Aan de hand van de verschillende opties in SPSS is de cvi bepaald. De resultaten van de cvi die berekend zijn, zijn in een tabel gezet in Microsoft Excel.

Item-level content validity index

Wanneer de cvi per topic wordt berekend, wordt dit de item-level content validity index (i-cvi) genoemd. Aan de hand van de i-cvi kan bekeken worden in welke mate een topic relevant of duidelijk is. De i-cvi zegt dus iets over de relevantie en duidelijkheid van ieder topic op zich (Polit & Beck, 2006). Het doel is om zo relevant en duidelijk mogelijke topics te krijgen. Door de schaalmogelijkheden die aangeven dat een topic relevant of duidelijk is samen te nemen, kan de mate van relevantie en duidelijkheid van de gehele topiclijst berekend worden. In dit onderzoek zijn dit de schaalmogelijkheden van 2 en 3 samen. Hiervoor moet het antwoord zo vaak mogelijk 3 of eventueel 2 zijn.

Om de i-cvi te berekenen, worden de volgende onderdelen bij elkaar opgeteld:

- A. Totaalaantal beoordelingen per vraag;
- B. Aantal als relevant (2 of 3) beoordeelde per topic;
- C. Aantal als duidelijk (2 of 3) beoordeelde per topic.

Om de i-cvi van relevantie te berekenen, is het aantal als relevant beoordeelde per topic (B) bij elkaar opgeteld. Het aantal als relevant beoordeelde per topic is gedeeld door het totaal aantal beoordelingen per vraag. Bijvoorbeeld: 31 respondenten hebben het topic beoordeeld (A), 28 respondenten scoorden de relevantie van het topic met een 2 of 3 (B). Om de i-cvi van relevantie uit te rekenen, is berekend: $B/A = i\text{-cvi}$, dus: $28/31 = 0,90$.

Bij de duidelijkheid van de topics is hetzelfde gedaan. Het aantal als duidelijk beoordeelde per topic (C) is bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal beoordelingen van die vraag. Bijvoorbeeld: 30 respondenten hebben het topic beoordeeld (A), 24 respondenten scoorden de duidelijkheid van het topic met een 2 of 3 (C). Om de i-cvi van duidelijkheid uit te rekenen, is berekend: $C/A = i\text{-cvi}$, dus $24/30 = 0,80$.

Vanuit literatuur wordt aanbevolen een minimum i-cvi van 0,78 aan te houden (Polit & Beck, 2006). De topics die op relevantie of duidelijkheid lager scoren dan een i-cvi van 0,78 moeten worden aangepast. Hiervoor kunnen de tekstuele verbeteringen worden gebruikt.

Scale-level content validity index

Wanneer de cvi van de complete topiclijst wordt berekend, wordt dit de scale-level content validity index (s-cvi) genoemd. De cvi wordt dan berekend per schaalmogelijkheid, in plaats van per topic. De s-cvi zegt dus iets over de relevantie en duidelijkheid van de topiclijst als geheel (Polit & Beck, 2006).

De s-cvi is berekend door alle i-cvi bij elkaar op te tellen en dit aantal te delen door het totaal aantal topics. In dit onderzoek zijn 27 topics onderzocht, wat betekent dat alle 27 i-cvi bij elkaar zijn opgeteld en zijn gedeeld door 27. Voor de s-cvi wordt doorgaans een minimum van 0,8 gehanteerd (Polit & Beck, 2006).

In het onderzoek zijn twee categorieën topics, namelijk succesfactoren en belemmerende factoren. Interessant is om de s-cvi voor zowel de succesfactoren als voor de belemmerende factoren te berekenen. De s-cvi van de hele topiclijst, de s-cvi van duidelijkheid, de s-cvi van relevantie, de s-cvi van de succesfactoren en de s-cvi van de belemmerende factoren zijn berekend.

2.6 Betrouwbaarheid

Toevallige fouten in het onderzoek moesten zoveel mogelijk worden vermeden. De betrouwbaarheid werd op verschillende manieren gewaarborgd. Alle gegevens om het onderzoek opnieuw uit te voeren of voort te zetten, zijn beschreven in het onderzoeksvoorstel en onderzoeksverslag. Dit maakt het onderzoek herhaalbaar (Verhoeven, 2014).

De topiclijst is ter beoordeling voorgelegd aan een onafhankelijke onderzoekspopulatie. Er waren geen partijen afhankelijk van de antwoorden van de onderzoekspopulatie. Door middel van de peergroup is gebruik gemaakt van peer examination. Zij hebben gedurende het hele onderzoek met regelmaat de voortgang gecontroleerd, wat de betrouwbaarheid heeft vergroot. In het tijdsbestek van het onderzoek was het niet mogelijk meerdere rondes uit te voeren bij het beoordelen van de topiclijst. De topiclijst is slechts een keer ter beoordeling aan de onderzoekspopulatie voorgelegd. Dit verkleint de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2014).

Hoe groter de steekproefomvang, hoe betrouwbaarder het onderzoek. De kans dat de uitkomsten generaliseerbaar zijn voor de totale populatie werd verhoogd, door te proberen iedereen die voldeed aan de in- en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie bij het onderzoek te betrekken. Afwijkende waarden van een respondent wogen dan minder zwaar mee in de uitkomst. Om deze reden werd geprobeerd om alle acht de teams uit Zuid-Beveland bij het onderzoek te betrekken, wat de betrouwbaarheid heeft vergroot. Eén team heeft niet kunnen deelnemen binnen het tijdsbestek, wat de betrouwbaarheid weer verkleint. Het minimaal aantal respondenten voor een cvi is doorgaans vijf. In het huidige onderzoek zijn 31 respondenten betrokken. Door de grote steekproefomvang is de betrouwbaarheid vergroot (Verhoeven, 2014).

De Cronbach's Alpha kan worden berekend bij een Likertschaal, om na te gaan of alle vragen hetzelfde meten. De onderlinge samenhang van de topics wordt hiermee berekend. De uitkomst van de Cronbach's Alpha geeft aan hoe betrouwbaar de vragen een begrip meten. De uitkomst is maximaal 1, waarbij een waarde boven de 0,60 een voldoende homogeen beeld geeft van de topiclijst. De Cronbach's Alpha voor de topiclijst heeft een waarde van 0,92. Voor deze betrouwbaarheid zijn volgens de berekening in SPSS geen topics dusdanig afwijkend, dat de waarde zonder deze topics significant zou veranderen. Dit betekent dat de cvi een excellente interne consistentie heeft. De onderlinge samenhang van de topics in de topiclijst is hierbij hoog (Verhoeven, 2014).

2.7 Validiteit

Validiteit wordt ook wel geldigheid van een onderzoek genoemd. Drie vormen van validiteit worden onderscheiden: interne, externe, en begripsvaliditeit.

Interne validiteit

Om de interne validiteit te vergroten, is de topiclijst tussendoor niet aangepast. Alle respondenten hebben dezelfde topiclijst beoordeeld. Het Buurtzorgmodel is al meer dan tien jaar toegepast. De kans op concrete veranderingen of externe voorvallen tijdens het onderzoek was hierdoor klein. Het is mogelijk dat de respondenten trots zijn op de organisatie waar zij werken. Dit vergrootte de kans op het positief beoordelen van de succesfactoren en het negatief beoordelen van de belemmerende factoren. Dit kan de interne validiteit negatief beïnvloeden hebben (Verhoeven, 2014).

Externe validiteit

De uitspraken over de resultaten zijn gegeneraliseerd voor de regio Zuid-Beveland. Alle teams van Buurtzorg in Nederland werken volgens een vast model, namelijk het Buurtzorgmodel. De teams in Zuid-Beveland waren vergelijkbaar met de teams in de rest van Nederland. Dit maakt dat de uitspraken wel vergelijkbaar zijn in soortgelijke situaties. Dit vergrootte de inhoudelijke generalisatie. Alle mogelijke respondenten binnen de in- en exclusiecriteria werden gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Hierdoor is de kans groter gemaakt dat de steekproef representatief is voor de totale onderzoekspopulatie in Zuid-Beveland. Dit wordt populatievaliditeit genoemd (Verhoeven, 2014).

Begripsvaliditeit

Het meetinstrument werd voorafgaand aan het onderzoek opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek en gecontroleerd door een focusgroep met experts. De onderzoeksopzet en -methode waren erop gericht om de topiclijst te valideren. De topiclijst is aangepast aan de hand van de resultaten. Om de topiclijst inhoudsgevalideerd te maken, dient deze in nog één of meerdere beoordelingsrondes te worden voorgelegd aan de onderzoekspopulatie. Dit was binnen het tijdsbestek van dit onderzoek niet haalbaar.

Zowel de succes- en belemmerende factoren waren betrokken in het onderzoek. De topics in de topiclijst waren weerlegbaar. Aan de hand van het onderzoek konden de topics bevestigd of weerlegd worden. De indicatoren in de topiclijst legden uit wat met de topics bedoeld werd. Op deze manier werd verwarring over de invalshoek van het onderwerp voorkomen (Verhoeven, 2014).

2.8 Wijze van rapportage

Het onderzoeksvoorstel en -verslag voldoen aan de richtlijnen voor verslaglegging en voor het praktijkgericht onderzoek. Het onderzoeksvoorstel en -verslag zijn bij de begeleidende docenten ingeleverd via de documentenbalie van de HZ University of Applied Sciences en per e-mail. Het onderzoeksverslag is twee keer uitgeprint en ingebonden, voor beide begeleiders een exemplaar. Het beoordelingsformulier hiervan is te vinden in bijlage 5. Het verloop, de belangrijkste resultaten en de onderdelen van het onderzoeksverslag worden gepresenteerd. De presentatie vindt plaats op de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen. De begeleidende docenten en de peergroup zijn bij de presentatie aanwezig.

2.9 Juridische en ethische aspecten

Voor de uitvoering van het onderzoek was toestemming gegeven door mevrouw A. Joosse. Zij was Buurtzorgcoach van de zeven teams waar het onderzoek plaatsvond. De schriftelijke toestemming voor het uitvoeren van het praktijkgericht onderzoek op de onderzoekslocaties is te vinden in bijlage 2. De verpleegkundigen en verzorgenden konden deelnemen aan het onderzoek op vrijwillige basis. Vooraf werd uitgelegd wat het doel en de werkwijze van het onderzoek waren. De enquêtes zijn anoniem verwerkt. De persoonsgegevens die zijn gevraagd, zijn op een dusdanige manier in het onderzoeksverslag verwerkt dat niet te achterhalen is wie, welke antwoorden gegeven heeft. De ingevulde enquêtes zijn na de data-analyse vernietigd. De resultaten uit het onderzoeksverslag kunnen openbaar gepubliceerd worden.

3. Resultaten

De kenmerken van de respondenten die betrokken zijn in de resultaten worden beschreven. Uit de dataverzameling- en analyse volgen de resultaten van de cvi, geordend volgens de vijf categorieën uit het theoretisch kader. Tot slot worden de resultaten van de cvi als geheel weergegeven.

3.1 Respondentkenmerken

Bij dit onderzoek zijn 31 respondenten betrokken, variërend in leeftijd, Buurtzorgteam, opleidingsniveau en aantal werkzame jaren. Alle respondenten zijn van het vrouwelijke geslacht. De respondenten hadden een leeftijd tussen de 20 en de 63 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd 41 jaar was. Door tijdsomstandigheden kon het Buurtzorgteam Kapelle, ondanks hun hoge bereidwilligheid tot deelname, niet meer bij het onderzoek betrokken worden. Onder de respondenten hebben minder zorgverleners met opleidingsniveau niveau 3 (IG) deelgenomen dan zorgverleners met opleidingsniveau 4 of niveau 5/6. In tabel 4 zijn de persoonskenmerken van de respondenten te vinden.

Tabel 4

Respondentkenmerken (n=31)

Respondentkenmerken	Variabelen	Absolute frequentie (n)	Relatieve frequentie (%)
Totaalaantal respondenten		31	100
Leeftijd in jaren			
	20 tot 35 jaar	10	32,3
	35 tot 50 jaar	11	35,5
	50 tot 65 jaar	10	32,3
Buurtzorgteam			
	Goes Noord	8	25,8
	Goes Oost	5	16,1
	Goes Zuid	3	9,7
	Heikenszand	6	19,4
	Krabbendijke	4	12,9
	Kruiningen	1	3,2
	Yerseke	4	12,9
Opleidingsniveau			
	Niveau 5/6	11	35,5
	Niveau 4	13	41,9
	Niveau 3 (IG)	7	22,6
Aantal jaren werkzaam			
	Minder dan een jaar	4	12,9
	1-2 jaar	8	25,8
	2-5 jaar	9	29
	Langer dan 5 jaar	10	32,3

3.2 Beleid en organisatie

De categorie beleid en organisatie bestond uit zes succesfactoren en twee belemmerende factoren. Het topic dat het hoogst is beoordeeld in de categorie beleid en organisatie, is 'holistische aanpak'. Dit topic scoorde op zowel de relevantie als duidelijkheid een i-cvi van 1,00, wat betekent dat alle respondenten dit topic relevant en duidelijk vonden. Van de 31 respondenten hebben 29 respondenten (93,5%) een score van 3 gegeven, wat betekent dat zij dit topic 'relevant zonder aanpassingen' vonden. Uit drie opmerkingen komt naar voren dat de mens als geheel zien belangrijk is en 'leidt tot betere zorg'.

Ook de topics 'focus op continuïteit van zorg' en 'gedeelde visie' scoren een i-cvi van 1,00 op relevantie. De duidelijkheid wordt bij deze topics met een i-cvi van 0,97 beoordeeld. In de opmerkingen werd 'focus op continuïteit van zorg' als 'ideaalbeeld' gezien. Door 26 van de 31 respondenten (83,9%) is dit topic als 'relevant zonder aanpassingen' beoordeeld. Uit drie opmerkingen blijkt dat het ondanks de 'focus op continuïteit van zorg' niet altijd haalbaar is om minder wisseling van zorgverleners te hebben. Bij het topic 'gedeelde visie' hebben twee respondenten aangegeven dat het belangrijk is dat het hele team de visie deelt.

Onder de succesfactoren werd 'geïntegreerde zorg' als minder relevant gezien (0,93) binnen de categorie beleid en organisatie. De duidelijkheid van dit topic werd met een i-cvi van 0,83 beoordeeld. Van de 30 ingevulde antwoorden vonden 16 respondenten (53,3%) dit 'relevant zonder aanpassingen' en 10 respondenten (33,3%) dit 'duidelijk zonder aanpassingen'. Uit de opmerkingen van vijf respondenten kwam naar voren dat een deel van de indicatoren als niet duidelijk ervaren werden, namelijk: 'het linken van diensten, het coördineren van teams en het samenvoegen van middelen'. De succesfactor 'kleine, zelfmanagende teams' scoorde een i-cvi van 0,97 op relevantie. Bij het topic 'focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers' werd door vijf respondenten opgemerkt dat zorgverleners veel administratieve taken houden in de thuiszorg, onder andere door de eisen van zorgverzekeraars.

De twee belemmerende factoren van beleid en organisatie 'de uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening' en 'kleine, zelfmanagende teams' scoorden op relevantie een i-cvi van 0,87 en 0,84. Het organiseren van 24/7 zorgverlening kan volgens de opmerkingen van vijf respondenten de werkdruk verhogen bij (tijdelijk) minder personeel. Dezelfde opmerkingen werden door vijf respondenten gemaakt op de belemmerende factor 'kleine, zelfmanagende teams'.

3.3 Onderwijs en verpleegkundige kennis

De categorie onderwijs en verpleegkundige kennis bevatte vijf succesfactoren en twee belemmerende factoren. Bij de succesfactoren werd 'cliëntgerichtheid' door alle respondenten relevant en duidelijk bevonden. Van de 31 respondenten, vonden 28 respondenten (90,3%) dit 'relevant zonder aanpassingen'. Ook 'hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid' werd door alle respondenten relevant bevonden. Eén respondent zegt hierover: 'je werk hoort je hobby te zijn'. Een andere respondent heeft 'heel veel plezier omdat er meer vrijheid is'.

Bij 'opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen' werd door twee respondenten opgemerkt dat dit 'niet alleen in het begin van het zorgtraject' belangrijk is. 'Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals' is volgens één respondent lastiger in steden dan in dorpen, door de grotere hoeveelheid aan huisartsen en professionals. Bij 'generalistische zorgverleners' voegen drie respondenten toe dat 'ieder andere kwaliteiten heeft' en dat zorgverleners elkaars talenten kunnen gebruiken en inzetten door 'iemand te laten doen waar hij/zij goed in is'.

De belemmerende factor 'werkdruk' werd met een 0,97 gescoord op de i-cvi van relevantie. Twee respondenten merkten op dat een team diensten 'met elkaar op moet lossen' indien iemand uitvalt door bijvoorbeeld ziekte. Hierbij werd opgemerkt dat zorgverleners moeten leren hun grenzen te bewaken en dat goede afspraken gemaakt moeten worden binnen het team. Ook de relevantie van de belemmerende factor 'hogere onderwijsbehoeften' scoorde een i-cvi van 0,97. In drie opmerkingen stond dat teamleden onderling elkaar steunen. Wanneer een iemand meer verstand van een onderwerp heeft, kan diegene uitleg geven aan de andere teamleden. Hierdoor hoeven volgens deze respondenten niet alle teamleden in hetzelfde geschoold te worden.

3.4 Financieel model

Vier succesfactoren en één belemmerende factor zijn gevraagd in de categorie financieel model. Een 'platte organisatiestructuur, geen hiërarchie' werd door alle respondenten relevant bevonden. Hetzelfde geldt voor 'gebruik van een ondersteunend classificatiesysteem', die ook op duidelijkheid een i-cvi van 1,00 scoorde. Eén respondent merkte op dat ondanks deze ondersteuning veel administratie bijgehouden moet worden.

Een 'non-profit organisatie' werd als relevant gezien met een i-cvi van 0,97. De succesfactor 'gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid' leidt tot minder zorguren. Ondanks de hogere uurtarieven leidt dit tot goedkopere zorg. Door één respondent werd aangegeven dat een hoger uurtarief 'schrik geeft' bij cliënten, 'ook al is het zorgmoment korter'. Door 26 van de 31 respondenten (83,9%) werd dit topic als 'relevant zonder aanpassingen' gezien.

De belemmerende factor 'behoefte aan kennis over financiële aspecten' werd door alle respondenten als duidelijk ervaren, maar scoorde een relatief lage i-cvi van 0,90 op relevantie. Eén respondent geeft aan dat zorgverleners hier veel vanaf moeten weten, maar dat nog veel onduidelijk is. Een andere respondent vertelde dat hiervoor advies kan worden gevraagd aan de financiële administratie op het hoofdkantoor van Buurtzorg in Almelo.

3.5 Methoden

De categorie methoden bestond uit vier succesfactoren. 'Focus op preventieve activiteiten' werd door alle respondenten als relevant en duidelijk beoordeeld met een i-cvi van 1,00. Twee respondenten merkten op dat dit soms niet vanaf dag één mogelijk is. Eén respondent gaf aan dat wel eerst de zorgvraag in kaart gebracht dient te worden. 'Gebruik van uitgebreid ICT-systeem' heeft een i-cvi gescoord van 0,97 op zowel relevantie als duidelijkheid.

'Gebruik van e-health en domotica' werd door minder dan de helft van de respondenten relevant bevonden zonder aanpassingen, namelijk door 15 van de 31 respondenten (48,4%). De i-cvi van relevantie was 0,90. Een respondent gaf hierbij het volgende aan: 'het steeds opnieuw aanwinnen of aanleren van nieuwe methoden kost veel tijd en energie'.

Uit vijf opmerkingen kwam naar voren dat het topic 'training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid' afhankelijk is van verschillende factoren. Genoemde factoren zijn de 'motivatie' en 'individuele basis' van de cliënt. De i-cvi van relevantie is met een 0,94 beoordeeld. Eén respondent reageerde: 'er zullen altijd zorgafhankelijke mensen zijn en blijven'.

3.6 Wet- en regelgeving

Onder de categorie wet- en regelgeving zijn twee succesfactoren en één belemmerende factor gevraagd. 'Gebruik van algemene privacywetgeving' als succesfactor had een i-cvi van 0,97 op relevantie en duidelijkheid behaald. Eén respondent merkte hierover het volgende op: 'Er zijn te veel verschillende beveiligde omgevingen die niet op elkaar aansluiten'. De belemmerende factor 'uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen' scoorde bij relevantie een i-cvi van 0,97. Eén respondent vond veiligheid 'een klein onderdeel in het geheel van de ICT-ondersteuning'.

Het topic 'wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg' heeft een i-cvi van 0,86 gescoord op relevantie en van 0,76 op duidelijkheid. De i-cvi van relevantie was hier met 0,86 de laagst beoordeelde succesfactor. Dit topic had het hoogste aantal niet ingevulde antwoorden, namelijk drie missings. De andere topics hadden geen tot maximaal twee missings. Van de 28 respondenten die deze vraag hebben ingevuld, vonden 9 respondenten (32,1%) dit topic 'relevant zonder aanpassingen'. Bij duidelijkheid vonden 8 van de 29 respondenten (27,6%) dit 'duidelijk zonder aanpassingen'. Vanuit de literatuur werd aanbevolen een minimum i-cvi van 0,78 aan te houden (Polit & Beck, 2006). De relevantie van dit topic was met 0,86 hoger dan 0,78, wat betekent dat het topic niet geschrapt hoeft te worden uit de topiclijst. De duidelijkheid scoorde met een i-cvi van 0,76 onder de minimale grens van 0,78. Het topic dient voor de duidelijkheid grondig te worden aangepast qua formulering. Drie respondenten gaven algemeen aan dat dit topic niet duidelijk is. Drie andere respondenten gaven aan dat ze niet weten wat 'gemeenschapszorg' inhield. De uitkomsten van de i-cvi voor alle succes- en belemmerende factoren zijn te vinden in onderstaande tabel 5.

Tabel 5*Resultaten i-cvi*

	Topics		0	1	2	3	n	i-cvi
1	Focus op continuïteit van zorg	relevantie	0	0	5	26	31	1,00
		duidelijkheid	0	1	9	21	31	0,97
2	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers	relevantie	0	2	8	21	31	0,94
		duidelijkheid	0	3	6	22	31	0,90
3	Kleine, zelfmanagende teams	relevantie	1	0	5	25	31	0,97
		duidelijkheid	1	1	5	23	30	0,93
4	Geïntegreerde zorg	relevantie	1	1	12	16	30	0,93
		duidelijkheid	1	4	15	10	30	0,83
5	Holistische aanpak	relevantie	0	0	2	29	31	1,00
		duidelijkheid	0	0	6	24	30	1,00
6	Gedeelde visie	relevantie	0	0	6	25	31	1,00
		duidelijkheid	0	1	10	20	31	0,97
7	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening	relevantie	0	4	8	19	31	0,87
		duidelijkheid	0	6	8	17	31	0,81
8	Kleine, zelfmanagende teams	relevantie	1	4	9	17	31	0,84
		duidelijkheid	2	3	7	19	31	0,84
9	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid	relevantie	0	0	8	23	31	1,00
		duidelijkheid	0	1	7	23	31	0,97
10	Cliëntgerichtheid	relevantie	0	0	3	28	31	1,00
		duidelijkheid	0	0	2	29	31	1,00
11	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen	relevantie	1	1	6	23	31	0,94
		duidelijkheid	1	1	6	23	31	0,94
12	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals	relevantie	0	1	5	25	31	0,97
		duidelijkheid	0	2	4	24	30	0,93
13	Generalistische zorgverleners	relevantie	0	1	5	24	30	0,97
		duidelijkheid	0	1	4	25	30	0,97
14	Werkdruk	relevantie	0	1	5	24	30	0,97
		duidelijkheid	0	1	4	25	30	0,97
15	Hogere onderwijsbehoeften	relevantie	0	1	10	20	31	0,97
		duidelijkheid	0	0	8	23	31	1,00
16	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie	relevantie	0	0	7	24	31	1,00
		duidelijkheid	0	1	6	24	31	0,97
17	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid	relevantie	0	2	3	26	31	0,94
		duidelijkheid	1	1	3	26	31	0,94
18	Non-profit organisatie	relevantie	0	1	5	23	29	0,97
		duidelijkheid	1	1	5	23	30	0,93
19	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem	relevantie	0	0	7	23	30	1,00
		duidelijkheid	0	0	9	21	30	1,00
20	Behoeftte aan kennis over financiële aspecten	relevantie	2	1	9	18	30	0,90
		duidelijkheid	0	0	9	20	29	1,00

	Topics		0	1	2	3	n	i-cvi
21	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid	relevantie	0	2	10	19	31	0,94
		duidelijkheid	0	1	7	23	31	0,97
22	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem	relevantie	0	1	7	23	31	0,97
		duidelijkheid	0	1	6	24	31	0,97
23	Focus op preventieve activiteiten	relevantie	0	0	8	22	30	1,00
		duidelijkheid	0	0	10	20	30	1,00
24	Gebruik e-health en domotica	relevantie	1	2	13	15	31	0,90
		duidelijkheid	0	0	11	20	31	1,00
25	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg	relevantie	0	4	15	9	28	0,86
		duidelijkheid	1	6	14	8	29	0,76
26	Gebruik van algemene privacywetgeving	relevantie	0	1	6	24	31	0,97
		duidelijkheid	0	1	4	26	31	0,97
27	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen	relevantie	0	1	6	24	31	0,97
		duidelijkheid	1	1	6	23	31	0,94

3.7 S-cvi

De scale-level content validity index is de gemiddelde cvi van de totale topiclijst of een deel van de topiclijst. Onderscheid is gemaakt in de totale topiclijst, de relevantie, de duidelijkheid, de succesfactoren en de belemmerende factoren. In de methode stond beschreven dat volgens Polit & Beck (2006) bij een s-cvi doorgaans een minimale waarde van 0,8 wordt gehanteerd. De s-cvi van de totale topiclijst was met 0,95 voldoende. Hetzelfde gold voor de andere genoemde onderdelen van de topiclijst. De belemmerende factoren waren gemiddeld genomen minder relevant en duidelijk beoordeeld dan de succesfactoren, maar dit verschil was niet significant. De s-cvi van de totale topiclijst en de verschillende onderdelen hiervan zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6

Resultaten s-cvi

Onderdeel van de topiclijst	S-cvi
Totale topiclijst	0,95
Relevantie	0,95
Duidelijkheid	0,94
Succesfactoren	0,96
Belemmerende factoren	0,92

3.7 Verdere opmerkingen

In de ruimte voor verdere opmerkingen aan het einde van de enquête zijn opmerkingen geschreven door 11 respondenten (35,5%). Hiervan hebben 7 respondenten (22,6%) deze ruimte gebruikt om aan te geven dat de enquête moeilijk of niet duidelijk was. Eén respondent voegde hieraan toe dat dit een drempel was om de enquête in te vullen. Een van de respondenten raadde aan de eerste twee vragen samen uit te voeren, zodat de respondenten weten wat de bedoeling is. Twee andere respondenten hadden graag wat meer toelichting gehad, bijvoorbeeld in de inleidende brief van de enquête. Door 6 respondenten (19,4%) werd deze ruimte gebruikt om de onderzoeker succes te wensen.

Door een van de respondenten werd geschreven: 'de druk in een zelfsturend team is soms echt te hoog wat alle andere mooie doelen in de weg kan staan'. Eén respondent merkte het volgende op:

De succesfactoren worden in de enquête goed benoemd en naar boven gehaald. Echter, de belemmerende factoren (die ook prima verwoord zijn) zijn in grote mate van invloed op de succesfactoren. Zo is de krapte op de arbeidsmarkt van invloed op de tijd die je aan de cliënt besteedt en aan de mate van 'plezier' in je werk. Want tijdsdruk geeft (op langere termijn) stress.

4. Discussie

De interpretatie en verklaring van de resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek worden besproken. De sterke en zwakke kanten van het onderzoek zijn benoemd en onderbouwd.

4.1 Interpretatie en verklaring van de resultaten

De doelstelling van het onderzoek was inzicht krijgen in succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland.

In de resultaten van het huidige onderzoek is de s-cvi van de totale topiclijst met een 0,95 ruim boven de minimale grens van 0,80 uitgekomen (Polit & Beck, 2006). De i-cvi van relevantie van alle topics was boven de minimale grens van 0,78 (Polit & Beck, 2006). Dit betekent dat de gehele topiclijst relevante succes- en belemmerende factoren voor verpleegkundig geleide zorg weergeeft. Wel zijn in de opmerkingen veel nuttige tekstuele verbeteringen en opmerkingen gegeven. Deze konden worden meegenomen in een aangepaste topiclijst (bijlage 4). Eén topic is met de i-cvi van duidelijkheid onder de minimale grens van 0,78 uitgekomen (Polit & Beck, 2006).

Van de succesfactoren die door alle respondenten als relevant en duidelijk beoordeeld waren, hebben twee succesfactoren het hoogst gescoord op de score 'relevant zonder aanpassingen'. Het gaat om de topics 'holistische aanpak' en 'cliëntgerichtheid'. Beide topics hebben te maken met de aanpak rondom de cliënten en in mindere mate met zelfsturing van een team. Dit komt overeen met de uitkomsten van de literatuur van Nandram (2014). Hierin stond omschreven dat het uitgangspunt van zelfsturende teams de cliënt zelf is, volgens een holistische visie.

Vier topics komen in grote lijnen met elkaar overeen. Door 'opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen', 'gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid', 'training in zelfzorg' en 'focus op preventieve activiteiten' wordt gewerkt aan het zelfmanagement van de cliënt. Dit kan worden bereikt door extra tijd te investeren aan het begin van het zorgtraject, het liefst vanaf dag één. Dit zorgt volgens één van de respondenten voor 'meer ruimte voor andere cliënten'. Aan de hand van de opmerkingen kan in de topiclijst worden aangepast dat dit niet altijd mogelijk is. Het zelfmanagement is onder andere afhankelijk van de motivatie en individuele basis van de cliënt. In de literatuur van Nijhof (2013) worden deze topics bevestigd. Bij verpleegkundig geleide zorg ligt de focus van het verpleegplan op zelfredzaamheid en zelfmanagement. Hierdoor kan het aantal zorguren worden teruggebracht. Dit resulteert in een hogere cliënttevredenheid en hogere kwaliteit van zorg (Nijhof, 2013).

Bij meerdere topics kwam in de opmerkingen terug dat in kleine teams een hogere werkdruk kan worden ervaren bij (tijdelijk) minder personeel. In de topiclijst werd genoemd dat focus op continuïteit leidt tot minder wisseling in personeel, maar drie respondenten merkten op dat dit niet altijd haalbaar is. Genoemd werd dat 'kleine, zelfsturende teams' alleen een succesfactor is 'mits de werkdruk niet te hoog is door personeelstekort'. Om deze reden was dit topic ook als belemmerende factor aan de topiclijst toegevoegd. Bij de belemmerende factor 'de uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening' werden dezelfde soort opmerkingen gemaakt met betrekking tot de hoge werkdruk. Redenen die hiervoor genoemd werden, zijn: wisselingen, uitval, ziekte of vakanties van personeel. In de literatuur van Royal College of Nursing (2016) wordt dit bevestigd. Hierin staat dat in een klein team diensten onder een kleiner aantal medewerkers verdeeld moeten worden, wat de werkdruk kan verhogen (Royal College of Nursing, 2016). Oplossingen die in de enquête werden

aangedragen in de opmerkingen, zijn: oproepkrachten, samenwerking met andere instanties en duidelijke afspraken en afstemming binnen het team. Ook werd aangegeven dat teamleden hiervoor moeten leren de eigen grenzen te bewaken.

Het topic 'wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg' werd als niet duidelijk beoordeeld. In de literatuur van Movisie (2013) is de definitie van gemeenschapszorg duidelijk omschreven. De naam van dit topic kan aan de hand van de definitie uit de literatuur als volgt vervangen worden: 'Wet- en regelgeving ondersteunen mensen met beperkingen bij hun deelname aan de samenleving'. De indicatoren kunnen dan vervangen worden door: 'Betere deelname aan de samenleving wordt mogelijk gemaakt door verschillende dienstverleningen in de directe woonomgeving'. Om dit topic inhoudsgevalideerd te maken, dient deze te worden voorgelegd aan de onderzoekspopulatie in een nieuwe beoordelingsronde.

Bij de succesfactor 'geïntegreerde zorg' werd de duidelijkheid met een i-cvi van 0,83 beoordeeld. Uit de opmerkingen van vijf respondenten kwam naar voren dat bij de indicatoren 'het linken van diensten, het coördineren van teams en het samenvoegen van middelen' als niet duidelijk ervaren werden. De literatuur zegt hierover dat het belangrijk is dat de contacten met huisartsen, (zorg)organisaties, en paramedici in de buurt goed gelegd worden. Ook kunnen teams onderling middelen samenvoegen en elkaar ondersteunen. Per buurt kunnen deze organisaties verschillen waardoor ieder team zich hiervoor in zal moeten zetten (Gray, Sarnak & Burgers, 2015). De indicatoren kunnen aan de hand van de opmerkingen en literatuur als volgt worden aangepast: 'Verbeteren van zorg door betere coördinatie met (zorg)organisaties in de buurt. Teams kunnen elkaar onderling ondersteunen'.

4.1 Sterke en zwakke kanten

De betrouwbaarheid en validiteit zijn besproken in het methodehoofdstuk. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de specifieke sterkten en zwakten van dit onderzoek. De betrouwbaarheid van de onderlinge samenhang tussen de topics is berekend met behulp van de Cronbach's Alpha. De waarde van 0,92 gaf hierbij een grote interne consistentie aan. Dit vergroot de betrouwbaarheid, waarbij de topics met elkaar vergelijkbare resultaten weergeven. Het meetinstrument was niet gevalideerd. Wel was de topiclijst samengesteld aan de hand van een review en een focusgroep van het Lectoraat Healthy Region (2018). De topics zijn geoperationaliseerd in het huidige literatuuronderzoek. De twee studenten uit de peergroup en de eerste en tweede beoordelaar hebben de cvi als meetinstrument gecontroleerd en goedgekeurd. Dit vergroot de validiteit van het onderzoek.

Voor een cvi wordt een minimaal aantal respondenten van vijf aangehouden, in dit onderzoek hebben 31 respondenten meegedaan. Het hoge respondentenaantal leidt tot een hogere betrouwbaarheid van de resultaten. Echter, om een topiclijst te valideren kan deze in meerdere beoordelingsrondes aan de onderzoekspopulatie worden voorgelegd. Een zwak punt van dit onderzoek is dat de topiclijst maar één keer aan de onderzoekspopulatie is voorgelegd. Binnen het tijdsbestek van het onderzoek was het niet mogelijk meerdere beoordelingsrondes uit te voeren. Door 22,6% van de respondenten werd aangegeven dat zij de enquête moeilijk of niet duidelijk vonden. Eén topic is als niet duidelijk beoordeeld, maar niet opnieuw getest binnen de onderzoekspopulatie. Hierdoor is de topiclijst nog niet volledig inhoudsgevalideerd. Bij een kleiner respondentenaantal had de enquête persoonlijk toegelicht kunnen worden. Op deze manier zou de enquête minder moeilijk zijn voor de respondenten. Ook had dan tijd overgebleven om meer dan één beoordelingsronde uit te voeren. De topiclijst was dan verder inhoudsgevalideerd en hierdoor meer bruikbaar in verwant of vervolgonderzoek.

In de topiclijst zijn 27 topics verwerkt, die niet allemaal verwerkt zijn in de uitwerking van het verslag. Het grote aantal topics verkleint de bruikbaarheid, omdat niet alle topics in dezelfde mate aan bod zijn gekomen in de uitwerking. Dit onderzoek onderzocht of alle topics relevant bevonden werden, maar niet hoe relevant de topics waren ten opzichte van elkaar. Doordat geen onderscheid is gemaakt in mate van relevant tussen de topics onderling, is de bruikbaarheid verkleind.

5. Conclusie en aanbevelingen

In de conclusie wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Hierna worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de opleiding en vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag: Wat zijn succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland? Alle topics zijn als relevant beoordeeld door de onderzoekspopulatie. Eén topic is als niet duidelijk beoordeeld. De topiclijst is aangepast aan de hand van de resultaten en weergegeven in bijlage 4. De aangepaste topiclijst geeft een relevante weergave van succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg, volgens verpleegkundigen en verzorgenden van Buurtzorg in regio Zuid-Beveland.

Onder de categorie beleid en organisatie werden de topics ‘focus op continuïteit van zorg’, ‘holistische aanpak’ en ‘gedeelde visie’ als meest relevant gezien. De belemmerende factoren ‘kleine, zelfmanagende teams’ en ‘de uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening’ werden voornamelijk als belemmering ervaren bij (tijdelijk) minder personeel.

In de categorie onderwijs en verpleegkundige kennis werden de topics ‘cliëntgerichtheid’ en ‘hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid’ als meest relevant gezien. Uit de opmerkingen kwam naar voren dat niet alle zorgverleners in hetzelfde opgeleid hoeven te worden. Wanneer één zorgverlener meer verstand heeft van een bepaald aspect, kan diegene de kennis overdragen aan de andere teamleden.

In het financiële model waren de topics ‘platte organisatiestructuur, geen hiërarchie’ en het ‘gebruik van ondersteunend classificatiesysteem’ het meest relevant. De belemmerende factor ‘behoefte aan kennis over financiële aspecten’ werd als minder relevant beoordeeld, omdat niet alle zorgverleners in een team over dezelfde kennis hoeven te bezitten.

In de categorie methoden werd ‘focus op preventieve activiteiten’ als belangrijk gezien. Ook een uitgebreid ICT-systeem was van belang. Gebruik van e-health en domotica werd als minder relevant beoordeeld. Hieruit kan worden opgemaakt dat dit niet direct aan het begin van implementatie van verpleegkundig geleide zorg ingezet hoeft te worden.

In de categorie wet- en regelgeving werd ‘gebruik van algemene privacywetgeving’ als meest relevant gezien. ‘Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen’ kunnen een belemmering zijn. De noodzaak voor goede ICT-faciliteiten is hierbij hoog. ‘Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg’ was het enige topic dat te laag scoorde, namelijk op duidelijkheid. Dit topic is aangepast.

5.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen kunnen worden meegenomen bij implementatie van verpleegkundig geleide zorg in de praktijk. Een aanbeveling geldt voor nieuwe praktijkgerichte onderzoeken waarin een andere vorm van onderzoeksmethode wordt gebruikt. Ook worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de topiclijst in vervolgstudies.

5.2.1 Voor de praktijk

Verpleegkundig geleide zorg wordt geïmplementeerd door verpleegkundigen en verzorgenden zelf, zonder tussenkomst van management. Hierbij wordt in de hiërarchie geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende opleidingsniveaus. Alle zorgverleners geven een gelijke bijdrage, waarbij beslissingen in consensus worden genomen. De aanbeveling geldt voor een team aan verpleegkundigen en verzorgenden die starten met verpleegkundig geleide zorg.

De topiclijst uit dit onderzoek geeft een relevante weergave van succes- en belemmerende factoren. Belangrijk is dat alle succesfactoren mogelijk zijn gemaakt, voordat wordt gestart met implementatie. Ook moeten in verder onderzoek doeltreffende maatregelen worden onderzocht om te voorkomen dat de belemmerende factoren een succesvolle implementatie belemmeren. Een paar relevante aanbevelingen met betrekking tot de succes- en belemmerende factoren worden hieronder nader toegelicht.

Een team kan dus niet zomaar starten met het opzetten van verpleegkundig geleide zorg. Eerst zal een visie geschreven moeten worden. Dit toekomstbeeld geeft aan wat de ideale situatie is waar een team of organisatie naartoe wil werken. Uit de resultaten kwam naar voren dat het delen van deze visie een belangrijke succesfactor is. Het geven van holistische zorg is hier een belangrijk onderdeel van. Het beleid en de organisatie moeten eerst vormgegeven worden.

Voor het starten van implementatie is voldoende onderwijs en verpleegkundige kennis nodig over de verschillende aspecten rondom verpleegkundig geleide zorg. Uit het onderzoek kwam naar voren dat niet iedereen in hetzelfde opgeleid hoeft te worden. Wanneer een of meerdere zorgverleners de kennis hebben van bepaalde aspecten, kunnen deze zorgverleners de kennis overdragen aan de rest van het team.

Verpleegkundigen en verzorgenden starten het team zelf op, maar hebben hulp nodig van andere organisaties voor de basisvoorwaarden voor verpleegkundig geleide zorg. Een voorbeeld hiervan is dat een eenvoudig te gebruiken ICT-systeem dient te worden geïmplementeerd. Dit systeem moet het werken volgens de AVG mogelijk maken. Ook moet het systeem de zorgverleners dusdanig faciliteren, dat administratieve werkzaamheden zoveel mogelijk worden beperkt.

Uit de resultaten kwam naar voren dat werkdruk hoog kan worden bij (tijdelijk) minder personeel. Het aantal zorgafhankelijke cliënten stijgt in Nederland harder dan het aantal zorgverleners in de wijk. Een team zal voorafgaand aan implementatie moeten onderzoeken wat ervoor nodig is de hoeveelheid personeel consistent te houden. Ook moet een plan worden opgesteld om ondanks (tijdelijk) minder personeel, de werkdruk niet significant te laten verhogen. Het inzetten van oproepkrachten, samenwerking met andere instanties en duidelijke afspraken en afstemming binnen het team kunnen hierbij helpen. Ook moeten teamleden hiervoor leren de eigen grenzen te bewaken.

Een onderdeel dat vaak terugkwam in verschillende vormen, was het werken aan zelfmanagement en zelfredzaamheid van de cliënt. Een team kan van tevoren nadenken wat ervoor nodig is om zelfmanagement en -redzaamheid te stimuleren. Het inzetten van preventieve interventies is hier een belangrijk voorbeeld van. Cliënten keren dan sneller terug naar zelfstandigheid, waardoor ruimte ontstaat voor nieuwe cliënten. Ook wordt op deze manier een hogere cliënttevredenheid behaald en worden zorgkosten bespaard.

5.2.2 Voor de opleiding

De onderzoeksmethode van dit onderzoek was een content validity index. Dit is een methode die niet vaak wordt toegepast bij praktijkgerichte onderzoeken binnen de opleiding bachelor verpleegkunde. Een cvi is niet per definitie kwalitatief of kwantitatief. Voor dit onderzoek werd een minimaal aantal respondenten aangehouden dat gelijk stond aan het aantal voor kwantitatief onderzoek. Echter geldt voor een cvi doorgaans een minimaal aantal van vijf respondenten. Om een vragen- of topiclijst te valideren, kan deze meerdere rondes beoordeeld worden. Op deze manier kan een vragen- of topiclijst herhaaldelijk getest en op feedback aangepast worden.

Het voorstel is om wanneer een andere vorm van onderzoeksmethode wordt gebruikt, per methode te bekijken hoe dit het beste vormgegeven kan worden binnen de cursus. Aan de hand hiervan kunnen de benodigde vereisten worden vastgesteld. Voor het Lectoraat Healthy Region als opdrachtgever voor praktijkgerichte onderzoeken geldt dat het voorstel van onderzoek eerst aangepast dient te worden aan de vereisten binnen de cursus. Ook kan het aantal pagina's per hoofdstuk in het onderzoeksvoorstel en -verslag afwijken van de richtlijn.

Door een cvi beter in te leiden en uit te leggen aan de respondenten, kan de cvi als minder moeilijk of onduidelijk ervaren worden. Bij het toepassen van meerdere beoordelingsrondes, kan de topiclijst verder gevalideerd worden op inhoud. Dit kan alleen worden bereikt in hetzelfde tijdsbestek met een kleiner respondentenaantal. Voor een cvi als praktijkgericht onderzoek is de aanbeveling om een minimaal aantal van vijf respondenten aan te houden in combinatie met een minimum van twee beoordelingsrondes. De beoordelingsrondes kunnen worden uitgevoerd tot een inhoudelijke verzadiging, oftewel saturatie, bereikt wordt.

5.2.3 Voor vervolgonderzoek

De topiclijst is in dit onderzoek beoordeeld op relevantie en duidelijkheid en op de resultaten aangepast (bijlage 4). Een aanbeveling voor de opdrachtgever, het Lectoraat Healthy Region, is om de aangepaste topiclijst verder op inhoud te valideren in een nieuwe beoordelingsronde. De succesfactor 'wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg' was niet duidelijk. De naam van het topic kan aan de hand van de literatuur als volgt vervangen worden: 'Wet- en regelgeving ondersteunen mensen met beperkingen bij hun deelname aan de samenleving'. De indicatoren kunnen dan vervangen worden door: 'Betere deelname aan de samenleving wordt mogelijk gemaakt door verschillende dienstverleningen in de directe woonomgeving'. Bij de succesfactor 'geïntegreerde zorg' kunnen de indicatoren als volgt worden aangepast: 'Verbeteren van zorg door betere coördinatie met (zorg)organisaties in de buurt. Teams kunnen elkaar onderling ondersteunen'.

Om tot een inhoudsgevalideerde topiclijst te komen kan de aangepaste topiclijst opnieuw aan een groep experts worden voorgelegd tijdens één of meerdere beoordelingsrondes. Door een bredere onderzoekspopulatie te pakken, is de topiclijst te generaliseren over een bredere doelgroep. Dit kan worden herhaald, tot alle topics voldoende relevant en duidelijk worden beoordeeld en de voorgestelde tekstuele verbeteringen geen toegevoegde waarde meer hebben. Bij implementatie van verpleegkundig geleide zorg in binnen- en buitenland kan deze aangepaste topiclijst als leidraad gebruikt worden. Op deze manier kan een implementatieplan aan alle relevante succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg voldoen.

Bronnenlijst

- Actiz. (2017). *Ouderenzorg nu en in de toekomst*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfers-overzicht>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 1, 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *Zorgaanbieders en de AVG*. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/avg-nieuwe-europese-privacywetgeving/zorgaanbieders-en-de-avg>
- Bijlsma, J. (2012). Leren loslaten. *Skipr*, 4, 11-15. doi:10.1007/s12654-012-0065-4
- Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., Van Deelen, B. A., De Haan, R. J., & De Rooij, S. E. (2010). A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: The Transitional Care Bridge. *BMC Health Services Research*, 1, 296. doi:10.1186/1472-6963-10-296
- Buurtzorg. (z.d.-a) *Our Organisation*. Geraadpleegd op 13 februari 2018, van <https://www.Buurtzorg.com/about-us/our-organisation>
- Buurtzorg. (z.d.-b) *The History of Buurtzorg*. Geraadpleegd op 13 februari 2018, van <https://www.Buurtzorg.com/about-us/history>
- CBS. (2017). *Zorguitgaven stijgen in 2016 met 1,8 procent*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/20/zorguitgaven-stijgen-in-2016-met-1-8-procent>
- CBS. (2018). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?dl=5052>
- Christis, J. H. P. (2014). *Slim organiseren: de organisatie van de organisatie* [PowerPoint]. Geraadpleegd op 29 april 2018, van <https://surfsharekit.nl/publiek/hhs/57a4df31-c50e-44e1-b6c2-17befecc08e0>
- De Graaf, T. (2015). Dossier: Zelfsturende teams. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 3, 11-24. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/dossier_zelfsturing_tvz.pdf
- De Groot, K., Maurits, E. E. M., & Francke, A. L. (2017). Attractiveness of working in home care: An online focus group study among nurses. *Health & Social Care in the Community*, 1, 94-101. doi:10.1111/hsc.12481
- Dekkers, V. (2013). Disruptive Innovations in the Dutch Healthcare Sector. Geraadpleegd op 29 januari 2018, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/279519>
- De Veer, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd: *Een Onderzoek Naar de Ervaringen van Cliënten, Mantelzorgers, Medewerkers en Huisartsen*. Addendum bij het rapport "Care in the Neighbourhood. A Study about Experiences of Clients, Care Staff and General Practitioners Involved". Utrecht: Nivel.

- De Veer, A. J. E., De Boer, D., Spreeuwenberg, P., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief*. Addendum bij het rapport "Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd". Utrecht: Nivel.
- European Union. (2017). *BLOCKS: tools and methodologies to assess integrated care in Europe*. doi:10.2875/69305. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Frijters, D. W. (2017). *Co-production between family caregivers and home care professionals: The case of Buurtzorg in the Netherlands and China* (Bachelor thesis). University of Twente.
- Gort, M. (2014). Zelfsturing gaat de grens over. *Skipr*, 3, 26-27. doi:10.1007/s12654-014-0035-0
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *The Commonwealth Fund*, 14, 1-12. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf
- Guldemon, N. (2017). De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg. *Geron*, 19, 6-9. doi: 10.1007/s40718-017-0022-9
- Harris, L. (2016). *European and UK models of integrated care as applied to a secure and detained settings* [PowerPoint]. Geraadpleegd op 29 april 2018, van <http://www.centrevents.co.uk/pdf/b5spectrum.pdf>
- Kögel, L. M. (2017). *Conditions for the successful transfer of community care by Policy Entrepreneurs- The case of Buurtzorg in the Netherlands and China* (Bachelor thesis). University of Twente.
- KPMG Plexus. (2015). *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg: Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013*. Geraadpleegd op 5 april 2018, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/de-toegevoegde-waarde-van-buurtzorg-t-o-v-andere-aanbieders-van-thuiszorg.pdf>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 1, 40-44. doi:10.7453/gahmj.2014.030
- Lectoraat Healthy Region (2018). *Literature review to identify facilitators and barriers for nurse-led care provision*. HZ University of Applied Sciences.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69.
- Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., Francke, A. L. (2016). Zelfsturing in de thuiszorg geeft meer beslissingsvrijheid en aantrekkelijker werk: Survey onder verpleegkundigen en verzorgenden. *Verpleegkunde*, 31(2), 13-19
- Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2017). Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 2430-2440. doi:10.1111/jan.13298

- Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A., & YG Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622–635.
- Monsen, K. A., & De Blok, J. (2013). Buurtzorg: nurse-led community care. *Creative Nursing*, 19, 122-7. doi:10.1891/1078-4535.19.3.122
- Movisie. (2013). In *Begrippenlijst*. Geraadpleegd op 13 april 2018, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/community-care>
- Nandram, S. S. (2014). *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer
- Nijhof, E. (2013). *Zelfsturende teams in de thuiszorg: Handleiding voor managers, projectleiders en bestuurders*. Geraadpleegd op 5 april 2018, van www.invoorzorg.nl/docs/ivz/VIL%2013046%20Publicatie%20Prototype.pdf
- NIVEL. (2014). *Ouderen van de toekomst: verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Geraadpleegd op 5 maart 2018, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf>
- Pearson, A. (2004). Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JBIM Reports*, 2(2), 45–64.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497.
- Rijksoverheid. (2015). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Royal College of Nursing. (2016). *The Buurtzorg Nederland (home care provider) model: Observations for the United Kingdom*. Geraadpleegd op 13 februari 2018, van <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/br-0215>
- Sheldon, T. (2017). Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ: British Medical Journal*, 358.
- Skipr. (2012) Ouders zijn de beste zelfstuurders. *Skipr*, 4, 50-52. doi:10.1007/s12654-012-0077-0
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma.
- White, C. (2016). The Defining Characteristics of the Buurtzorg Nederland Model of Home Care from the Perspective of Buurtzorg Nurses. *Inquiry Journal*.
- Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K., & Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 160–168.
- ZonMw. (2015). *Bachelor Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Geraadpleegd op 30 april 2018, van <https://www.actiz.nl/stream/bachelor-nursing-2020-4-0.pdf>

Zurmehly, J. (2007). A qualitative case study review of role transition in community nursing. In *Nursing Forum*, 42, 162-170.

Bijlage 1: Enquête met inleidende brief

Beste Buurtzorg verpleegkundige of verzorgende,

Graag wil ik een enquête over verpleegkundig geleide zorg onder uw aandacht brengen. Mijn naam is Kristel Mangelaars. Ik ben bezig met mijn afstudeerscriptie voor de opleiding hbo verpleegkunde aan HZ University of Applied Sciences. Momenteel doe ik mijn afstudeerstage bij het Buurtzorg team Goes Noord.

Voor mijn afstudeerscriptie wil ik inzicht krijgen in succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg. De enquête wordt aan acht teams in de regio Zuid-Beveland voorgelegd en neemt ongeveer vijftien minuten in beslag. De persoonsgegevens worden anoniem verwerkt en zullen op geen enkele manier naar u herleidbaar zijn.

Iedere succes- en belemmerende factor met bijbehorende indicatoren wordt beoordeeld op relevantie en op duidelijkheid. De succesfactoren zijn weergegeven met **groen**, de belemmerende factoren zijn weergegeven met **oranje**. De volgende scores kunnen worden toegekend:

Met betrekking tot de mate van relevantie als succes- of belemmerende factor van verpleegkundig geleide zorg:

- 0 = Niet relevant;
- 1 = Alleen relevant indien de formulering grondig wordt aangepast;
- 2 = Relevant met enige aanpassing qua formulering;
- 3 = Relevant zonder aanpassingen.

Met betrekking tot de mate van duidelijkheid zoals het onderwerp en de indicatoren geformuleerd zijn:

- 0 = Niet duidelijk;
- 1 = Alleen duidelijk indien de formulering grondig wordt aangepast;
- 2 = Duidelijk met enige aanpassing qua formulering;
- 3 = Duidelijk zonder aanpassingen.

Ik wil u vragen uw antwoorden toe te lichten om samen tot de beste weergave van succes- en belemmerende factoren van verpleegkundig geleide zorg te komen.

Hartelijk dank voor u deelname.

Kristel Mangelaars

K.mangelaars@buurtzorgnederland.com

+31 6 25350101

Persoonsgegevens

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouw
- ☐ Man

3. Voor welk Buurtzorgteam bent u werkzaam:

- ☐ Goes Noord
- ☐ Goes Oost
- ☐ Goes Zuid
- ☐ Heinkenszand
- ☐ Kapelle
- ☐ Krabbendijke
- ☐ Kruiningen
- ☐ Yerseke

4. Wat is uw functie:

- ☐ Wijkverpleegkundige (niveau 5/6)
- ☐ Verpleegkundige in de wijk (niveau 4)
- ☐ Wijkziekenverzorgende (niveau 3 (IG))

5. Hoelang bent u werkzaam bij Buurtzorg:

- ☐ Minder dan een jaar
- ☐ 1 – 2 jaar
- ☐ 2 – 5 jaar
- ☐ Langer dan 5 jaar

	Beleid en organisatie	Indicatoren	Relevantie 0, 1, 2 of 3	Duidelijkheid 0, 1, 2 of 3	Tekstuele verbeteringen
1	Focus op continuïteit van zorg	Volledige zorg, minder wisseling in zorgverleners en goede overdracht van informatie tussen zorgverleners. Zorgt voor hogere kwaliteit van zorg en een hoge cliënttevredenheid.			
2	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers	Zorgverleners hebben minder administratieve lasten en meer autonomie, waardoor ze meer tijd in kunnen delen voor (contact met) cliënten en hun familie.			
3	Kleine, zelfmanagende teams	Minder bureaucratie, sterke teamspirit.			
4	Geïntegreerde zorg	Verbeteren van zorg door betere coördinatie, het linken van diensten, het coördineren van teams en het samenvoegen van middelen.			
5	Holistische aanpak	Niet alleen gefocust op somatische kwesties maar op de mens als geheel. Multidisciplinair werken.			
6	Gedeelde visie	Een gedeelde visie op geïntegreerde zorg is essentieel om het organiseren van zorg goed vorm te geven.			
7	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening	Kan leiden tot een hogere werkdruk in kleine teams. Moeilijkheid om 24/7 ongeplande zorg te bieden. Bedreiging van de continuïteit van zorg 's nachts en in het weekend.			

8	Kleine, zelfmanagende teams	Kan leiden tot hogere werkdruk, professionele isolatie en een (ervaren) gebrek aan ondersteuning.			
---	-----------------------------	---	--	--	--

	Onderwijs en verpleegkundige kennis	Indicatoren	Relevantie 0, 1, 2 of 3	Duidelijkheid 0, 1, 2 of 3	Tekstuele verbeteringen
9	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid	Meer plezier in het werk, uitdagender werk en meer vrijheid en flexibiliteit voor zorgverleners.			
10	Clïëntgerichtheid	Meer tijd met en voor de cliënt, luisteren naar de cliënt en hun familie, zorgverleners zijn toegankelijk. Zorgt voor hoge kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.			
11	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen	Extra tijd investeren aan het begin van zorgtraject zorgt voor snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder heropnames van cliënten in het ziekenhuis.			
12	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals	Continuïteit van zorg en multidisciplinair samenwerken.			
13	Generalistische zorgverleners	Zorgverleners in een zelfsturend team zijn creatief, flexibel, competent en allround.			
14	Werkdruk	Werken in kleine, zelfsturende teams kan resulteren in een hogere (ervaren) werklust.			
15	Hogere onderwijsbehoeften	Educatieve ondersteuning rond zelfsturende teams, financiële aspecten en computervaardigheden is nodig.			

	Financieel model	Indicatoren	Relevantie 0, 1, 2 of 3	Duidelijkheid 0, 1, 2 of 3	Tekstuele verbeteringen
16	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie	Lagere kosten door minder kantoormedewerkers, veel autonomie.			
17	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid	Worden gemaximaliseerd door het geven van training in zelfzorg, het creëren van netwerken of het aanbieden hulpmiddelen. Hogere uurtarieven, maar een lager aantal zorguren leiden tot goedkopere zorg.			
18	Non-profit organisatie	Kostenbesparingen worden opnieuw geïnvesteerd in zorgverleners, innovaties, projecten en middelen om zorg te bieden resulterend in een hogere kwaliteit van zorg.			
19	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem	Omaha vervangt een administratieve laag voor thuiszorg en reduceert administratieve kosten.			
20	Behoeftte aan kennis over financiële aspecten	Zorgverleners moeten bepaalde financiële handelingen uitvoeren en daar de juiste kennis voor hebben.			

	Methoden	Indicatoren	Relevantie 0, 1, 2 of 3	Duidelijkheid 0, 1, 2 of 3	Tekstuele verbeteringen
21	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid	Wordt standaard gegeven aan cliënten, voor snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder heropnames van cliënten in het ziekenhuis.			
22	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem	Zorgt voor eenvoudiger contact met collega's en de backoffice en geeft meer transparantie.			
23	Focus op preventieve activiteiten	Vanaf dag 1 verbeteren van gezondheid en welzijn.			
24	Gebruik e-health en domotica	Ondersteuning van de zorg, minder zorguren.			

	Wet- en regelgeving	Indicatoren	Relevantie 0, 1, 2 of 3	Duidelijkheid 0, 1, 2 of 3	Tekstuele verbeteringen
25	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg	Implementatie van verpleegkundige gemeenschapszorg is mogelijk.			
26	Gebruik van algemene privacywetgeving	Continuïteit van zorg, veiligheid van cliëntgegevens.			
27	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen	Noodzaak voor goede ICT-faciliteiten. De veiligheid van cliëntgegevens moet zorgvuldig worden bewaakt.			

Ruimte voor verdere opmerkingen

Bijlage 2: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt toestemming gegeven aan Kristel Mangelaars om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : Buurtzorg Nederland
Naam begeleider/contactpersoon : Annie Joosse
Functie begeleider/contactpersoon : Regiocoach
Adres : Postbus 69
Postcode en Plaats : 7600 AB Almelo
E-mail begeleider/contactpersoon : a.joosse@buurtzorgnederland.com

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
4 juni 2018

Plaats
Goes

Handtekening

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'H' followed by a series of loops and a horizontal line at the end.

Bijlage 3: Codeboek SPSS

De dataverzameling en -verwerking zijn uitgevoerd in het programma SPSS. In figuur 2 is de Variable View van het codeboek te zien. Figuur 3 weergeeft een voorbeeld van de Data View. De volledige Data View kan worden opgevraagd bij de onderzoeker.

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Nummer	Numeric	8	0	Nummer gegeven aan enquête	None	999	8	Right	Scale	Input
2	Leeftijd	Numeric	8	0	Wat is uw leeftijd?	None	999	8	Right	Scale	Input
3	Geslacht	Numeric	8	0	Wat is uw geslacht?	{1, Vrouw}...	999	8	Right	Nominal	Input
4	Team	Numeric	8	0	Voor welk Buurtzorgteam bent u werkzaam?	{1, Goes Noord}...	999	8	Right	Nominal	Input
5	Functie	Numeric	8	0	Wat is uw functie?	{1, Wijkverpleeg...	999	8	Right	Nominal	Input
6	Werkjaren	Numeric	8	0	Hoelang bent u werkzaam bij Buurtzorg?	{1, Minder dan e...	999	8	Right	Nominal	Input
7	BOS1R	Numeric	8	0	Focus op continuïteit van zorg, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
8	BOS1D	Numeric	8	0	Focus op continuïteit van zorg, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
9	BOS1TV	String	1000	0	Focus op continuïteit van zorg, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
10	BOS2R	Numeric	8	0	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
11	BOS2D	Numeric	8	0	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
12	BOS2TV	String	1000	0	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers, succesfactor, tekstuele verbeteri...	None	None	8	Left	Nominal	Input
13	BOS3R	Numeric	8	0	Kleine, zelf-managende teams, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
14	BOS3D	Numeric	8	0	Kleine, zelf-managende teams, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
15	BOS3TV	String	1000	0	Kleine, zelf-managende teams, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
16	BOS4R	Numeric	8	0	Geïntegreerde zorg, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
17	BOS4D	Numeric	8	0	Geïntegreerde zorg, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
18	BOS4TV	String	1000	0	Geïntegreerde zorg, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
19	BOS5R	Numeric	8	0	Holistische aanpak, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
20	BOS5D	Numeric	8	0	Holistische aanpak, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
21	BOS5TV	String	1000	0	Holistische aanpak, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
22	BOS6R	Numeric	8	0	Gedeelde visie, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
23	BOS6D	Numeric	8	0	Gedeelde visie, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
24	BOS6TV	String	1000	0	Gedeelde visie, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
25	BOB7R	Numeric	8	0	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening, belemmer...	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
26	BOB7D	Numeric	8	0	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening, belemmer...	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
27	BOB7TV	String	1000	0	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening, belemmer...	None	None	8	Left	Nominal	Input
28	BOB8R	Numeric	8	0	Kleine, zelf-managende teams, belemmerende factor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
29	BOB8D	Numeric	8	0	Kleine, zelf-managende teams, belemmerende factor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
30	BOB8TV	String	1000	0	Kleine, zelf-managende teams, belemmerende factor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
31	OVKS9R	Numeric	8	0	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
32	OVKS9D	Numeric	8	0	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
33	OVKS9...	String	1000	0	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid, succesfactor, tekstuele verbeteri...	None	None	8	Left	Nominal	Input
34	OVKS1...	Numeric	8	0	Clientgerichtheid, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
35	OVKS1...	Numeric	8	0	Clientgerichtheid, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
36	OVKS1...	String	1000	0	Clientgerichtheid, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
37	OVKS1...	Numeric	8	0	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
38	OVKS1...	Numeric	8	0	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
39	OVKS1...	String	1000	0	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen, succesfactor, tekstuele verbeterin...	None	None	8	Left	Nominal	Input
40	OVKS1...	Numeric	8	0	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
41	OVKS1...	Numeric	8	0	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals, succesfactor, duidelijkh...	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
42	OVKS1...	String	1000	0	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals, succesfactor, tekstuele...	None	None	8	Left	Nominal	Input
43	OVKS1...	Numeric	8	0	Generalistische zorgverleners, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
44	OVKS1...	Numeric	8	0	Generalistische zorgverleners, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
45	OVKS1...	String	1000	0	Generalistische zorgverleners, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
46	OVKB1...	Numeric	8	0	Werkdruk, belemmerende factor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
47	OVKB1...	Numeric	8	0	Werkdruk, belemmerende factor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
48	OVKB1...	String	1000	0	Werkdruk, belemmerende factor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
49	OVKB1...	Numeric	8	0	Hogere onderwijsbehoeften, belemmerende factor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
50	OVKB1...	Numeric	8	0	Hogere onderwijsbehoeften, belemmerende factor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
51	OVKB1...	String	1000	0	Hogere onderwijsbehoeften, belemmerende factor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
52	FMS16R	Numeric	8	0	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
53	FMS16D	Numeric	8	0	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
54	FMS16TV	String	1000	0	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
55	FMS17R	Numeric	8	0	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
56	FMS17D	Numeric	8	0	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
57	FMS17TV	String	1000	0	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, tekstuele verbet...	None	None	8	Left	Nominal	Input
58	FMS18R	Numeric	8	0	Non-profit organisatie, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
59	FMS18D	Numeric	8	0	Non-profit organisatie, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
60	FMS18TV	String	1000	0	Non-profit organisatie, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
61	FMS19R	Numeric	8	0	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
62	FMS19D	Numeric	8	0	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
63	FMS19TV	String	1000	0	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem, succesfactor, tekstuele verbeteri...	None	None	8	Left	Nominal	Input
64	FMB20R	Numeric	8	0	Behoeftes aan kennis over financiële aspecten, belemmerende factor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
65	FMB20D	Numeric	8	0	Behoeftes aan kennis over financiële aspecten, belemmerende factor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
66	FMB20TV	String	1000	0	Behoeftes aan kennis over financiële aspecten, belemmerende factor, tekstuele ver...	None	None	8	Left	Nominal	Input
67	MS21R	Numeric	8	0	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
68	MS21D	Numeric	8	0	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
69	MS21TV	String	1000	0	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid, succesfactor, tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
70	MS22R	Numeric	8	0	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem; succesfactor; relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
71	MS22D	Numeric	8	0	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem; succesfactor; duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
72	MS22TV	String	1000	0	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem; succesfactor;; tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
73	MS23R	Numeric	8	0	Focus op preventieve activiteiten; succesfactor; relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
74	MS23D	Numeric	8	0	Focus op preventieve activiteiten; succesfactor; duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
75	MS23TV	String	1000	0	Focus op preventieve activiteiten; succesfactor; tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
76	MS24R	Numeric	8	0	Gebruik eHealth en domotica; succesfactor; relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
77	MS24D	Numeric	8	0	Gebruik eHealth en domotica; succesfactor; duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
78	MS24TV	String	1000	0	Gebruik eHealth en domotica; succesfactor; tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
79	WRS25R	Numeric	8	0	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg; succesfac...	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
80	WRS25D	Numeric	8	0	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg; succesfac...	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
81	WRS25...	String	1000	0	Wet- en regelgeving ondersteunen verpleegkundige gemeenschapszorg; succesfac...	None	None	8	Left	Nominal	Input
82	WRS26R	Numeric	8	0	Gebruik van algemene privacywetgeving; succesfactor; relevantie	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
83	WRS26D	Numeric	8	0	Gebruik van algemene privacywetgeving; succesfactor; duidelijkheid	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
84	WRS26...	String	1000	0	Gebruik van algemene privacywetgeving; succesfactor; tekstuele verbeteringen	None	None	8	Left	Nominal	Input
85	WRB27R	Numeric	8	0	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen; belemmerende fact...	{0, Niet relevant}...	999	8	Right	Scale	Input
86	WRB27D	Numeric	8	0	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen; belemmerende fact...	{0, Niet duidelijk}...	999	8	Right	Scale	Input
87	WRB27...	String	1000	0	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen; belemmerende fact...	None	None	8	Left	Nominal	Input
88	Opmerk...	String	1000	0	Ruimte voor verdere opmerkingen	None	None	8	Left	Nominal	Input

Figuur 2. Codeboek SPSS: Variable View.

	Nummer	Leeftijd	Geslacht	Team	Functie	Werkjare n	BOS1R	BOS1D	BOS1TV	BOS2R	BOS2D	BOS2TV	BOS3R	B
1	1	61	1	1	1	4	3	3		3	3		3	
2	2	53	1	1	2	4	3	3		3	3		3	
3	3	51	1	1	2	3	3	3		3	3		3	
4	4	50	1	1	1	4	3	3		3	3		3	
5	5	25	1	1	1	2	3	3	Mee eens.	3	3	Mee eens.	2	
6	6	27	1	1	1	3	3	3	Er zou nog...	3	3		3	
7	7	27	1	1	1	3	2	2	Volledige z...	3	3		2	
8	8	48	1	1	3	1	3	3		3	3		3	
9	9	57	1	2	2	2	3	3		3	3		2	
10	10	44	1	2	1	3	3	3		2	2	Niet minde...	0	
11	11	57	1	2	3	2	3	3	Clënten zij...	3	3		3	
12	12	23	1	2	2	2	2	2		1	1		3	
13	13	27	1	2	2	3	3	3		3	2		3	
14	14	58	1	3	3	4	3	3		3	3		3	
15	15	63	1	3	1	4	3	3		3	3		3	
16	16	33	1	3	2	4	3	3		3	3		3	
17	17	25	1	4	1	3	2	1		2	1		3	
18	18	20	1	4	3	2	2	2		2	3	Administra...	2	
19	19	53	1	4	2	4	3	3		2	3	Er wordt o...	2	
20	20	48	1	4	3	1	3	2		3	2		3	
21	21	42	1	4	2	2	3	2	Dat is de w...	2	1	Dat is zoal...	3	
22	22	21	1	4	2	1	3	2	Niet altijd h...	3	3		3	

Figuur 3. Codeboek SPSS: Voorbeeld Data View.

Bijlage 4: Aangepaste topiclijst

Tabel 7

Aangepaste topiclijst

	Beleid en organisatie	Indicatoren
1	Focus op continuïteit van zorg	Volledige zorg bieden, wisseling van zorgverleners minimaliseren en zorgen voor goede overdracht van informatie tussen zorgverleners. Zorgt voor hogere kwaliteit van zorg en een hoge cliënttevredenheid.
2	Focus op faciliteren van eerstelijnsmedewerkers	Zorgverleners hebben zo min mogelijk administratieve lasten en meer autonomie, waardoor ze meer tijd in kunnen delen voor (contact met) cliënten en hun familie.
3	Kleine, zelfmanagende teams	Minder bureaucratie en een sterke teamspirit.
4	Geïntegreerde zorg	Verbeteren van zorg door betere coördinatie met (zorg)organisaties in de buurt. Teams kunnen elkaar onderling ondersteunen.
5	Holistische aanpak	Niet alleen gefocust op somatische kwesties maar op de mens als geheel, met hiervoor een multidisciplinaire samenwerking.
6	Gedeelde visie	Een gedeelde visie op geïntegreerde zorg is essentieel om het organiseren van zorg goed vorm te geven.
7	De uitdaging van efficiënt en effectief organiseren van 24/7 zorgverlening	Kan leiden tot een hogere werkdruk bij (tijdelijk) minder personeel. Moeilijkheid om 24/7 ongeplande zorg te bieden. Bedreiging van de continuïteit van zorg 's nachts en in het weekend.
8	Kleine, zelfmanagende teams	Kan leiden tot hogere werkdruk, professionele isolatie en een gebrek aan (ervaren) ondersteuning.
	Onderwijs en verpleegkundige competenties	Indicatoren
9	Hoog niveau van autonomie en onafhankelijkheid	Meer verantwoordelijkheidsgevoel, meer plezier in het werk, uitdagender werk en meer vrijheid en flexibiliteit voor zorgverleners.
10	Cliëntgerichtheid	Meer tijd voor de cliënt, luisteren naar de cliënt en hun familie, zorgverleners zijn toegankelijk. Zorgt voor hoge kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.
11	Opbouwen van empowerment en zelfvertrouwen	Extra tijd investeren met name aan het begin van zorgtraject, kan leiden tot snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder (her)opnames van cliënten in het ziekenhuis.
12	Goede overdracht van informatie tussen zorgprofessionals	Continuïteit van zorg en multidisciplinair samenwerken, met behulp van onder andere goede communicatie en ICT-faciliteiten.
13	Generalistische zorgverleners	Zorgverleners in een zelfsturend team zijn creatief, flexibel, competent en allround. Binnen een team elkaars talenten en ambities gebruiken.
14	Werkdruk	Werken in kleine, zelfsturende teams kan leiden tot een hogere (ervaren) werklust. Werkdruk verhoogt bij (tijdelijk) minder personeel.
15	Hogere onderwijsbehoeften	Educatieve ondersteuning rond zelfsturende teams, financiële aspecten en computervaardigheden is nodig.

	Financieel model	Indicatoren
16	Platte organisatiestructuur, geen hiërarchie	Lagere kosten door minder kantoormedewerkers. De teams hebben een hoog niveau van autonomie.
17	Gezondheidsbevordering en cliëntonafhankelijkheid	Worden gemaximaliseerd door het geven van training in zelfzorg, het creëren van netwerken of het aanbieden van hulpmiddelen. Hogere uurtarieven, maar een lager aantal zorguren leiden uiteindelijk tot goedkopere zorg.
18	Non-profit organisatie	Kostenbesparingen worden opnieuw geïnvesteerd in zorgverleners, innovaties, projecten en middelen om zorg te bieden. Dit resulteert in een hogere kwaliteit van zorg.
19	Gebruik van ondersteunend classificatiesysteem	Omaha vervangt een administratieve laag voor thuiszorg en reduceert hiermee administratieve kosten.
20	Behoeftte aan kennis over financiële aspecten	Zorgverleners moeten bepaalde financiële handelingen uitvoeren en daar de juiste kennis of ondersteuning voor hebben.

	Methoden	Indicatoren
21	Training in zelfzorg en cliëntonafhankelijkheid	Wordt waar mogelijk gegeven aan cliënten, kan leiden tot snellere terugkeer naar zelfstandigheid en minder (her)opnames van cliënten in het ziekenhuis.
22	Gebruik van uitgebreid ICT-systeem	Zorgt voor eenvoudiger contact met collega's en de backoffice en geeft meer transparantie.
23	Focus op preventieve activiteiten	Vanaf dag één verbeteren van gezondheid en welzijn waar mogelijk.
24	Gebruik e-health en domotica	Ondersteuning van de zorg kan leiden tot minder zorguren.

	Wet- en regelgeving	Indicatoren
25	Wet- en regelgeving ondersteunen mensen met beperkingen bij hun deelname aan de samenleving	Betere deelname aan de samenleving wordt mogelijk gemaakt door verschillende dienstverleningen in de directe woonomgeving
26	Gebruik van algemene privacywetgeving	Continuïteit van zorg en veiligheid van cliëntgegevens.
27	Uitgebreid gebruik van ICT-systemen en digitale hulpmiddelen	Noodzaak voor goede ICT-faciliteiten ter ondersteuning van de zorgverleners. Onder andere de veiligheid van cliëntgegevens moet zorgvuldig worden bewaakt.

Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

De beoordeling van het onderzoeksverslag bestaat uit een drietal onderdelen: vormcriteria, product en proces. De onderdelen vormcriteria en product moeten voldoende zijn. Wanneer bij vormgeving minder dan 11 gewogen punten wordt gescoord, wordt een niet deelgenomen als resultaat ingevuld en het verslag niet verder beoordeeld.

Naam student: Kristel Mangelaars Studentnummer: 00068349
Differentiatie: AGZ/MGZ Datum: ...-...-2019

Onderdelen	Maximaal aantal punten	Wegings (omreken)factor	Weging	Aantal gewogen punten
Vormcriteria	20	0,75	0,15	15
Product methode	30	0,5	0,15	15
Product uitvoering	30	2,0	0,60	60
Proces	15	0,67	0,10	10
	95		1	100

Vormcriteria				Resultaat	Feedback
Volledigheid (titelpagina, inhoudsopgave, inleiding, methode, bronnenlijst en bijlage) zie verder bijlage 4)	Bevat minder dan vier elementen	Bevat minimaal vier vereiste elementen	Bevat alle vereiste elementen	1-3-5	
Schrijfstijl (zie bijlage 4)	Subjectief, onlogisch en niet helder omschreven.	Minder logisch en helder omschreven	Objectief, precies, logisch, zorgvuldig, helder	1-3-5	
Vormgeving en correct taalgebruik (zie bijlage 4)	Meer dan: maximaal 25 blz. exclusief bijlagen Meer dan maximaal 3 fouten per pagina (spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl). En/of tabellen, figuren of schema's niet netjes verwerkt.	Voldoet op alle punten aan de vormgeving maar hier en daar nog een onvolkomenheid.	Voldoet helemaal aan de vormgeving en is in correct Nederlands of Engels uitgewerkt, zie bijlage 4.	1-3-5	
Referenties (zie bijlage 4)	Maximaal 3 foute APA bronvermeldingen.	Nette bronvermeldingen op paar kleinigheden na.	Bronnenlijst en bronvermelding volgens internationale	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		

Product methode				Resultaat	Feedback
Methode	Het type onderzoek wordt fout aangegeven.	Type onderzoek wordt aangegeven maar kan nog verfijnd worden.	Type onderzoek wordt gepast en correct aangegeven.	1-3-5	
Setting (plaats en tijd)	De omschrijving van de setting is onduidelijk.	De omschrijving bevat voldoende elementen om een beeld te krijgen.	De omschrijving is volledig en laat geen onduidelijkheden na.	1-3-5	
Populatie	Er ontbreken elementen in de beschrijving van de populatie.	Voldoende elementen in de beschrijving om een beeld te hebben van de populatie.	Alle in- & exclusie elementen en duiding van de populatie zijn aanwezig.	1-3-5	
Dataverzameling	Verloop en de verwerking van de dataverzameling is onvolledig beschreven.	Wijze van data verzamelen, en middel voor dataverzameling staan beschreven.	De stappen en middelen in de dataverzameling zijn transparant en correct beschreven en zouden kunnen worden gerepliceerd.	1-3-5	
Data-analyse	beschreven technieken zijn onvolledig of te vaag	beschreven maar de aansluiting met de onderzoeksvraag is soms onduidelijk	worden gepast verantwoord in het kader van de onderzoeksvraag	1-3-5	
Ethisch en juridische aspecten	Ethische aspecten zijn onduidelijk of onvolledig beschreven.	Ethische aspecten worden aangehaald en vermeld.	De ethische aspecten naar deelnemer en onderzoeksveld zijn volledig beschreven.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		

Product uitvoering					
Relevante titel	De titel is niet gepast voor het onderzoek.	De titel is een weergave van het onderzoek.	De titel is duidelijk en biedt een helder zicht op het onderzoek en het opzet.	1-3-5	
Samenvatting	Samenvatting ontbreekt of is onvolledig.	Bevat ≤ 400 woorden; Bevat inleiding, methode, resultaten, conclusie; bevat informatie die past bij de vraagstelling.	Bevat ≤ 400 woorden; Bevat inleiding, methode, resultaten, conclusie en aanbeveling; bevat duidelijke informatie die passend is bij de vraagstelling.	1-3-5	
Resultaten	Resultaten vloeien niet voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studiepopulatie ontbreekt of is niet helder geen keuze gemaakt welke resultaten belangrijk zijn om de vraagstelling te beantwoorden.	Resultaten vloeien grotendeels voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studie populatie is gegeven en voor het grootste deel duidelijk Resultaten zijn relevant, gericht op de vraagstelling.	Resultaten vloeien volledig voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studiepopulatie is helder Resultaten zijn relevant en gericht op de vraagstelling , objectief beschreven, compact en duidelijk. Evt. tabellen en figuren ondersteunen de tekst.	1-3-5	
Discussie	Niet kritisch en koppelt niet terug naar de literatuur. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden niet benoemd, zijn niet correct benoemd of missen onderbouwing. Nieuwe resultaten worden besproken.	Refereert naar de literatuur maar mist de kritisch bespreking en verbanden leggen. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd en zijn grotendeels correct en onderbouwd.	In de discussie vindt een kritisch bespreking van de bevindingen plaats met onderbouwing vanuit de literatuur. Waarbij verbanden worden gelegd. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd, zijn correct en onderbouwd, waarbij een koppeling wordt gemaakt naar de consequenties (betrouwbaarheid, validiteit	1-3-5	

			en bruikbaarheid in de praktijk)		
Conclusie	Antwoord op de onderzoeksvraag is niet coherent met de resultaten of nieuwe resultaten worden besproken.	De conclusie is een antwoord op de onderzoeksvraag	Hoofd- en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.	1-3-5	
Aanbevelingen	aanbevelingen vloeien niet of nauwelijks voort uit de resultaten en conclusies. De aanbevelingen bieden geen concrete bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem; er zijn nog extra stappen nodig om ze meteen te kunnen toepassen.	Aanbevelingen vloeien grotendeels voort uit de resultaten en conclusies. De aanbevelingen bieden een bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem, maar er is nog een enkele stap nodig om ze te kunnen toepassen.	Aanbevelingen vloeien geheel voort uit de resultaten en conclusies . De aanbevelingen bieden een concrete bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem en ze kunnen in de praktijk worden toegepast.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		

Proces				Resultaat	Feedback
Communicatie met begeleider	De communicatie was regelmatig moeilijk of onduidelijk.	De communicatie verliep over het algemeen vlot en correct.	Zeer vlotte en correcte communicatie, ook met het onderzoeksveld en eventuele derden.	1-3-5	
Zelfstandigheid	Toont weinig initiatief en of maakt eigen keuzes en heeft veel bijsturing nodig.	Normaal verloop.	Toont initiatief, maakt eigen keuzes.	1-3-5	
Feedback geven en ontvangen	Op respectvolle wijze feedback geven is moeilijk en/of aangevallen voelen bij feedback ontvangen.	Zoekt nog naar de juiste woorden. Om feedback op werk anderen te geven en kan moeilijk feedback op proces en product scheiden.	Geeft op respectvolle manier feedback aan anderen met daarbij onderscheid tussen feedback op proces en product. Kiest welke feedback waardevol is en past werk of gedrag desgewenst aan Nodigt anderen uit tot het geven van feedback.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		
			Totaal aantal punten		
			Eindresultaat		

