

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Erasmus School of Economics
Bachelor scriptie [management accounting]

“Verhoogt het werken in teams de effectiviteit van wijkzorginstellingen en het welzijn van haar medewerkers?”

Naam student: Raven Hendriksen
Studentnummer: 485047

Begeleider: Ted Welten
Tweede beoordelaar: Roeland Aernoudts

Datum definitieve versie: 01-08-2021

Het geschrevene in deze scriptie is de opvatting van de auteur en niet noodzakelijk die van de begeleider, tweede beoordelaar, Erasmus School of Economics of Erasmus Universiteit Rotterdam.

1 Probleemstelling/inleiding

1.1 inleiding

De babyboomers die vlak na de tweede wereldoorlog geboren zijn, naderen een leeftijd waarbij de kosten van hun zorg toe nemen. In de miljoenennota van 2019 staat: 'dat de zorg ook in 2019 de grootste en snelst groeiende uitgavenpost van het Rijk blijft' De kosten van zorg en welzijn in Nederland bedroegen 106,2 miljard in 2019. Dit was destijds een toename van 5,2% ten opzichte van 2018 (CBS, 2020). De verwachting is dat de uitgaven aan de zorg in 2021 met meer dan 15% gestegen zijn t.o.v 2017. De verwachte toename is er een die te verklaren valt aan de hand van de toename van het aandeel ouderen in de samenleving. Omdat ouderen minder mobiel zijn, zijn ze vaker afhankelijk van de wijkverpleging.

1.2 Probleem ontevreden werknemers en effectiviteit

De (verwachte) toenemende kosten is niet het enige probleem, gerelateerd aan de zorg, waar onze maatschappij voor staat. Zorginstellingen kampen ook met de uitloop van werknemers. Meer werknemers in de zorg kiezen ervoor om ZZP'er (Zelfstandige Zonder Personeel) te worden, ze schrijven zich in bij de KvK (Kamer van Koophandel) (Oosterom & Visser, 2018). De belangrijkste beweegredenen: minder papierwerk en daardoor meer aandacht voor de cliënt en meer vrijheid voor het kiezen van werktijden. Voor zorginstellingen is dit een probleem, werknemers die blijven moeten de diensten draaien die ZZP'ers niet willen werken. Over de problemen die zorgmedewerkers ervaren door administratie zijn tal van artikelen geschreven. Artikelen geschreven door nieuwswebsites zijn niet van een vergelijkbare kwaliteit als die uit een vaktijdschrift, wel geven ze een goed beeld over de huidige problematiek in de thuiszorg. Zo vindt Karin Zweed, sinds 32 jaar medewerker bij verschillende wijk- en thuiszorginstellingen: "Het eindeloos registreren van elke handeling heeft zo'n vlucht genomen, dat de zorg door papierwerk wordt ondergesneeuwd." (2020). Ook ervaart zij "Dat je voor de ouderen het verschil gaat maken is niet meer: door bureaucratie sta je mijlenver van de cliënt vandaan" Karin geeft zelf ook al een mogelijke suggestie over hoe de situatie kan worden verbeterd: "Ik doe dit werk al ruim dertig jaar. Wij zien wat er nodig is op de vloer en dat is vertrouwen".

Niet alleen in de wijkzorg wordt de administratie gezien als een probleem. Bij huisartsen blijkt dit al langer een probleem. Bij de laatste peiling van het Nivel uit 2018 blijkt dat 82 procent van de huisartsen het eens is met de stelling: "Met minder administratie is er even goede zorg mogelijk".

De overvloed van administratief werk voor medewerkers van zorginstellingen en huisartsen gaat ten koste van het plezier van de werknemers en de effectiviteit van de zorg. Wanneer het inderdaad mogelijk is om even goede zorg te leveren met minder administratie betekent dat meer zorg geleverd kan worden met eenzelfde hoeveelheid capaciteit. Meer patienten kunnen dan worden geholpen.

In 2018 doet de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging een poging om de hoeveelheid administratiewerk te verminderen. De stuurgroep brengt het Kwaliteitskader Wijkverpleging 2018 uit. Het werken in teams vormt in dit rapport een belangrijk speerpunt.

1.3 Centrale onderzoeksvraag

Deze paper doet onderzoek naar werken in teams binnen de wijkzorg en de relatie met de effectiviteit van organisaties en het welzijn van haar medewerkers. Onderzocht wordt of het werken in teams en daarmee het vergroten van de verantwoordelijkheden en het vertrouwen, het welzijn van wijkverplegers kan verbeteren en de effectiviteit van wijkzorginstellingen kan verhogen. Hoewel zorgmedewerkers zoals Karin vaak al in een team werken, is het niet duidelijk of deze teams ook een positieve invloed hebben. Hieruit volgt de onderzoeksvraag van deze paper:

Centrale onderzoeksvraag: *“Verhoogt het werken in teams de effectiviteit van wijkzorginstellingen en het welzijn van haar medewerkers?”*

Het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag gebeurt aan de hand van de beantwoording van de volgende sub-onderzoeksvragen:

- Wat betekent het om te werken in een team? (Theoretisch kader)
- Wat zijn de gevolgen van een verandering van de structuur binnen een organisatie naar teams? (Theoretisch kader + case-studie)
- Is het werken in teams geschikt voor wijkzorginstellingen? (Theoretisch kader + case-studie)

1.4 Relevantie

1.4.1 Sociale relevantie

Dit onderzoek is sociaal relevant omdat het toetst of het beleidskader uit 2018, opgesteld door onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, invloed heeft gehad op de effectiviteit van de wijkzorg en de onvrede onder werknemers. De toename van de kosten is volgens de overheid de grootste van alle posten en het bedwingen van deze post blijft dan ook in de toekomst een uitdaging (Miljoenennota, 2018). Een effectieve wijkzorg draagt bij in het belang om deze kosten te bedwingen. Ook kan draagt deze paper bij aan de theorie omtrent werken in teams. Het framework en de gestelde voorwaarde in het theoretisch kader vormen een nieuwe richtlijn voor succesvol werken in teams in de wijkzorg.

1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek bouwt voort op verschillende onderzoeken, leidend in deze paper zijn de onderzoeken van de Sitter (1998), van Amelsvoort & Benders (1996) en de case-studie naar Buurtzorg. Het is onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat het een uitbreiding vormt op de bestaande literatuur omtrent werken in teams. Het vat de bestaande literatuur over dit onderwerp samen, geeft een beschrijving van het ontstaan en de evolutie ervan en geeft een empirische onderbouwing over de effecten van teams binnen de wijkzorgsector.

1.5 opbouw paper

In dit onderzoek zal eerst een weergave gegeven worden van de onderliggende theorie die nodig is om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Begrippen binnen management control die belangrijk zijn bij het onderzoek naar de effectiviteit van teams worden toegelicht in het eerste gedeelte van het theoretisch kader. Vervolgens verdiept het theoretisch kader zich in de bestaande literatuur omtrent het werken in teams en door oorsprong daarvan. Ook wordt een beeld geschetst van de wijkzorgsector in Nederland voor de context van het onderwerp. Aan de hand van het theoretisch kader wordt het framework voor 'succesvol werken in teams in de wijkzorg' opgesteld, hierbij worden hypotesen geformuleerd. Vervolgens worden deze hypothesen getoetst door een rapport analyse, een onafhankelijke t-toets en een case-studie naar de organisatie Buurtzorg. Conclusies worden getrokken in het laatste gedeelte van deze paper, evenals de limitaties en suggesties voor vervolgonderzoek.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt antwoordt gegeven op de eerste sub-vraag en een gedeeltelijk antwoord op de tweede en derde sub-vragen. Eerst worden een aantal begrippen verder toegelicht die betrekking hebben op management control, vervolgens wordt het ontstaan van het begrip Self-Managing Teams beschreven aan de hand van de Sociotechniek. Ook wordt een context geschetst van de wijkzorg in Nederland. Het theoretisch kader wordt afgesloten met een framework wat de essentie van dit hoofdstuk schematisch weergeeft, voorwaarden die nodig zijn voor het werk succesvol werken in teams en twee hypothesen die volgen uit het theoretisch kader.

2.1 Inleiding in theorie management control

2.1.1 Centralisatie en decentralisatie

De begrippen centralisatie en decentralisatie worden binnen management control gebruikt bij de omschrijving van de managementstructuur van een organisatie. Centralisatie en decentralisatie staan tegenover elkaar. Wanneer sprake is van een toename in de mate van decentralisatie van een organisatie, zal er een afname zijn in de mate van centralisatie.

Kenmerkend voor een gecentraliseerde organisatie is dat de structuur van gezag en verantwoordelijkheden verticaal is. Voor deze organisaties is hiërarchie belangrijk. Beslissingen komen van bovenaf, ze worden genomen door het top-management (Siggelkow & Levinthal, 2003). De structuur van deze bedrijven kan worden beschreven als een piramidestructuur en past bij een top-down structuur.

Een bedrijf is gedecentraliseerd wanneer beslissingen worden genomen door divisies die niet het top-management zijn (Siggelkow & Levinthal, 2003). Bij meer gedecentraliseerde bedrijven is de mate van gezag minder groot, de managementstructuur heeft meer horizontale kenmerken. Hiërarchie is minder aanwezig en het werk van personeel uit de onderste laag van de organisatie is minder gestructureerd en ingewikkelder dan bij meer gecentraliseerde bedrijven. De managementstructuur kan worden beschreven als een meer platte organisatie en past bij een bottom-up structuur.

2.1.2 Top-down en bottom-up definitie

Top-down en bottom-up zijn begrippen die gebruikt worden bij het omschrijven van een managementstructuur van een bedrijf. Voor het bestaan van een managementstructuur zijn drie redenen, de eerste reden is dat lager geplaatste managers en werknemers niet automatisch begrijpen wat de missie, de doelen en de strategieën zijn van een organisatie. Een tweede reden is dat lager geplaatste managers en werknemers het niet vanzelfsprekend eens zijn met de missie, de doelen en de strategieën van een organisatie. Als laatste hebben de lager geplaatste managers en werknemers van een bedrijf niet altijd de capaciteiten om zich te gedragen naar de missie, de doelen en de strategieën van een organisatie. (Hartmann, Kraus, Nilsson, Anthony, & Govindarajan, 2021)

Top-down en bottom-up managementsystemen hebben dezelfde doelen, maar verschillen op de manier waarop ze de doelen proberen te bereiken. In de tabel hieronder wordt een schematische weergave gegeven van de doelen en de bijbehorende omgang van beide systemen:

Tabel 1

Redenen van het bestaan van top-down, bottom-up managementsystemen en hun bijbehorende rollen

Reden van bestaan management control systemen	De rol van top-down	De rol van bottom-up
1. Lager geplaatste managers en werknemers niet automatisch begrijpen wat de missie, de doelen en de strategieën zijn van een organisatie	Uitleggen van de missie, de doelen en de strategieën van de organisatie. Ondersteunt coördinatie tussen werknemers op gedecentraliseerd niveau	Het rapporteren van prestaties t.o.v. doelen, wanneer doelen onrealistisch zijn, meer input leveren. Dit creëert coördinatie en samenwerking tussen gedecentraliseerde eenheden
2. Lager geplaatste managers en werknemers het niet vanzelfsprekend eens zijn met de missie, de doelen en de strategieën van een organisatie	Motiveren van lager geplaatste managers en werknemers om te streven naar de missie, de doelen en de strategieën van de organisatie	Topmanagers profiteren van gespecialiseerde vaardigheden en kennis van lagere managers en werknemers
3. Lager geplaatste managers en werknemers van een bedrijf niet altijd de	Het plaatsen van de juiste mensen op de juiste plek en ontwikkelen van persoonlijke	Lager geplaatste managers zorgen zelf voor de juiste ondersteuning en

capaciteiten om zich te gedragen naar de missie, de doelen en de strategieën van een organisatie	capaciteiten van lager geplaatste managers en werknemers	benodigdheden om te voldoen aan hun verantwoordelijkheden
---	--	---

Overgenomen van Bron: (Hartmann, Kraus, Nilsson, Anthony, & Govindarajan, 2021)

Samenvattend worden de missie, de doelen en de strategieën bij een top-down managementstructuur bepaald door het topmanagement. Bij een bottom-up worden deze medegevormd door lager geplaatste managers en werknemers.

2.1.3 Top-down versus Bottom-up

Het werk van Tsai en Beverton (2007) bevat een theorie omtrent top-down en bottom-up managementstructuren en hun voor- en nadelen. Hoewel de paper is toegespitst op het onderwijs op universiteiten zijn hun conclusies breder te gebruiken dan enkel in dit vakgebied.

Een top-down structuur past binnen het kader van een meer gecentraliseerde organisatie. De macht om taken uit te delen ligt bij de top van een bedrijf (Tsai, Y & Beverton, S, 2007). Bottom-up kan daarentegen worden gelinkt aan een meer gedecentraliseerde organisatie. Ideeën en oplossingen voor problemen komen van werknemers onderaan de management piramide en worden geïntroduceerd door middel van een pilot. Wanneer een idee blijkt te werken wordt deze uitgebreid naar de organisatie als geheel (Heckscher et al., 1994).

Heckscher stelt ook dat een top-down structuur zorgt voor het creëren van een gezamenlijk doel. Als ander voordeel noemt hij dat het uitdragen van de normen en waarde rondom verandering binnen een organisatie makkelijker gaat. Hierbij gaat het wel om de normen en waarde die de top van het bedrijf wil uitdragen en niet direct wat de werknemers zien als hun eigen normen en waarden. Tsai en Beverton concluderen in hun werk dat de top-down structuur goed werkt in het onderwijs omdat de top verantwoordelijk is voor de resultaten en het imago wat universiteiten uitdragen.

Een top-down structuur kent ook nadelen, zo stelt Marris (1975) dat mensen die bij machte zijn om te manipuleren vaak alleen de dingen doorvoeren die zij van belang vinden. Nadelig hieraan is dat beleid gevoerd wordt vanuit het perspectief van een beperkt aantal mensen. Pascal (1990) merkt ook op dat er bij een top-down structuur eerder sprake is van een cultuur waarbij vooral binnen een organisatie naar oplossingen wordt gezocht, daarmee sluit men de ogen voor de realiteit buiten de organisatie.

Tsai en Beverton (2007) concluderen in hun werk dat de top-down structuur goed werkt in het onderwijs omdat de top verantwoordelijk is voor de resultaten en het imago wat een universiteit uitdraagt. Deze situatie is niet volledig vergelijkbaar in de zorg. Zorgmedewerkers zijn het gezicht van de organisatie naar de patienten toe. Hierbij dragen zij verantwoordelijkheid voor het imago van de organisatie. Dit is een argument om zorgmedewerkers meer verantwoordelijkheid en inspraak te geven over beslissingen binnen de organisatie.

In vergelijking met een top-down managementstructuur is bottom-up effectiever doordat het flexibeler en er een meer benaderbare cultuur heerst (Tsai, Y & Beverton, S, 2007). Een ander voordeel is doordat beslissingen meer aan de onderkant van een organisatie genomen worden, deze gemaakt worden door werknemers die bijvoorbeeld meer lokale kennis hebben dan het topmanagement.

Levin (1997) stelt dat bottom-up management leidt tot betere beslissingen omtrent lesgeven en leren, een efficiënter gebruik van middelen, meer effectieve oplossingen en betere leerprestaties.

Fullan (1991) stelt dat bottom-up management gemakkelijk kan leiden tot chaos omdat verschillende groepen worden belast met het bestuur van de organisatie. Wallace (1991) stelt dat wanneer er sprake is van een bottom-up management, het kan voorkomen dat van buitenaf voorgestelde initiatieven niet in lijn zijn met de waarde en normen van de belanghebbende binnen de organisatie en dat dit nadelig is. Dit impliceert dat initiatieven van buitenaf die niet stroken met de normen en waarde van de top van een organisatie, geen goede initiatieven zijn. De vraag hierbij is of dit waar is of niet. Is het wel goed dat de normen en waarde van een bedrijf gevormd worden door de top. Zou het niet logischer zijn om dit vanuit werknemers te laten komen, aangezien zij de basis van de organisatie vormen.

2.1.4 Efficiëntie en effectiviteit

Om de begrippen efficiëntie en effectiviteit te begrijpen is het van belang om kennis te hebben van een bedrijfsunit, input, output, en kosten. Een bedrijfsunit bestaat uit een aantal werknemers die verantwoordelijk zijn voor de kosten en baten van een afdeling binnen het bedrijf. Input is de hoeveelheid aan middelen die beschikbaar is voor een bedrijfsunit, deze middelen zijn uit te drukken in geld. Omdat deze middelen gebruikt worden bij de bedrijfsvoering ondergaan ze een waardevermindering. Dit zijn de kosten van een bedrijfsunit. Output is het resultaat dat een bedrijfsunit behaald, dit is niet alleen gebonden aan een

financieel resultaat, maar kan bijvoorbeeld ook worden uitgedrukt in het aantal patiënten dat in een dag wordt geholpen. (Geerts, Bierbooms, & Cloudt, 2021)

Efficiëntie is de relatie tussen input en output. Wanneer bedrijfsunit A met dezelfde hoeveelheid input een grotere output creëert dan bedrijfsunit B is deze efficiënter. Ook is A efficiënter dan B wanneer deze eenzelfde output genereert met minder input. Effectiviteit wordt gebruikt om de relatie tussen de doelen van een bedrijfsunit of organisatie en zijn output te beschrijven. Hoe meer de output bijdraagt aan de doelen van een bedrijfsunit, hoe effectiever deze is. Bij zorginstellingen kan het doel zijn om zoveel mogelijk mensen te voorzien van zorg. Als op een dag meer mensen geholpen kunnen worden door een verbetering in de bedrijfsvoering, dan is deze verbetering dus effectief. In deze paper wordt geanalyseerd of het werken in teams kan zorgen voor de behandeling van meer patiënten. De keuze is gemaakt om dit een verbetering van de effectiviteit van zorginstellingen te noemen, omdat meer patiënten kunnen helpen een aannemelijk doel is voor zorginstellingen.

2.2 Self-managing Teams

2.2.1 De sociotechniek

Self-managing teams vindt zijn oorsprong in de sociotechniek, een methode waarbij onderscheidt wordt gemaakt tussen het technische en sociale systeem van een managementstructuur. (Trist & Bamforth, 1951) Deze methode zal hieronder verder worden toegelicht.

2.2.1.1 Het verschil tussen het "Sociale" en "Technische" systeem

Zowel het sociale en het technische systeem zijn een subsysteem van de gehele organisatie. Samen vormen ze het productiesysteem van een organisatie. Het sociale systeem houdt zich bezig met: Motivatie van werknemers en hun waarde en normen. Het technische systeem houdt zich bezig met materiële zaken zoals: Stoelen, computers, gebouwen, etc. Een productiesysteem is altijd een gecompliceerde set van factoren en de links tussen deze factoren, samen dragen ze 1 functie. (de Sitter, den Hartog, & Dankbaar, From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs., 1997)

2.2.1.2 Verschillende type van organisaties

Emery (1959 en 1965) bouwde voort op dit. In zijn werk uit 1965 schetst hij vier verschillende types organisaties binnen een markt:

- Een type-I organisatie wordt gekenmerkt door een hoge vorm van zelfstandigheid van individuen binnen een organisatie. Ze zijn zelfs zo zelfstandig dat ze als losse organisaties kunnen worden gezien. De taken en doelen van individuen binnen de organisatie als geheel hebben weinig samenhang.
- Bij een type-II organisatie zijn de doelen en taken van individuen binnen een organisatie gericht op hetzelfde doel. Bij dit type is ook sprake van een hoge mate van zelfstandigheid. De individuen proberen door hun eigen taak uit te voeren samen een hoger liggend doel te bereiken.
- Binnen type-III organisaties bestaan meerdere kleinere organisaties met hetzelfde doel. Deze kleinere organisaties worden gezien als verschillende groepen. Hierbij speelt concurrentie tussen deze groepen een rol. De situatie dat een groep de ander verhindert kan voorkomen.
- Type-IV organisaties opereren vaak binnen een turbulente markt, waarin doelen relatief snel veranderen. Deze doelen veranderen snel omdat het werkveld waarin de organisaties zich begeven dynamisch is.

Emery betoogt in zijn paper dat het bestaan van de eerste drie type organisaties niets nieuws is. Type-IV daarentegen is een organisatie waar nog weinig over bekend is. Emery stelt dat binnen type 4 organisaties het belangrijk is om stabiliteit te creëren en dat hier ook de uitdaging in ligt, het zijn de organisaties waarin de sociotechnische methode gebruikt kan worden.

De dynamisch veranderende doelen bij type-IV organisaties kan worden vergeleken met het werk van zorgverleners. Bij het verlenen van wijkzorg is het doel vaak dynamisch. Elk hulpbehoevend individu heeft een andere hulpvraag, de een heeft mentale problemen, de ander gezondheidsproblemen. Deze kunnen ook tegelijkertijd voorkomen. Daarbij is de problematiek van ieder individu niet alleen verschillend omdat de kwaal een andere oorzaak heeft, ook verschillen individuen in persoonlijkheid. Samenvattend, een hulpverlener verleent verschillende zorg aan verschillende mensen waarbij elk probleem zijn eigen oplossing heeft. Hiermee wordt niet bedoeld dat elke oplossing uniek is, maar een probleem is dat wel.

2.2.1.3 De sociotechniek en Synergetische productie

Ulbo de Sitter heeft de methode van de sociotechniek verder ontwikkeld en onder andere beschreven in zijn boek "Synergetisch produceren" (1998). Het boek beschrijft 10 stappen waarmee de structuur van een organisatie synergetisch kan worden opgebouwd. Hieronder worden de eerste drie stappen besproken, omdat deze de onderliggende theorie bespreken met betrekking tot de noodzaak voor de sociotechniek. Dit is belangrijk voor deze paper omdat deze theorie een voorloper is van het werken in teams.

Stap 1. Samenwerking en betrokkenheid op het werk. Bij deze stap wordt gekeken naar managen versus mobiliseren. Het besturen (managen) van werknemers is vrijwel onmogelijk, omdat menselijk gedrag niet volledig te controleren is. Daarom wordt de voorkeur gegeven aan het mobiliseren van werknemers, hierbij wordt de omgeving van de werknemer zo ingericht dat deze het arbeidsvermogen maximaliseert. Het arbeidsvermogen is het vermogen van een werknemer om output te produceren. Ook wordt in deze stap gesteld dat betrokken werknemers effectiever zijn dan enkel tevreden werknemers. Samenwerking kan de betrokkenheid van werknemers verhogen. Het doel van synergetisch produceren is om arbeiders meer te betrekken bij hun werk en hierbij de stress van werknemers te verlagen. Speerpunten hierbij zijn de werkdruk en de regelcapaciteit.

Stap 2. Hoe verdelen we arbeid op dit moment?. Belangrijk hierbij is de in acht name van de tijdsgeest. Dit boek is geschreven in 1998, 23 jaar geleden. De Sitter beschrijft de structuren van bedrijven in Nederland destijds als "niet bemoedigend". Verschillende bedrijven worden beschreven waar het verzuim hoog is. Op deze werkplaatsen sprake is van een hoge werkdruk en een structuur die stress in de hand werkt. De bedrijven hebben een hiërarchische piramidevormige structuur.

Stap 3. Opzoek naar gereedschap. De Sitter beschrijft hier welke kenmerken een organisatiestructuur bezit die actief werk biedt en betrokkenheid en vindingrijkheid uitlokt. Een belangrijk begrip hierbij is zingeving. Zingeving is de mate waarin een werknemer zijn werk nuttig vindt. Zingeving zorgt voor meer intrinsieke motivatie en intrinsiek gemotiveerde werknemers zijn effectievere werknemers (Deci & Ryan, 1985). Zingeving bij werknemers kan worden gecreëerd door het zelf maken van keuzes. Wanneer er ruimte is om keuzes te maken, heeft een werknemer controle over zijn omgeving en situatie, daarmee geeft hij zijn beslissingen nut. Wanneer een werknemer geen keuzes heeft om te maken ervaart hij leegte, omdat hij geen "verschil" kan maken. Het vergroten van de regelcapaciteit en daarmee het vergroten van de keuzevrijheid zorgt voor autonomie binnen een organisatie.

Bij stappen 4 en 5 worden voorbeelden uit de praktijk besproken. Stappen 6, 8, 9 en 10 beschrijven een implementatie van de sociotechniek in de praktijk binnen de productieindustrie. Omdat deze paper gericht is op de thuiszorgsector zijn deze stappen minder aansluitend en worden daarom niet besproken. Stap 7 beschrijft de theorie omtrent

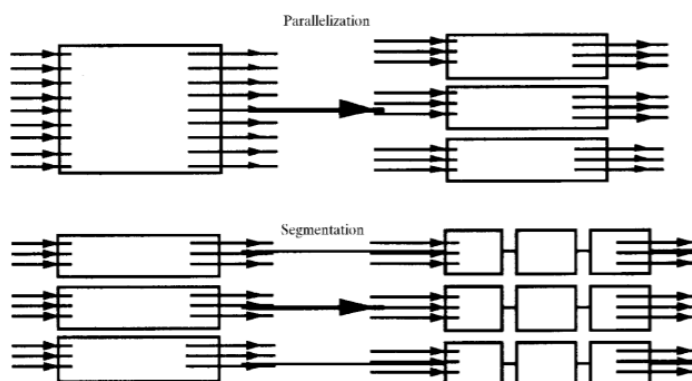
parralleliseren en segmenteren, deze theorie wordt besproken in de gelijknamige paragraaf in dit theoretisch kader.

2.2.1.4 Parallellisatie en segmentatie

Bij parallellisatie is er sprake van het opsplitsen van een productieketen naar meerdere kleinere productieketens. De input en output die deze ketens leveren is hetzelfde als voor de parallellisatie, het verschil is dat na parallellisatie de ketens onafhankelijk van elkaar opereren. Het voordeel hiervan is dat de totale variatie binnen de gehele productie kleiner wordt (De Sitter, Den Hertog & Dankbaar, 1997). Wanneer een productieketen wordt opgesplitst in verschillende productie compartimenten die achtereenvolgens producten aan elkaar doorgeven en daarmee uiteindelijk één product tot stand brengen spreekt men van segmentatie. Het voordeel van segmenteren is dat de verantwoordelijke bij fouten makkelijker te vinden is.

Wanneer binnen een bedrijf weinig parallellisatie en segmentatie aanwezig is, worden verantwoordelijkheden minder verspreid. Dit komt omdat een individuele fout achteraf moeilijk terug te vinden is. Meer parallellisatie en segmentatie leidt tot een vlakke managementstructuur.

Figuur 1. Schematische weergave parrallelisatie en sementatie



Bron: (de Sitter, den Hartog, & Dankbaar, 1997)

2.2.1.5 Gevolgen parallellisatie en segmentatie

Met behulp van IOR zijn in het onderzoek van De Sitter, Den Hertog en Dankbaar (1997) 50 bedrijven gestart met het paralleliseren en segmenteren van de structuur. In de paper staan een zevental voorbeelden van het probleem, de verandering die is aangebracht en het gevolg. Hier worden drie voorbeelden genoemd om het effect van parallelisatie en segmentatie te verduidelijken:

- Zilverstad Silversmithing is een producent van juwelen en sieraden. Het bedrijf had last van toenemende concurrentie vanuit het oosten. De toenemende complexiteit van het werk en de toenemende druk op leveringstijden van de producten, waren de twee problemen die beschreven worden. Door middel van IOR zijn de productlijnen geparalleliseerd, ieder product wordt gemaakt door een Self-managed Team (SMT). Het gevolg is kortere leveringstijden, minder voorraad, hogere productiviteit, 15% hogere omzet terwijl de sieradenmarkt in Nederland in dezelfde periode met 15 afnam. (Roberts, den Hertog, and van den Oetelaar, 1995)

- Van Nelle Tabacco is een producent van rookwaar. Door de introductie van business groepen, parallelisatie aan de hand van producteigenschappen, segmentatie van de productielijn en de decentralisatie van de organisatie zijn de kosten verlaagd, de bedrijfsvoering flexibeler geworden, waarmee kortere leveringstijden zijn gerealiseerd, wordt er minder voorraad aangehouden en wordt een hogere kwaliteit van de producten bereikt. (Roberts, 1993)

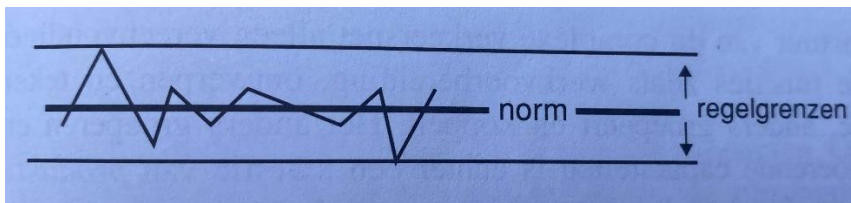
- Het laatste voorbeeld is van Nationale Nederlanden, een verzekeringsmaatschappij. Het bedrijf dreigde zijn rol als marktleider te verliezen. Door de business unit op te splitsen in twee verschillende divisies: bedrijfsgerelateerde verzekeringen en private verzekeringen. Ook werd de organisatie meer gedecentraliseerd door de commerciële taken van de verzekeringen toe te wijzen aan de teams binnen de divisie in plaats van een aparte business unit voor deze taak. Het gevolg van deze maatregelen was een hogere productiviteit, een reductie van het aantal managementfuncties, een hogere kwaliteit van de service en een hogere winst. (De Sitter, Den Hertog & Dankbaar, 1997)

Het onderzoek van de Sitter, den Hartog en Dankbaar (1997) concludeert dat parralelliseren en segmenteren leidt tot een effectivere organisatie.

2.2.1.6 Regelcapaciteit

Processen in het werk of prive zijn altijd veranderlijk van aard, situatie en omgeving bevinden zich nooit in een evenwichtstoestand (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998). Zo hebben werknemers verschillende persoonlijke relaties in hun netwerk die met elkaar interfereren (concurreren). Bijvoorbeeld, wanneer een werknemer moet overwerken op de verjaardag van zijn partner. De norm bij het werk kan zijn om over te werken wanneer een deadline dreigt niet gehaald te worden, maar de relatie tot de partner interfereert met de norm van het werk. Maar ook wanneer een arts een patient een medicijn wil toedienen wat net opgemaakt is bij behandeling van de vorige patient interfereren processen op de werkvloer met elkaar. De mate waarin kan worden omgegaan met situaties die afwijken van de norm noemen we de regelcapaciteit. Hoe verder de regelgrenzen afliggen van de norm, hoe groter de regelcapaciteit. Regelen betekent in dit geval “omgaan met verandering”. Werkproblemen zijn afstemmingsproblemen tussen werkplek, werkomgeving en prive situatie. Wanneer binnen een organisatie ruimte is voor het regelen bij werkproblemen, dan zijn er twee mogelijkheden: de manier van werken of het werk zelf aanpassen. De eerste noemen we intern regelen, het probleem wordt opgelost binnen het eigen werkdomein. Het tweede noemen we “extern regelen”, de oplossing voor het werkprobleem wordt gezocht in de omgeving van het werk, het werk zelf verandert.

Figuur 2. Regelcapaciteit schematisch weergegeven



Bron: (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998)

2.2.1.7 Effecten van veranderingen in de regelcapaciteit

De Sitter stelt in zijn boek (Synergetisch produceren, 1998) dat het vergroten van de hoeveelheid taken leidt tot een vergroting van de regelcapaciteit van werknemers. Ookwel, wanneer een werknemer meer gediversiviseerd werk heeft kan hij werkproblemen gemakkelijker oplossen. Het vergroten van de regelcapaciteit heeft een negatieve relatie met stress. Wanneer een werknemer een werkprobleem gemakkelijker kan oplossen zorgt dit voor minder stress. “Het zijn niet de problemen die stress en vervreemding veroorzaken, maar de belemmeringen om ze op te lossen.” (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998)

Meer gediversiviseerd werk leidt tot een vergroting van de regelcapaciteit en daarmee het vermogen om zelf problemen op te lossen aan de hand van keuzes (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998). Meer keuzes leidt weer tot meer zingeving en dat weer tot meer intrinsiek gemotiveerde werknemers, die weer productiever zijn (Deci & Ryan, 1985). Het hebben van meerdere afwisselende taken leidt dus tot productievere en meer zingegeven werknemers.

2.2.2 Werken in een teamstructuur

2.2.2.1 Self-Managing Teams een definitie

Het begrip Self-Managing Teams kent in de literatuur verschillende namen met een vergelijkbare betekenis (Goodman, Devadas, & Hughson, 1988). “Autonomous workgroups” (Cummings, 1978) (Pearson, 1992) en “Self-organized teams” (Parker, Holesgrove, & Pathak, 2015) zijn hier twee voorbeelden van. In deze paper wordt de naam Self-Managing Teams (SMTs) gebruikt. Cummings (1978) gaf in zijn werk ook een definitie van SMTs aan de hand van de volgende kenmerken:

- Het SMT voert taken volledig uit, van opdracht tot eindproduct
- Medewerkers binnen SMTs bezitten elk een gevarieerde set aan skills die relevant zijn voor de uit te voeren taken
- Discretie van werknemers over beslissingen omtrent methode van werken, schema's en taakverdeling
- Compensatie en feedback op basis van het groepsresultaat

Het werken in teams kan worden gezien als het decentraliseren van een organisatie omdat er bij deze vorm van werken minder controle is. Werknemers binnen een team worden verantwoordelijk gehouden voor het resultaat en niet voor het proces (Cummings, 1978).

2.2.2.2 Industrial Organizational Renewel (IOR)

Emery (1965) beschrijft in zijn werk een type-IV organisatie (sectie 2.3.2) waarin boeren samenwerken en een front vormen tegen de overheid om betere prijzen voor hun producten te ontvangen. De Sitter, Den Hertog en Dankbaarl (1997) gaan dieper in op dit type organisatie. Het werk van Emery vormt dan ook de basis voor de theorie van de drie onderzoekers. Ze stellen dat organisaties de keuze hebben tussen twee verschillende soorten organisaties: 1 een organisatie met een complexe structuur en simpele banen, 2 een simpele

organisatie met complexe banen. Het eerste is de meest voorkomende vorm, het tweede staat in contrast tegenover de destijds gebureaucratiseerde organisaties. In de paper wordt "The Dutch Approach" aangehaald, welke afgeleid is van de organisatiestructuur binnen de Zweedse autoindustrie. Binnen de Zweedse autoindustrie, en later ook bij meerdere autofabrikanten in Europa, is een groep werknemers verantwoordelijk voor de volledige productie en assemblage van een auto.

Deze manier van werken is ontwikkeld in de jaren 60. Omdat de gemiddelde werknemer steeds hoger werden opgeleid, ontstond een kloof tussen het lopende band werk in fabrieken en de capaciteiten van werknemers die alsmaar groter werd. Dit leidde tot slechtere producten en werknemers die complexer werk ambieerde dan een baan aan de lopende band (den Hertog, 1977; van Assen & den Hertog, 1984).

Om dit probleem op te lossen is een Industrial Organizational Renewal (IOR) nodig. Het begrip IOR staat centraal in de paper van De Sitter, Den Hertog en Dankbaar (1997), hierbij concluderen zij dat de herstructurering realistisch van aard moet zijn, de werknemers actief betrokken moeten worden in het veranderingsproces en dat veranderingen geleidelijk aan moeten worden doorgevoerd. De veranderingen die bij verschillende bedrijven zijn doorgevoerd zijn gebaseerd op parallelisatie en segmentatie.

2.2.2.3 Een succesvolle implementatie van teams

Bij een succesvolle implementatie van SMTs spelen leiderschap, de competentie om te werken in teams en het bezitten van een brede hoeveelheid aan technische vaardigheden om binnen een team rotatie mogelijk te maken een belangrijke rol (Magpili, N. C. & Pazos, P, 2018). Wanneer deze drie componenten niet in acht worden genomen bij de implementatie van een team, zal dat bijna altijd leiden tot het falen van deze implementatie. In het literatuuronderzoek van Magpili en Pazos worden verbanden onderzocht omtrent de implementatie en de effectiviteit van Teams. Ook concluderen de twee onderzoekers dat degene die het team aanstuurt team autonomie kan vergroten door middel van mentorschap, coachen, beloningen, trainingen en informatie. De uitdaging voor de leiders is om de balans te vinden tussen het autonoom laten opereren van een team, daarbij wel de minimale behoefte aan sturing en structuur niet te kort te doen.

Om de SMTs in te voeren stellen Magpili en Pazos (2018) dat het essentieel is dat werknemers hoogopgeleid zijn en zich in een omgeving bevinden die constant veranderd. Zorgpersoneel in Nederland hebben over het algemeen een lange opleiding gevolgd, van basisonderwijs tot

het afronden van een diploma of studie. De werkomgeving flexibel zoals hierboven uitgelegd (Sectie 2.3.1). Ook stellen zij in hun onderzoek dat complex werk leuker is, wat de tevredenheid onder werknemers zou moeten verhogen.

2.2.2.4 Relatie vertrouwen en effectiviteit SMTs

In 2001 deden Costa, Roe en Taillieu onderzoek naar de relatie tussen vertrouwen en de effectiviteit van de te volbrengen taak. De mate van vertrouwen wordt in hun model uitgedrukt door vier verschillende componenten: de neiging om iemand te vertrouwen, waargenomen betrouwbaarheid, samenwerkingsgedrag en de mate waarin gedrag gemonitord wordt. Uit het model blijkt dat vertrouwen positief gecorreleerd is aan de effectiviteit van de uit te voeren taak, team tevredenheid en de mate waarin een persoon zich inzet binnen werkrelaties. Vertrouwen is negatief gecorreleerd aan stress. De resultaten laten zien dat de 4 componenten van vertrouwen belangrijk zijn voor het functioneren van teams binnen organisaties. Onderzoek suggereert dat ook interprofessioneel teamwork bijdraagt aan een hogere werknemerstevredenheid, kwaliteit van zorg en meer controle over kosten door een verlaging van de hoeveelheid dubbelzinning werk en gaten in de dienstverlening (Xyrichis & Lowton, 2008). De uitdaging vanuit control perspectief is voor het hogere management binnen een bedrijf om een balans te vinden tussen de werknemers zoveel mogelijk vertrouwen geven, want dit is bevorderlijk voor de motivatie van werknemers en de kosten, maar ze wel de juiste hoeveelheid sturing mee te geven. Dit laatste is belangrijk om enige vorm van overzicht en structuur binnen een organisatie te behouden (Magpili & Pazos, 2018). Het geven van meer vertrouwen kan worden bewerkstelligd in zorginstellingen door het verlagen van de administratieve werkzaamheden.

2.3 Wijkzorginstellingen in Nederland

In sectie 2.3 van dit theoretisch kader wordt dieper ingegaan op wijkzorginstellingen. Deze instellingen richten zich op verpleging en verzorging die mensen thuis ontvangen (Rijksoverheid, 2021). Iemand komt in aanmerking voor deze zorg wanneer hij of zij een fysieke beperking heeft. Dit kan bijvoorbeeld een gebroken been zijn of wanneer iemand hulp nodig heeft met het inspuiten van insuline. Wanneer iemand fysiek beperkt is, wordt iemand ook sociaal beperkt. Een wijkverpleger heeft de taak om mensen te helpen bij hun fysieke en sociale beperkingen. Een wijkverpleger vormt een brug tussen patienten (vaak ouderen) en

overige medische zorg. Zo is de wijkverpleger vaak de eerstelijns hulpverlener, ook voert hij of zijn gesprekken met andere medisch specialisten omtrent de zorgverlening van de patient, zoals bijvoorbeeld een huisarts. Wijkverpleging is opgenomen in het basispakket en valt niet onder het eigen risico (Rijksoverheid, 2021). Ook hoeft voor wijkverpleging, geen toestemming bij de huisarts aangevraagd te worden. De aanvraag van wijkverpleging is hierdoor en het feit dat het geen extra kosten met zich meebrengt, laagdrempelig voor hulpbehoevende.

2.3.1 Wijkzorg, wijkverpleging, thuiszorg en thuisverpleging

In het onderstaande Kwaliteitskader VV&T (Sectie 2.5.2) valt de wijkzorg onder Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. In 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gewijzigd (Kuiper, 2014). Het gevolg is dat gemeente ervoor moeten zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (Rijksoverheid, 2021). Wijkverpleging valt vanaf dat moment onder Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Thuiszorg wordt vanaf dat moment als apart onderdeel beschouwt binnen 'Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg'. Zorg Verpleging en Verzorging wordt vanaf 2015 aangeduid als 'verpleeghuiszorg' en 'thuiszorg' gaat verder onder de naam 'wijkverpleging'. (zorginzicht.nl, 2021) Omdat de wijziging van de wet vooral financieringsgericht is, namelijk de herverdeling van kosten tussen zorgverzekeraars en gemeente, is deze verder niet van belang voor deze studie. Het inhoudelijke werk van wijkverplegers verandert door de nieuwe wetgeving niet.

Wel is van belang om op te merken dat in het begrip thuiszorg door de jaren heen is veranderd in wijkverpleging/wijkzorg. Op verschillende websites van de overheid worden verschillende termen door elkaar gebruikt. In deze paper is de naamgeving van de database van de rijksoverheid leidend (zorginzicht.nl, 2021). In deze scriptie zal wijkzorg of wijkverpleging worden gebruikt als overkoepelende term voor 'thuiszorg' 'thuisverpleging' 'wijkzorg' en 'wijkverpleging'.

2.3.2 Kwaliteitskader VV&T 2010

In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) staat beschreven wat de partijen binnen de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg verstaan onder verantwoorde zorg (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). Partijen die deelnemen aan deze stuurgroep zijn: ActiZ, organisatie van zorgondernemers; Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN); Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ); Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC); Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Verenso,

beroepsvereniging van specialisten in ouderengeneeskunde; Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN); - Sting, landelijke beroepsvereniging thuiszorg; Zorg verzekeraars Nederland (ZN). Het kwaliteitskader VV&T is dus opgesteld door beleidsmakers binnen de zorgsector in Nederland.

Omdat deze paper zich bezighoudt met de wijkzorg en niet met verpleging in verzorgingstehuizen, wordt alleen beschreven wat de stuurgroep VV&T verstaat onder verantwoorde zorg door zorgverleners, toegespitst op wijkzorg. Volgens het Kwaliteitskader is verantwoorde zorg belangrijk om de kwaliteit van leven van patiënten hoog te houden. Patiënten dienen de regie over het eigen leven te behouden door mee te beslissen over de afspraken die in het zorgleefplan worden opgenomen. Het zorgleefplan bestaat uit afspraken omtrent de soort behandeling en een tijdsbepaling van de geleverde zorg. Ook bevat het plan de verslaggeving van een actueel overzicht van de geleverde zorg. Deze bevat de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstelling op basis van de evaluatie.

Het Kwaliteitskader VV&T noemt; cliëntgerichtheid; deskundigheid; goede bejegening en signalering van tekorten of niet passende zorg, als competenties die zorgverleners dienen te bezitten. Opvallend is dat het kwaliteitskader onder deskundigheid vermeldt dat de zorgverlener 'vakkundig en zelfstand' werkt (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). In het kwaliteitskader staat expliciet genoemd dat wanneer een zorgverlener een wijziging wil aanbrengen in dit zorgleefplan, hij/zij dit dient te overleggen met zijn leidinggevende. Wat verder opvalt is dat het woord 'team' slechts drie keer voor komt in dit document. Het Kwaliteitskader VV&T schets een algemeen beeld voor organisaties binnen de sector VV&T en is bovenal gericht op de kwaliteit van leven van de patiënt zelf en niet op de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Iets wat wel centraal staat in het Experiment Regelarme Instellingen. De uitvoering van het beroep wijkverzorger wordt in vergelijking met het beleidskader 2018, welke in het empirisch gedeelte van deze paper besproken wordt, mager toegelicht.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de zorginstellingen in Nederland ten tijde van het schrijven van het Kwaliteitskader VV&T 2010 een niet gedecentraliseerde structuur beschrijven, zonder teamstructuur. Het 'Zelfstandig werken', 'dienen te overleggen met leidinggevende' en de 'verslaggeving van acties' dienen als argumentatie voor deze conclusie.

2.3.3 Experiment Regelarme Instellingen (ERAI)

“In 2011 is VWS met het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) een bijzonder experiment gestart.” (Ministerie van VWS, 2016) Edith Schippers, de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hoopte dat dit experiment zou bijdragen aan een andere kijk op de zorg. Meer aandacht voor de behoefte van de cliënt, meer zeggenschap voor de client, het terugdringen van de administratieve lasten en meer ruimte en vertrouwen voor de zorgverleners in hun dagelijkse werkzaamheden waren destijds de doelen waaraan het experiment een bijdrage moest leveren.

23 zorgaanbieders hebben deelgenomen aan dit experiment, waarin de “bedoeling” van de zorg, de relatie tussen cliënt en zorgverlener, centraal staat (Ministerie van VWS, 2016). Bij dit experiment was het de bedoeling dat zorgaanbieders melding maakte van elke regel die zij als belemmerend ervaren. Door vervolgens deze meldingen te evalueren en de mogelijke afschaffing ervan te bespreken heeft ERAI de zorgaanbieders in staat gesteld om te experimenteren met regelarm werken in de zorg. Buurtzorg is een van de 23 deelnemende organisaties en een case-studie wordt uitgevoerd naar dit bedrijf in de analyse van deze paper.

Door te beginnen bij de ‘bedoeling’ van de zorg en niet bij het proces, verandert de organisatie van binnenuit op alle niveaus. Het ministerie concludeert dat deze manier van werken bevorderlijk is voor de kwaliteit van de zorg en het welzijn van werknemers (Ministerie van VWS, 2016). Ook werd door deze manier van werken duidelijk welke regels in de weg staan van het leveren van kwalitatief goede zorg. Het aantal regels kan zonder problemen wordt teruggedrongen of vereenvoudigd terwijl de kwaliteit van de zorg behouden blijft of zelfs verbeterd. Wel komt uit het experiment naar voren dat het centraal stellen van de cliënt en daarmee het terugdringen van de administratieve lasten complex is (Ministerie van VWS, 2016). Nieuwe uitdagingen liggen constant op de loer en het vraagt veel van de betrokken partijen. Regelarm werken vergt lef en een continue dialoog.

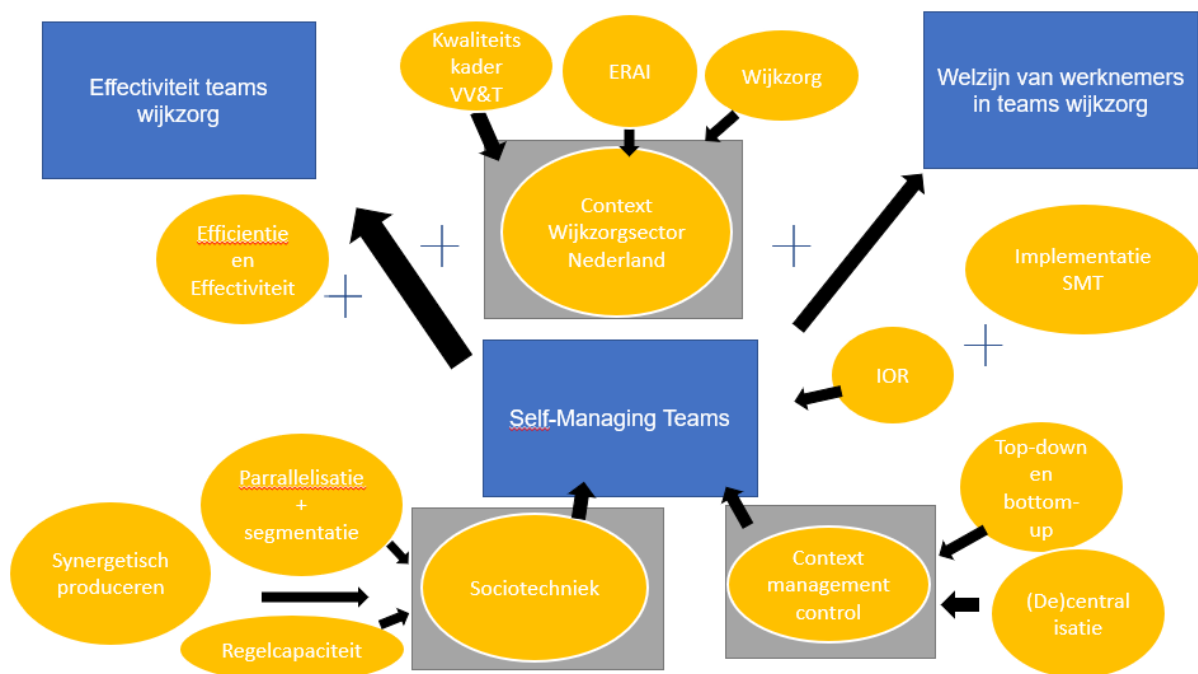
2.4. Samenvatting van het theoretisch kader aan de hand van een framework

Het theoretisch kader begon met het geven van definities van de begrippen centralisatie, decentralisatie, top-down en bottom-up. Deze begrippen vormen een context over theorieën omtrent managementstructuren. Ook zijn de begrippen efficiëntie en effectiviteit verder toegelicht om de richting van deze studie verder toe te lichten. Vervolgens is opzoekgegaan

naar de oorsprong van Self-Managing Teams, de sociotechniek. Deze techniek is verder onderzocht aan de hand van het boek “Synergetisch produceren” (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998). In sectie 2.4 zijn de verschillende aspecten van sociotechniek besproken: de voor- en nadelen, kenmerken, implementatie en onderliggende theorie (parallelisatie, segmentatie en regelcapaciteit). Daarna beschrijft het theoretisch kader de implementatie veranderingen binnen een organisatie aan de hand van IOR en daarmee de implementatie van SMTs.

De effectiviteit van teams in de wijkzorg en het welzijn haar werknemers, is afhankelijk van de manier waarop teams worden toegepast. Daarom is het van belang om onderscheidt te maken tussen effectiviteit van teams in de wijkzorg en de invloed van teams op het welzijn van haar werknemers. Effectiviteit en welzijn zijn beide afhankelijk van SMTs en de toepassing daarvan, maar worden apart van elkaar onderzocht. De context wijkzorgsector Nederland is van toepassing op zowel de effectiviteit als het welzijn van medewerkers.

Figuur 3. Schematische weergave van theoretisch framework



2.4.2 Voorwaarden voor framework 'succesvol werken in teams in de wijkzorg' en hypothesen

De volgende voorwaarden zijn van belang voor het succes van teams in de wijkzorg:

1. De teams werken vanuit de 'bedoeling' van de wijkzorg en zijn daarmee verantwoordelijk voor het eindproduct (en minder voor het proces): de relatie tussen de client en wijkverpleger. (Cummings, 1978) (Ministerie van VWS, 2016)
2. Werknemers moeten vertrouwen hebben in het succes van werken in teams. (Costa, Roe, & Taillieu, 2001) (Magpili & Pazos, 2018)
3. Verandering naar teams moet geleidelijk, stap voor stap en niet in een keer. (van Assen & den Hertog, 1984) (de Sitter, den Hartog, & Dankbaar, 1997) (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998)
4. Werknemers dienen hoogopgeleid te zijn. Hierdoor beschikken zij over de juiste sociale en technische competenties. Wanneer werknemers niet hoog genoeg zijn opgeleid kan dit worden gecompenseerd door middel van trainingen of coaching. (Magpili & Pazos, 2018)
5. Werknemers dienen actief betrokken te worden in het proces van verandering. (de Sitter, den Hartog, & Dankbaar, 1997) (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998)
6. Binnen een team is het belangrijk dat werknemers verschillende vaardigheden of specialisme bezitten (interprofessioneel). (Xyrichis & Lowton, 2008) (Cummings, 1978)
7. Het team is verantwoordelijk voor de uitvoering van de taak en niet het individu. (Cummings, 1978)

De voorwaarde zijn opgesteld aan de hand van het framework. Deze geeft weer hoe de theorie over teams kan worden toegepast op de wijkzorg. Hieronder worden hypothesen geformuleerd aan de hand van het framework. Door het toepassen van bovenstaande voorwaarde (1., 2., 3., 4., 6., 7.) bij het implementeren van teams zouden teams moeten zorgen voor meer effectiviteit binnen de wijkzorg. Hieruit volgt een hypothese: h1. *Werken in teams heeft een positieve invloed op de effectiviteit van wijkzorginstellingen*. De hypothese is gebaseerd op het framework

Het verwerken van de voorwaarde 2., 3., 4., 5. en 7. zou in theorie een positieve invloed moeten hebben op het welzijn van werknemers, hieruit volgt een hypotheseset: h0(2): *Werken*

in teams heeft geen positieve invloed op het welzijn van medewerkers. h1(2): Werken in teams heeft een positieve invloed op het welzijn van medewerkers in de wijkzorg.

3. Methode

In deze paper worden hypothesen gesteld in de conclusie van het theoretisch kader. Eerst wordt het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) geanalyseerd en vergeleken met de voorwaarde gesteld aan het einde van het theoretisch kader, dit wordt de rapportanalyse genoemd. Destemmer het voldoet aan de voorwaarde, destemmer is het kwaliteitskader geschikt om de hypothesen te toetsen. Vervolgens wordt door middel van de enqueteanalyse en de casestudie, de hypotheseset ($h_0(2)$, $h_1(2)$) getoetst. De onafhankelijke t-toets en de case-studie toetsen de hypothese h_1 . De onderzoeksmethode maakt onderdeel uit van het stuk context over de wijkzorg. Deze wordt gebruikt in het framework om de effectiviteit van teams en de invloed ervan op het welzijn van medewerkers te testen.

3.1 Rapport- en enqueteanalyse

Met de rapportanalyse wordt het rapport Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) getoetst op de voorwaarde van 'succesvol werken in teams in de wijkzorg'. In 2018 is het rapport Kwaliteitskader wijkverpleging opgesteld, deze vormt een leidraad voor wijkzorgorganisaties. Hierin staat beschreven hoe de wijkzorg in Nederland georganiseerd is en wat het vak wijkverzorger inhoudt. Het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) beschrijft wat de Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging verstaat onder wijkverpleging. In deze stuurgroep zijn de volgende organisatie vertegenwoordigd: Branchevereniging Thuiszorg Nederland, Patiëntentfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging verpleegkundigen & verzorgenden. Opgesteld aan de hand van het ERAI staat het werken in teams centraal in het rapport. De vergelijking van het rapport met het framework geeft een beeld over de mate waarin deze geschikt is voor het toetsen van de hypothesen.

Om te meten of het welzijn van medewerkers is vergroot door het invoeren van het Kwaliteitskader wijkverpleging 2018 worden een aantal verschillende facetten geanalyseerd. Zo wordt gekeken naar psychische last en het ziekteverzuim over de jaren 2011-2019 en een enquête uit 2019, een jaar na de publicatie van het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018).

De psychische last en de mate van ziekteverzuim over de periode 2011-2019 geeft een indicatie over de verandering van werkdruk. Een afname van de psychische last of ziekteverzuim is een indicatie voor het accepteren van de hypothese (2.) aan het einde van het theoretisch kader. De enquête uit 2019 geeft een beeld over de veranderde situatie van werknemers in het eerste jaar na de invoering van het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018).

Twee grafieken worden opgesteld met behulp van azw CBS StatLine. Een grafiek met ziekteverzuim op de y-as en jaartallen op de x-as. De andere grafiek geeft psychische lasten op de y-as afgezet tegen jaartallen op de x-as. Wanneer een daling in deze grafieken zichtbaar is, kan met behulp van statistische analyse bepaald worden of deze daling significant is. Bij een stijging van het ziekteverzuim of toenemende psychische lasten is er geen statistische analyse nodig, het kwaliteitskader heeft in dit geval geen positief effect. Ook kan in dit geval $h_1(2)$ niet worden aangenomen.

3.2 Onafhankelijke t-toets

De onafhankelijke t-toets test of teams die werken zoals het framework voorschrijft, een positief effect hebben op de effectiviteit van de wijkzorg. Hiermee wordt hypothese h_1 getoetst aan de hand van een statistische analyse.

Omdat het Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018) opgesteld is aan de hand van de uitkomsten ERAI, wordt het werken in teams gebruikt als speerpunt in dit rapport. Nadat is bepaald in hoeverre het rapport overeenkomt met de voorwaarde van 'succesvol werken in teams in de wijkzorg' wordt onderzocht of deze teams invloed hebben gehad op de effectiviteit van de wijkzorg in Nederland.

De patiënt/medewerker-ratio's uit de periodes 2011-2015 en 2018-2019 worden met elkaar vergeleken. Met een onafhankelijke t-toets wordt getest of de gemiddelde werknemer/patiënt-ratio in 2018-2019 significant verschilt van de periode 2011-2015.

De jaartallen 2016 en 2017 worden niet meegenomen in de analyse omdat het rapport ERAI publiekelijk werd gemaakt in 2015. Omdat het rapport positief was over het werken in teams is het aannemelijk dat na de bekendmaking van de resultaten een deel van de wijkzorginstellingen adviezen van dit rapport (gedeeltelijk) hebben overgenomen. Met het uitbrengen van het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) werd het werken in teams landelijk de norm. De tijd tussen het ERAI-rapport en het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) wordt dus niet meegenomen omdat het onduidelijk is hoe organisaties in de wijkverpleging gestructureerd waren.

In de jaren 2011-2015 deden 23 zorgorganisaties mee aan ERAI, dat is een klein deel zorgorganisaties destijds in Nederland (Zorgkaartnederland, 2021). In 2018 en later is het werken in teams de norm in de wijkverpleging. Het vergelijken van de patiënt/werknemer-ratio

tussen de eerste en tweede periode geeft een indicatie van de invloed van het kwaliteitskader en daarmee het werken in teams op de effectiviteit van wijkzorginstellingen. Met een onafhankelijke t-toets wordt getest of de gemiddelde werknemer/patiënt-ratio in 2018-2019 significant verschilt van de periode 2011-2015. Voor het jaar 2020 zijn geen cijfers bekend over het aantal patiënten. Dit jaar kon daarom niet meegenomen worden in de analyse.

Voor het analyseren van de effectiviteit zijn gegevens verzameld over het aantal patiënten en het aantal werknemers in de jaren 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 en 2018, 2019. De aantallen van het (aantal patiënten) en werknemers is gebaseerd op het absolute aantal werknemers aan het begin van elk kwartaal. Zo zijn er voor de periode 2011-2015, 20 waarnemingen. Voor de periode 2018-2019 zijn dit 8 waarnemingen.

Het aantal patiënten dat wijkzorg heeft ontvangen wordt uitgedrukt in het aantal patiënten per jaar. Omdat het aantal werknemers wordt gegeven in kwartalen, wordt het aantal patiënten gedeeld door vier. Zo wordt voor elk kwartaal een patiënt/medewerker-ratio uitgerekend. Voor de periode 2015, 2018, 2019 zijn dit mensen die bekend zijn als patiënten en gebruik maken van wijkzorg. Het aantal patiënten dat van 2011-2014 verzorging thuis heeft ontvangen is gebaseerd op hoeveel mensen financiering hebben ontvangen vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) of de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) voor verzorging zonder verblijf. Dit zijn mensen die zorg thuis hebben ontvangen of zorg op locatie bij een zorgaanbieder korter dan 24 uur (Ministerie VWS, 2021).

Werkelijke cijfer over ontvangen zorg thuis zijn niet bekend. Wel geven deze cijfers een indicatie van de effectiviteit in de sector wanneer een patiënt/medewerker-ratio wordt weergegeven. Deze zegt iets over hoeveel mensen worden geholpen per medewerker en daarmee hoe effectief de organisatie is wanneer het doel is om zoveel mogelijk mensen te helpen met het gegeven aantal medewerkers.

De data zijn afkomstig van AWZ StatLine CBS, een website van de Nederlands overheid. Voor het opstellen van de data wordt gebruik gemaakt van Microsoft office Excel. Hierin wordt de data ingevoerd en bewerkt. Voor het plotten van grafieken wordt AZW StatLine CBS en Stata/MP 16.0 gebruikt. Voor het uitvoeren van de statistische analyse wordt enkel het programma Stata/MP 16.0 gebruikt.

3.3 Case-studie

Met de case-studie naar Buurtzorg wordt niet alleen een beeld geschetst van de praktijk van teams in de wijkzorg, maar wordt ook meer bekend over de toegevoegde waarde van teams. De case-studie geeft inzicht in het welzijn van medewerkers en de effectiviteit van teams door een empirische context toe te voegen aan de analyse, zoals in het framework.

Voor deze case-studie worden verschillende documenten gebruikt. Een rapport van KPMG & Plexus dat onderzoek heeft gedaan naar wat de toegevoegde waarde is van Buurtzorg ten opzichte van andere aanbieders van thuiszorg. Het rapport is geschreven ten tijde van het ERAI (Experiment Regelarme Instellingen), de data is afkomstig uit 2013 (KPMG & Plexus, 2015). Ook wordt een rapport gebruikt over de eerste bevindingen rondom Buurtzorg (Nivel, 2008). Het rapport geeft een beeld over hoe de organisatie er van binnen uitziet. Het rapport van KPMG & Plexus geeft een indicatie van de effectiviteit van Buurtzorg en hoe deze zich verhoudt tot andere zorgaanbieders. Het rapport is geschreven omdat Buurtzorg op een andere manier werkt dan overige zorgaanbieders en er wordt gekeken wat de toegevoegde waarde is van de bedrijfsvoering van de organisatie. De teams van Buurtzorg worden net als het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) getoetst op de voorwaarde van 'succesvol werken in teams in de wijkzorg'. Omdat kwaliteitskader is gebaseerd op ERAI, het onderzoek waar Buurtzorg aan mee deed, wordt aangenomen dat Buurtzorg aan minimaal dezelfde voorwaarde voldoet als het kwaliteitskader.

Deze case-studie geeft weer wat de voordelen zijn van werken in teams in de wijkverpleging. Het geeft een beeld van een bedrijf wat al langer bestaat en het werken in teams tot een succes heeft gebracht binnen de sector. De case-studie maakt het inzichtelijk waarom teams bij dit bedrijf goed werken.

4. Analyse

In dit hoofdstuk wordt het empirisch deel van dit onderzoek beschreven. Eerst (sectie 4.1) wordt een beschrijving gegeven van het Kwaliteitskader Wijkzorgverpleging 2018 en de vergelijking gemaakt met de voorwaarde voor succesvol werken in teams (sectie 2.4.2). Ook worden de psychische lasten, het ziekteverzuim van werknemers afgebeeld over recente jaren en wordt een enquête onder wijkverzorgers uit 2019 geanalyseerd.

In het tweede deel van de analyse (sectie 4.2) wordt getest of dit beleidskader een effect heeft gehad op de wijkzorg en zijn effectiviteit aan de hand patiënt/werknemer-ratio.

In het derde en laatste deel wordt een case-studie gedaan naar het bedrijf Buurtzorg. Deze case-studie toetst zowel de hypothese (h1) als de hypotheseset (h0(1), h1(1))

4.1 Rapportanalyse en de invloed op het welzijn van medewerkers

In sectie 4.1 wordt onderzocht of het werken in teams zoals beschreven in het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) invloed heeft op het welzijn van werknemers in de wijkzorg. Eerst wordt een rapportanalyse uitgevoerd (sectie 4.1.1), vervolgens worden de psychische lasten en ziekteverzuim onder wijkzorgmedewerkers afgebeeld voor de jaren 2011-2019 (sectie 4.1.2). Als laatste wordt in sectie 4.1.3 een enquête uit 2019 geanalyseerd om het effect van het kwaliteitskader op werknemers te meten, na één jaar.

4.1.1 Rapport analyse Kwaliteitskader wijkverpleging

Het Kwaliteitskader wijkverzorging 2018 is integenstelling tot het Kwaliteitskader VV&T 2010 opgesteld voor de enkel de wijkverpleging, waar het eerdere document ook overige sectoren van verpleging diende.

Ook dit kwaliteitskader schijft voor dat wijkverpleging zijn aandacht richt op het behouden of verbeteren van de kwaliteit van leven en het versterken van zelfredzaamheid van de cliënt. Het kader geeft aan dat bij wijkverpleging een vertrouwde, gelijkwaardige relatie met de cliënt centraal staat (Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging, 2018). Het centraal staan van de relatie met de cliënt wordt ook teruggevonden in het ERAI. Die beschreef dat de 'bedoeling' van zorg is: de relatie tussen cliënt en zorgverlener centraal stellen (Ministerie van VWS, 2016).

Opvallend is dat het kader wijkverpleging omschrijft als 'een team van verpleegkundigen en verzorgenden' (Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging, 2018). Waar het woord team in het oude kwaliteitskader slechts drie keer voorkwam is dat in dit document 55 keer. Binnen het team wijkverpleging werken verschillende zorgprofessionals met aanvullende kwaliteiten met elkaar samen. Verschillende verpleegkundig specialisten hebben een plek in dit team, zoals kindzorg, dementiezorg en palliatieve zorg. Dit interprofessioneel teamwork zou volgens onderzoek moeten resulteren in een hogere werknemerstevredenheid, kwaliteit van zorg en meer controle over kosten (Xyrichis & Lowton, 2008). Ook is hiermee voldaan aan de 6^e voorwaarde voor succesvolwerken in teams.

Als eis om te werken in een wijkverplegingsteams moeten de professionals beschikken over de volgende competenties: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit en kwaliteit. Binnen het team biedt de manier van werken ruimte om van elkaar te leren. De genoemde competenties zijn in lijn met 'de competentie om te werken in teams en het bezitten van een brede hoeveelheid aan technische vaardigheden' (Magpili & Pazos, 2018) en daarmee wordt ook aan de 4^e voorwaarde van het framework voldaan

Het Kwaliteitskader wijkverzorging (2018) stelt dat de balans vinden tussen een systematiek van verantwoording, bekostiging en het ontwikkelen van ruimte voor wijkverpleging een grote opgave vormt voor organisaties. Een verduidelijking van hoe deze balans te vinden wordt nog niet gegeven, omdat de stuurgroep naar eigen zeggen de besprekingen hierover nog niet heeft gevoerd. Kenmerkend voor een zorgorganisatie is dat het beleid van de organisatie steunt op de participatie van de wijkverpleging. De teams hebben inspraak in de te bepalen koers van de instelling. Dit kan resulteren in effectievere facilitering van zorg (Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging, 2018) en is in lijn met de 5^e voorwaarde van het framework. Deze manier van inspraak lijkt op een bottom-up organisatie.

Waar bij het Kwaliteitskader VV&T 2010 nog sprake was van een 'leidinggevende', komt deze term in het document uit 2018 niet voor. Hiermee niet gezegd dat eerder sprake was van een top-down structuur. Wel schrijft het kwaliteitskader een meer gedecentraliseerde organisatie voor dan voorheen. De verantwoordelijkheid van meer taken dan voorheen komen dus te liggen bij het team, daarmee komt het nieuwe beleidskader wel meer in de buurt van de 1^e voorwaarde. Maar deze voorwaarde wordt niet volledig voorgeschreven.

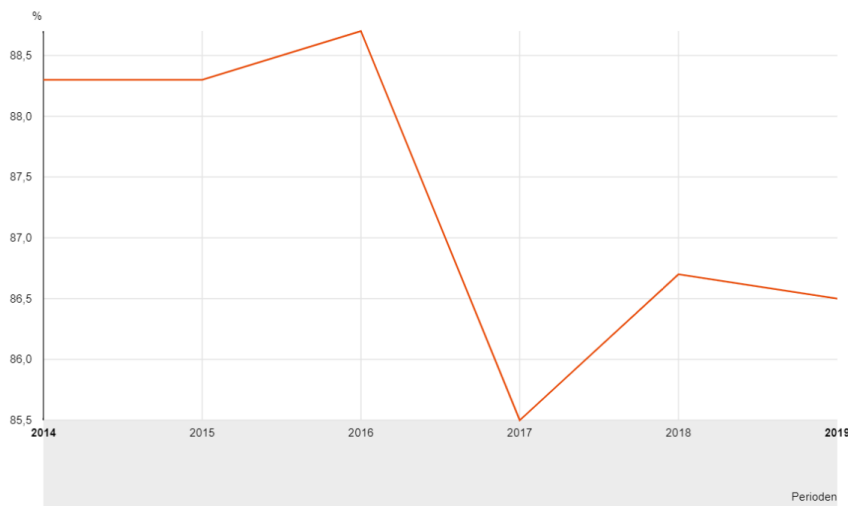
Verskil met het framework in het theoretisch kader is dat teamleden ieder hun eigen verantwoordelijkheden hebben. Dit is niet in lijn met de 7^e voorwaarde uit het framework.

Het Kwaliteitskader wijkverpleging 2018 voldoet aan de voorwaarde 1, 4, 5, 6 van het framework 'succesvol werken in teams in de wijkzorg'. De 4^e voorwaarde wordt toegelicht in het theoretisch kader (sectie 2.2.2.3). Aan voorwaarde 7 wordt niet voldaan. Voorwaarde 2 en 3 worden niet besproken in het kwaliteitskader, dit kan een probleem vormen voor de mate van succes van geïmplementeerde teams.

4.1.2 Psychische lasten en ziekteverzuim

Figuur 3.

Percentage Wijkverpleegkundige dat gemakkelijk kan voldoen aan Psychische Eisen Werk.

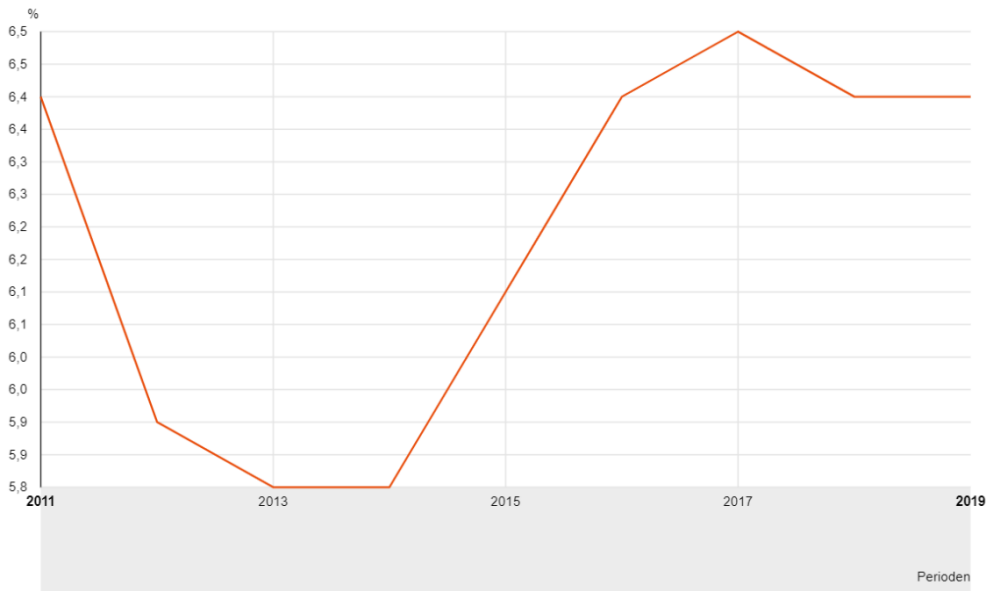


Bron: (AZW StatLine CBS, 2021)

In de bovenstaande figuur staat afgebeeld hoeveel procent van de wijkverpleegkundigen het eens was met de stelling: 'Ik kan gemakkelijk voldoen aan de psychische eisen die mijn werk aan mij stelt'. In de figuur is te zien dat een daling plaats vindt tussen 2016 en 2017. Deze daling herstelt vervolgens met ongeveer 1-procentpunt. Uit deze figuur kan niet worden geconcludeerd dat het werken in teams een positieve invloed heeft op de psychische lasten, eerder het tegenovergestelde.

Figuur 4.

Percentage Ziekteverzuim Wijkverpleegkundige



Bron: (AZW StatLine CBS, 2021)

In figuur 4 is het ziekteverzuim onder wijkverzorgers te zien van de periode 2011-2019. Tussen 2014 en 2016 is een toename af te lezen van 0,6 procentpunt. Het ziekteverzuim is het aantal dagen dat een werknemer zich heeft ziekgemeld in een jaar, gedeeld door het aantal dagen dat gewerkt had moeten worden. Uit deze figuur kan niet worden afgeleid dat het welzijn van wijkverzorgers is toegenomen.

4.1.3 Resultaten enquête 2019

Om de analyse over het welzijn van wijkverpleegkundige meer compleet te maken, wordt een enquête uit 2019 besproken. In deze enquête worden thuiszorgmedewerkers gevraagd naar hun ervaringen.

Van de medewerkers, geeft 36,7% aan de werkdruk op het moment te hoog te vinden (AZW StatLine CBS, 2021). Van andere jaren zijn geen gegevens beschikbaar, dus dit cijfer zegt niet zo veel omdat er geen vergelijking is met andere cijfers. Wat opvalt is dat 61,3% aangeeft dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen, dit wordt ondersteunt door het feit dat 23% aangeeft dat ze genoeg tijd hebben om hun werkzaamheden uit te voeren. Dat de werkdruk is toegenomen in het jaar dat het Kwaliteitskader wijkverpleging is geïntroduceert, kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het zijn dat organisaties veranderingen hebben doorgevoerd naar aanleiding van het kwaliteitskader, werknemers ervaren kunnen stress ervaren omdat ze moeten wennen aan de nieuwe manier van werken.

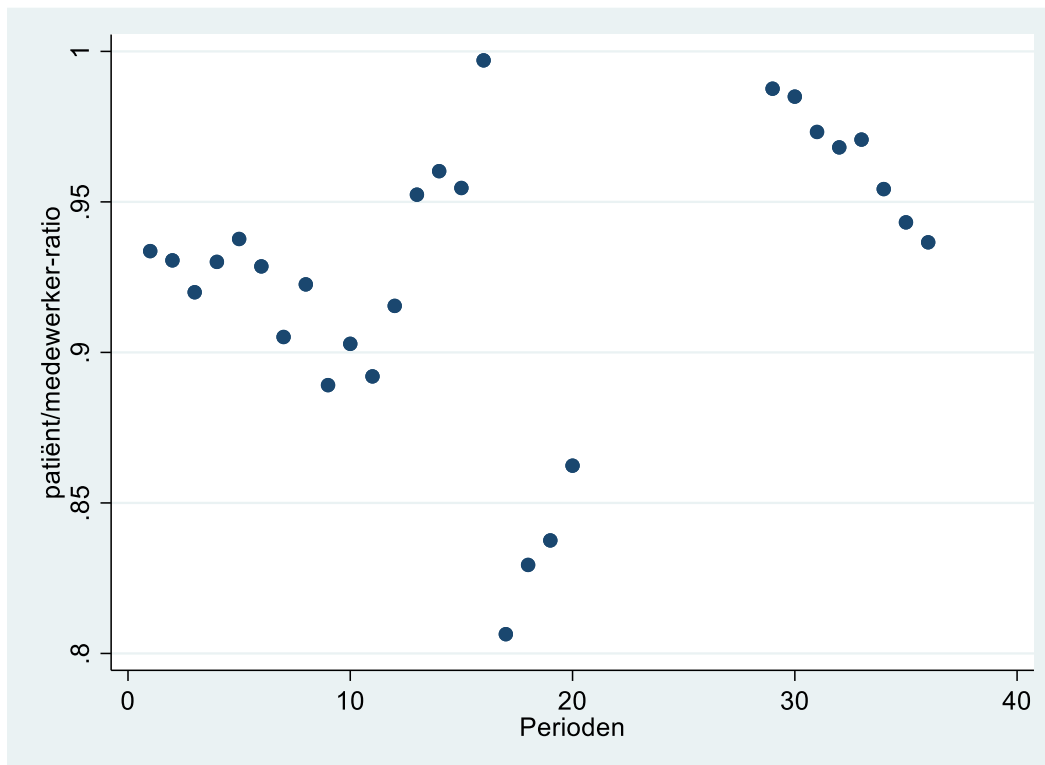
Wijkverzorgers vinden hun werk zinvol (85,2%) en afwisselend (70,9%). Dit zijn twee eigenschappen van werk die passen bij werken in teams (de Sitter, Synergetisch produceren, 1998).

4.2 Teams en effectiviteit

Om de gemiddelde patiënt/medewerker-ratio voor elk kwartaal uit te rekenen, worden het aantal patiënten per kwartaal gedeeld door het aantal medewerkers per kwartaal. Wanneer deze in een grafiek worden weergegeven ziet dat er als volgt uit:

Figuur 5.

Patiënt/werknemer-ratio van 2011-2015 en 2018-2019 per kwartaal



Gemaakt met behulp van: Stata/MP 16.0

In deze grafiek zijn de verschillende patiënt/medewerker-ratio te zien. Perioden 1-20 beschrijven de periode 2011-2015 en 29-36 laat de jaren 2018 en 2019 zien. Hoe hoger de patiënt/medewerker-ratio hoe effectiever de wijkzorg is. Op het eerste oog lijkt het alsof de in de tweede periode het ratio hoger ligt.

Vervolgens wordt aan de data een dummy variabele toegevoegd. De variabele ‘teams’ heeft waarde 0 voor de eerste periode en waarde 1 voor de tweede periode. Nu wordt een onafhankelijke t-test uitgevoerd door stata om te kijken of de gemiddelde van beide periodes significant van elkaar verschillen. Een onafhankelijke t-test wordt gebruikt om te testen of een de waarde van de afhankelijke variabele (patiënt/medewerker-ratio) verschilt tussen twee onafhankelijke variabele, in dit geval periode 2011-2015 en 2018-2019. Bij deze t-test wordt getoetst of het gemiddelde van latere periode significant groter is dan het gemiddelde van de eerdere periode.

Tabel 2.

Onafhankelijke t-toets van periode 2011-2015 en 2018-2019

groep	Observaties	Gemiddelde	95% confidence interval	
0	20	0.9104	0.8883 - 0.9325	
1	8	0.9648	0.9493 – 0.9804	
			T = -3.14	P=0.9979

Resultaten gegenereerd met behulp van: Stata/MP 16.0

Uit bovenstaande tabel kan worden afgelezen dat de kans dat het gemiddelde van de periode 2018-2019 groter is dan het gemiddelde van 2011 -2015 $p=0.9979$ heeft. Omdat $0.9979 > 0.95$, is het gemiddelde patiënt/medewerker-ratio in de latere periode significant hoger dan in de eerdere.

4.3.2 Case-studie Buurtzorg

Buurtzorg is een stichting en opgericht in 2006 door ondernemer Jos de Blok (Nivel, 2008). Het bedrijf werd destijds gefinancierd vanuit een regeling om te experimenteren met kansrijke radicale veranderingen in de thuiszorg, om zo innovaties te bevorderen voor langdurige zorg. In 2011 tot en met 2015 wordt Buurtzorg vijf keer achter elkaar verkozen tot beste werkgever van het jaar, in de categorie organisaties met meer dan duizend werknemers (Bos, 2016) (Bohn Stafleu van Loghum, 2011).

Buurtzorg levert thuiszorg in de vorm van zelfsturende teams. Deze teams bestaan uit tien tot vijftien wijkverpleegkundigen, ze verzorgen zelfstandigwonende cliënten in een bepaalde wijk of buurt. Hierbij werken ze samen met andere zorgverleners in de buurt, zoals huisartsen en het ziekenhuis. Kenmerkend voor deze zelfsturende teams is dat zij zaken als het regelen van een kantoor, scholing, planning, het dienstrooster en administratie, zelfstandig regelen. De medewerkers worden verantwoordelijk gehouden voor de zorg van hun cliënten en bepalen zelfstandig wat daarvoor nodig is. De teams hebben een coach ter beschikking als ze die nodig hebben. Gesteld kan worden dat de regelcapaciteit bij buurtzorg groot is, medewerkers worden in staat gesteld zelf problemen op te lossen.

De manier van werken zoals dat bij Buurtzorg gebeurt is vergelijkbaar met de manier van werken in het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018). De structuur binnen het bedrijf wordt ervaren als 'nieuw en vertrouwd' door de werknemers (Nivel, 2008). Volgens de oprichter Jos de Blok is het succes te danken aan het vertrouwen dat wordt gegeven aan de werknemers. Wijkverzorgers zijn prima in staat om te beoordelen wat er voor zorg nodig is en welk werk ze moeten doen, daarom zijn managers dus niet nodig, aldus meneer de Blok (Bos, 2016). Vertrouwen speelt dus een rol in het welzijn van de werknemers. Ook zijn de buurtzorgmedewerkers volgens het rapport (2008) erg gemotiveerd om het project te laten slagen. Hier wordt daarmee wel voldaan aan de 2^e voorwaarde van het framework.

De Blok geeft aan dat voor het werken zonder manager, wel de nodige ervaring en achtergrond nodig is (Bos, 2016). Daarom is bij Buurtzorg meer dan twee derde HBO geschoold. Dit is in vergelijking met het landelijk gemiddelde van 18,8% hoog (van Wijk, 2020). Hiermee wordt in grotere mate voldaan aan de 4^e voorwaarde.

Uit het eerste rapport dat is opgesteld over Buurtzorg (Nivel, 2008) blijkt dat het goed scoort. Met een 8,5 voor de kwaliteit van de organisatie als geheel, scoort buurtzorg een hoger cijfer dan alle 307 andere organisaties in het rapport. Op kwaliteit van de werknemers wordt een 8,6 genoteerd, welke goed is voor plek 9, van de eveneens 307 instellingen (Nivel, 2008).

Ook in 2013 scoort het bedrijf goed, zevende van de 360 onderzochte zorginstellingen (KPMG & Plexus, 2015). Daarentegen verleent het bedrijf gemiddeld 108 uur aan thuiszorg, waar het gemiddelde 168 uur is. Ondanks een hoger uurtarief dan gemiddeld zijn de gemiddelde totale kosten per cliënt net onder het gemiddelde. Buurtzorg levert dus bovengemiddeld goede zorg met gemiddelde kosten.

Cliënten van Buurtzorg geven aan dat ze het fijn vinden dat steeds dezelfde mensen over de vloer komen (Nivel, 2008).

Naar aanleiding van deze case-studie, kan worden verwacht dat het concept zoals bedacht in het Kwaliteitskader in 2018, een positief effect heeft op de kwaliteit en daarmee de effectiviteit van wijkzorginstellingen in Nederland.

4.4 Toetsing van de hypothesen

Aan de hand van een onafhankelijke t-test is aangetoond dat sinds de invoering van het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018), de wijkverpleging significant effectiever is geworden als het gaat om de behandeling van patiënten. Ook de case-studie naar Buurtzorg bevestigt dit. Het bedrijf kan door zijn teams structuren beter zorg leveren voor eenzelfde prijs. Hierdoor kan de eerste hypothese uit het framework worden aangenomen.

Dat het welzijn van werknemers sinds de introductie van het kwaliteitskader is toegenomen lijkt verwerpelijk. Zowel de psychische last die werknemers ervaren als het ziekteverzuim zijn toegenomen. Ook geeft het merendeel aan dat de werkdruk in 2018 is toegenomen. Dit is opvallend omdat uit de case-studie van Buurtzorg blijkt dat werknemers juist tevreden zijn met het vertrouwen en de mate van autonomie die zij krijgen. Desondanks kan niet worden geconcludeerd dat teams een positief effect heeft op de wijkzorg. Hierdoor wordt de hypothese $h_1(1)$ verworpen en wordt de hypothese $h_0(1)$ aangenomen.

Een mogelijke verklaring voor het afwezig zijn van toenemend welzijn is dat organisaties nog in een transitiefase zitten, het reorganiseren van de organisatie is nog niet voltooid.

Ook zou het kunnen dat de veranderingen niet geleidelijk zijn doorgevoerd, wat essentieel is volgens de IOR (Industrial Organizational Renewel) theorie (de Sitter, den Hartog, & Dankbaar, 1997).

Als laatste kan het ook zijn dat niet voldaan is aan de 2^e voorwaarden uit het theoretisch kader. Werknemers dienen te geloven in het succes van werken in teams. Toen Buurtzorg begon met het teams concept in 2006 was dit vernieuwend. Daarna is bedrijf gaan groeien en de nieuwe werknemers kwamen vrijwillig bij het bedrijf werken in de wetenschap dat de werkomgeving hier anders was. Het is aannemelijk dat ten tijde van de invoering van het Kwaliteitskader niet alle wijkverzorgers het even enthousiast waren met dit concept, omdat verandering vaak weerstand met zich meebrengt.

Het verschil in werknemers welzijn kan ook worden verklaart doordat Buurtzorg meer aan de 4^e voorwaarde voldoet dan het landelijk gemiddelde. De werknemers zijn hoger opgeleid en dat draagt bij aan het succes van werken in teams.

Omdat bij het Kwaliteitskader wijkverpleging (2018) niet is voldaan aan alle voorwaarde van het framework 'succesvol werken in teams in de wijkzorg' kan de tweede hypothese uit het theoretisch kader niet worden verworpen. De case-studie naar Buurtzorg wijst uit dat deze organisatie aan meer voorwaarde voldoet dan het kwaliteitskader. Ook dit zou een verklaring kunnen zijn van het verschil in welzijn van de medewerkers.

5. Conclusie

5.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag

Deze paper heeft onderzocht of werken met zelfsturende teams effectief kan zijn voor wijkzorginstellingen en het welzijn van haar werknemers. In het theoretisch kader wordt beschreven hoe het idee van zelfsturende teams is ontwikkeld en wat dit idee inhoudt. Vervolgens wordt een context geschetst van de sector thuiszorg in Nederland. Aan de hand van een theoretisch framework is getest of werken in teams invloed heeft op de wijkzorg.

Centrale onderzoeksvraag: "Verhoogt het werken in teams de effectiviteit van wijkzorginstellingen en het welzijn van haar medewerkers?"

Als antwoord op de onderzoeksvraag: het lijkt erop dat het werken in een teams een positief effect heeft op de effectiviteit van de wijkzorg. Dat het werken in teams goed is voor het welzijn van medewerkers is nog niet terug te zien in de periode 2018-2019. Wel kan op basis van de theorie en de case-studie worden verwacht dat dit later wel het geval zou kunnen zijn, omdat de werknemers nog moeten wennen aan de nieuwe manier van werken en omdat nog niet aan alle voorwaarden van het framework is voldaan.

5.2 Limitaties van het onderzoek

Bij de bepaling van de effectiviteit van zorginstellingen kan de kwaliteit van de zorg een belangrijke indicator zijn voor het meten van effectiviteit. Patiënt ervaringen zouden een goede

graadmeter zijn voor kwaliteit. Echter, gegevens over patiënt ervaringen zijn niet vrij verkrijgbaar. Deze zijn in bezit van Zorgkaartnederland en zij stellen hun data niet beschikbaar voor iedereen.

Het onderzoek is beperkt door tijd. Het Kwaliteitskader wijkverpleging is in 2018 gepubliceerd en om het effect hiervan te meten is de meest recente data (2020) niet gebruikt. Hierdoor was het onderzoek afhankelijk van data uit de jaren 2018 en 2019. Recente data over over de kwaliteit van thuiszorg (op landelijk niveau) is beperkt beschikbaar. Over enkele onderwerpen is wel recentere data te krijgen, zoals uit 2020. Echter was deze data niet representatief door de Coronapandemie. De resultaten wijken op een dusdanige manier af dat ze niet te vergelijken was met eerdere resultaten.

Het meten van het aantal thuisverzorgde in de periode 2011-2014 was niet exact te bepalen. Dit maakt het lastig om een volledig betrouwbare conclusie te trekken over de vergelijking van de effectiviteit tussen 2011-2015 en 2018-2019.

5.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Bij vervolgonderzoek zou dit theoretisch framework kunnen worden toegepast in de praktijk. In meer detail zou kunnen worden geanalyseerd of het welzijn van medewerkers verhoogd kan worden door dit framework, mede door actief het welzijn te monitoren.

Ook zou het interessant zijn om de theorie omtrent teams toe te passen op andere sectoren waar de dynamiek van het werk hoog is en de werknemers hoogopgeleid zijn, zoals bijvoorbeeld in het bedrijfsleven.

Bibliografie

- Andreasen, L. E., Coriat, B., den Hertog, J. F., & Kaplinsky, R. (1995). Europe's next step: Organizational innovation. *competition and employment*.
- AZW StatLine CBS. (2021, Juni 26). *azwstatline.cbs.nl*. Opgehaald van Ziekteverzuimpercentage; AZW branches: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/line?ts=1624710850917>
- AZW StatLine CBS. (2021, Juni 27). *Werknemers in de zorg en welzijn; arbeidsomstandigheden, 2019*. Opgehaald van *azwstatline.cbs.nl*: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24069NED/table>
- AZW StatLine CBS. (2021, Juni 26). *Werknemers; fysieke arbeidsbelasting en duurzame inzetbaarheid*. Opgehaald van *azwstatline.cbs.nl*: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24122NED/line?ts=1624710566188>
- Bohn Stafleu van Loghum. (2011). Buurtzorg beste werkgever van Nederland. *ZORG FINANC*, 10, 93 .
- Bos, C. (2016). Zelfredzaamheid als toverwoord : Interview met buurtzorg-oprichter jos de blok. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, v48 n7-8: 22-23.
- CBS. (2020, juni 11). *CBS.nl/nieuws*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/24/zorguitgaven-stegen-in-2019-met-5-2-procent#:~:text=In%202019%20is%20106%2C2,deze%20groei%20niet%20zo%20h oog.&text=Van%202013%20tot%202019%20daalden,percentage%20van%20het%200bbp%20licht>
- Costa, A. C., Roe, R. A., & Taillieu, T. (2001). Trust within teams: The relation with performance effectiveness. *European journal of work and organizational psychology*, 10(3), 225-244.
- Cummings, T. (1978). Self-regulating work groups: a socio-technical synthesis. *The Academy of Management Review*, 3(3), 21-28.
- de Sitter, L. U. (1998). *Synergetisch produceren*. Assen: Van Gorcum.
- de Sitter, L. U., den Hartog, J. F., & Dankbaar, B. (1997). From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human relations*, 50(5), 497-534.
- de Sitter, L. U., den Hartog, J. F., & Dankbaar, B. (1997). From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human relations*, 50(5), 497-534.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. New York: Plenum Publishers.
- den Hartog, J. F. (1997). The search for new leads in job design: The Philips case. *Journal of Contemporary Business*, 6(2), 49-67.
- Emery, F. E., & Trist, E. L. (1965). The causal texture of organizational environments. *Human relations*, 18(1), 21-32.
- financiën, M. v. (2019). *Nota over de toestand van 's rijks financiën*. Den Haag: Ministerie van financiën.
- Geerts, I. A., Bierbooms, J. J., & Cloudt, S. W. (2021). Understanding self-managing teams in Dutch healthcare: emperical evidence to non-sequential team development processes. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 101-120.
- Goodman, P., Devadas, R., & Hughson, T. (1988). "Groups and productivity; analyzing the effectiveness of self-managing teams. *Productivity in Organizations*, 295-327.

- Hartmann, F., Kraus, K., Nilsson, G., Anthony, R., & Govindarajan, V. (2021). *Management control systems*. Londen: McGraw-Hill Education.
- Heckscher, C., Eisenstat, R. A., & Rice, T. J. (1994). *Transformational process*. Londen: Sage.
- Johansen, F., Loorbach, D., & Stoopendaal, A. (2018). Exploring a transition in. *Journal of health organization and management*, 32(7), 875-890.
- Knegt, Y. (2011). *Nu zorg(en) voor morgen. Schetsen van een routekaart naar Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorgsector*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- KPMG & Plexus. (2015). *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v andere aanbieders van thuiszorg*. KPMG & Plexus.
- Kuiper, K. (2014, Oktober 10). *AWBZ: alle wijzigingen op een rij*. Opgehaald van www.zorgwijzer.nl: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>
- Levis, B. (1997). The lessons of international education reform. *Journal of Education Policy*, 12(4), 253-266.
- Magpili, N. C., & Pazos, P. (2018). Self-managing team performance: A systematic review of multilevel input factors. *Small group research*, 49(1), 3-33.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- Marris, P. (1975). *Loss and Chang*. New York: Anchor Press.
- Ministerie van VWS. (2016). *Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen (ERAI)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie VWS. (2021, juni 26). *Onderzoeksbeschrijving Indicaties AWBZ/Wlz*. Opgehaald van www.monitorlangdurigezorg.nl: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/bronnen-en-methoden/onderzoeksbeschrijving-thema-indicatie/indicaties-awbz-wlz>
- nhnieuws, R. (2020, September 4). *nhnieuws.nl/nieuws*. Opgehaald van nhnieuws: <https://www.nhnieuws.nl/nieuws/272379/verzorgende-karin-is-papierwerk-zat-heb-nou-toch-vertrouwen-in-onze-inschatting>
- Nivel. (2008). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd*. Utrecht: Nivel.
- Oosterom, R., & Visser, M. (2018, Juli 9). *Trouw.nl/nieuws*. Opgehaald van Trouw: <https://www.trouw.nl/nieuws/er-werken-meer-zzp-ers-in-de-zorg-daarvan-zijn-mensen-in-vaste-dienst-de-dupe~b1cd298e/>
- Parker, D., Holesgrove, M., & Pathak, R. (2015). Improving productivity with self-organised teams and agile leadership. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 64(1), 112-128.
- Pascale, P. (1990). *Managing on the Edge*. New York: Touchstone.
- Pearson, C. (1992). Autonomous work groups: an evaluation at an industrial site. *Human Relations*, 45(9), 905-936.
- Rijksoverheid. (2021, juni 24). *Verpleging en verzorging thuis*. Opgehaald van www.rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verpleging-en-verzorging-thuis>
- Rijksoverheid. (2021, juni 23). *Wet maatschappelijke ondersteuning*. Opgehaald van www.rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Roberts, H. J. (1993). *Accountability and responsibility*. Maastricht: UPM.

- Roberts, H. J., den Hertog, J. F., & van den Oetelaar, M. (1995). Small firm, Major change: Zilverstad Silversmithing. *Ilford: Frank Cass*.
- Rolfen, M., van Veen-Berkx, E., Gooszen, H. G., & van Amelsvoort, P. (2013). Multidisciplinary teamwork is an important issue to healthcare professionals. *Team Performance Management: An International Journal*, 19(5-6), 263-278.
- Siggelkow, N., & Levinthal, D. A. (2003). Temporarily Divide to Conquer: Centralized, Decentralized, and Reintegrated Organizational Approaches to Exploration and Adaptation. *Organization Science*, 14(6), 650-669.
- Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T. (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. Den Haag: Zichtbare Zorg.
- Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging. (2018). *Kwaliteitskader wijkverpleging*. Den Haag: Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging.
- Trist, E., & Bamforth, K. (1951). Some psychological consequences of the Longwall method of coal getting. *Human Relations*, 4(1), 58-81.
- Tsai, Y., & Beverton, S. (2007). Top-down management: an effective tool in higher education? *International Journal of Educational Management*, 21(1), 6-16.
- van Amelsvoort, P., & Benders, J. (1996). Team time: a model for developing self-directed work teams. *International Journal of operations & production Management*, 16(2), 159-170.
- van Assen, A., & den Hertog, J. F. (1984). From job rotation to organization design. *Handbook of Work and Organizational Psychology*.
- van Dijk-de Vries, A., van Dongen, J. J., & van Bokhoven, M. A. (2017). Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of interprofessional care*, 31(2), 167-169.
- van Wijk, M. (2020, september 29). *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn*. Opgehaald van CBS.nl: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn?onpage=true#c-Toelichting-en-verwijzingen>
- Vis, E., Kenens, R., Duijkers, B., Batenburg, R., & Keuper, J. (2020). *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Utrecht: Nivel.
- Walker, G. H., Stanton, N. A., Salmon, P. M., & Jenkins, D. P. (2008). A review of sociotechnical systems theory: a classic concept for new command and control paradigms. *Theoretical issues in ergonomics science*, 9(6), 479-499.
- Weerheim, W., van Rossum, L., & ten Have, W. D. (2019). Successful implementation of self-managing teams. *Leadership in Health Services*, 113-128.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153.
- Yeatts, D. E., & Hyten, C. (1998). *High-performing self-managed work teams: A comparison of theory to practice*. Sage.
- zorginzicht.nl. (2021, juni 23). *Openbare Data*. Opgehaald van www.zorginzicht.nl: <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data>
- Zorgkaartnederland. (2021, Juni 23). *4188 thuiszorginstellingen in Nederland*. Opgehaald van [Zorgkaart.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl): <https://www.zorgkaartnederland.nl/thuiszorg>
- ZorgkaartNederland, R. (2017, Juli 13). *Zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers*. Opgehaald van [Zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl): <https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/tevredenheid-over-verpleging-en-verzorging-thuis-daalt-licht>

