

# Onderzoeksrapport



## Voorwaarden voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg

Naam: Tamar Hoefsloot  
Studentennummer: 3601331  
Universiteit Utrecht  
Faculteit: Recht, Economie, Bestuur en Organisatie  
Master: Strategisch Human Resource Management  
Begeleider: Dr. Ir. Marc Peeters  
Datum: 6 augustus 2013



## Samenvatting

Veranderingen in de demografische omgeving, wetgeving en financiering van de zorg hebben geleid tot grote transitie in de thuiszorg. Zelfsturende teams zijn het resultaat van deze veranderingen. De invoering van zelfsturende teams brengt verschillende nieuwe vraagstukken met zich mee. Één van deze vraagstukken is hoe om te gaan met medewerkers van verschillende opleidingsniveaus en specifiek met het laagste niveau (niveau-2) binnen deze zelfsturende teams. Het doel van dit onderzoek is het geven van advies aan zorginstellingen op welke manier zij met de niveau-2-medewerkers kunnen werken in zelfsturende teams. Vanuit de sociotechnieken is naar dit dilemma gekeken alvorens verschillende zorginstellingen zijn benaderd voor zowel interviews als observaties. Uit eerder studies naar zelfsturende teams in het algemeen, is gebleken dat taakafhankelijkheid, statusverschillen en taakrotatie belangrijk zijn. Dit onderzoek laat zien dat ook andere factoren een rol spelen. In de zorg zal er gewerkt blijven worden met medewerkers van verschillende opleidingsniveaus. Het is daarom niet langer de vraag of er gewerkt kan worden met medewerkers van verschillende opleidingsniveaus maar eerder onder welke voorwaarden dit kan.



# Inhoud

Samenvatting .....	3
Inhoud .....	5
Voorwoord.....	9
1. Introductie .....	11
1.1. Ontwikkelingen in de (thuis-)zorg .....	11
1.2. Aanleiding onderzoek.....	12
1.3. Relevantie onderzoek.....	13
1.3.1. Wetenschappelijke relevantie.....	13
1.3.2. Maatschappelijke relevantie .....	13
1.4. Probleemstelling.....	14
1.4.1. Doelstelling .....	14
1.4.2. Vraagstelling .....	14
1.5. Leeswijzer .....	14
2. Theoretisch kader.....	15
2.1. Functie theoretisch kader .....	15
2.2. Zelfsturende teams.....	16
2.3. Opkomst zelfsturende teams.....	17
2.4. Factoren die een rol spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers.....	19
2.4.1. Taken behorend tot het domein van een zelfsturend team .....	19
2.4.2. Invloed van de taken op het werken met niveau-2-medewerkers .....	25
2.4.3. Subconclusie.....	29
2.5. Veranderingen in de zorg .....	30
2.6. Conclusie .....	32
3. Methodische verantwoording.....	35
3.1. Aard onderzoek.....	35
3.2. Selectie en definiëring onderzoeksobjecten .....	35
3.2.1. Twee soorten organisaties .....	35
3.2.2. Respondenten.....	37
3.3. Dataverzameling .....	37
3.3.1. De voorwaarden.....	37
3.3.2. Gebruik literatuur.....	38
3.3.3. Interviews.....	39
3.3.4. Observaties.....	40
3.4. Data-analyse .....	40

3.5.	Kwaliteitscriteria .....	40
3.5.1.	Betrouwbaarheid .....	40
3.5.2.	Validiteit .....	41
3.5.3.	Generaliseerbaarheid .....	41
4.	Onderzoekresultaten .....	43
4.1.	Zelfsturende teams in toekomst zonder niveau-2-medewerkers .....	43
4.1.1.	Volledige functiesamenstelling .....	43
4.1.2.	Personal-team fit .....	46
4.1.3.	Om- en bijscholing .....	46
4.1.4.	Kwaliteit waarborgen .....	47
4.1.5.	Voldoende vraag naar basiszorg .....	48
4.1.6.	Rol (coördinerend-) wijkverpleegkundige, coach en manager .....	49
4.2.	Zelfsturende teams met niveau-2-medewerkers .....	50
4.2.1.	Volledige functiesamenstelling .....	50
4.2.2.	Personal-team fit .....	53
4.2.3.	Om- en bijscholing .....	53
4.2.4.	Kwaliteit waarborgen .....	54
4.2.5.	Voldoende vraag naar basiszorg .....	55
4.2.6.	Rol (coördinerend-) wijkverpleegkundige, coach en manager .....	56
4.3.	Vergelijking casussen <i>met</i> niveau-2 versus <i>zonder</i> niveau-2 .....	57
4.3.1.	Volledige functiesamenstelling .....	57
4.3.2.	Personal-team fit .....	58
4.3.3.	Om- en bijscholing .....	59
4.3.4.	Kwaliteit waarborgen .....	59
4.3.5.	Voldoende vraag naar basiszorg .....	60
4.2.6.	Rol (coördinerend) wijkverpleegkundige, coach en manager .....	60
4.4.	Conclusie: cross-caseanalyse in schema .....	61
5.	Conclusie en discussie .....	63
5.1.	Conclusie .....	63
5.1.1.	Volledige functiesamenstelling .....	63
5.1.2.	Personal-team fit .....	64
5.1.3.	Om- en bijscholing .....	64
5.1.4.	Kwaliteit waarborgen door de hogere niveaus .....	65
5.1.5.	Voldoende vraag naar basiszorg .....	65
5.2.	Discussie .....	66
5.2.1.	Beperkingen onderzoek .....	66

5.2.2. Vervolg onderzoek .....	67
5.2.3. Bijdrage wetenschap .....	68
5.2.4. Overige kenmerken .....	69
5.3. Aanbevelingen .....	70
5.4. Reflectie .....	72
Bronnenlijst .....	73
Bijlage 1 Overzicht handelingen per niveau medewerker .....	77
Bijlage 2 Topiclist .....	81
Bijlage 3 CD .....	82
Bijlage 4 Paper Publieke dimensie in de thuiszorg .....	83





## Voorwoord

Dit voorwoord schrijven betekent het einde van een interessant masterjaar waarin ik mijn kennis op het HRM vakgebied verder heb kunnen vergroten. Dit jaar eindigt met deze scriptie waarbij het doel was de kennis en vaardigheden te ontwikkelen om door middel van literatuurstudie en praktijkonderzoek een vraagstuk op het gebied van SHRM te analyseren en de onderzoeksbevindingen te rapporteren. Dit onderzoek ligt nu voor u.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die me geholpen en gesteund hebben dit onderzoek tot een goed einde te laten komen.

Allereerst Marc Peeters, de begeleider van mijn onderzoek, voor de goede gesprekken waarin kennis werd gedeeld maar ook ruimte was om te praten over mooie wielertochten. Ook stond hij altijd klaar om vragen te beantwoorden en stukken tekst van feedback te voorzien. Daarnaast bedank ik Jos Benders voor de hulp bij de theoretische fundering van dit onderzoek. Ook bedank ik mijn familie en vrienden die mij gesteund hebben tijdens dit proces. In het bijzonder wil ik mijn ouders bedanken, waarmee ik altijd kon sparren en die mij geholpen hebben met het structureren van het onderzoek. Tevens bedank ik Johanna, Renske, Freddy, Marieke, Marthein en Nyske die bereid waren mijn stukken door te lezen en mij gemotiveerd hebben tijdens dit proces.

Ook bedank ik de medewerkers, wijkverpleegkundigen, helpenden (+) en de projectleiders/ beleidsmedewerkers van de zorginstellingen, die in deze tijden waarbij productiecijfers en declarabele uren centraal staan, tijd vrijgemaakt hebben om met mij gesprekken te voeren en bereid waren ook achteraf nog vragen te beantwoorden. In het bijzonder noem ik de teams, die bereid waren mij toe te laten tot hun werkoverleg, waardoor ik mijn observaties uit kon voeren en meer te weten ben gekomen over het werken met medewerkers van verschillende opleidingsniveaus in zelfsturende teams. Ten slotte bedank ik de medewerkers van *In voor zorg!*, in het bijzonder Diana Kole voor de kennis die zij met mij gedeeld heeft en voor de hulp bij het vinden van de juiste focus voor dit onderzoek.



# 1. Introductie

“Langdurige zorg nodig? Heeft u kinderen in de buurt?”. Dit is de kop van de Volkskrant op 26 april 2003, waarin zij rapporteren over de toekomstige hervormingen in de zorg. Cliënten moeten vanaf 2015 de langdurige zorg voor een deel zelf gaan regelen en voornamelijk de financiering hiervan. De kosten in de zorg worden zo door de overheid beperkt.

Dit heeft niet enkel gevolgen voor de cliënten, maar ook voor zorginstellingen. De zorginstellingen zijn, om toekomstbestendig te blijven, op zoek naar nieuwe organisatievormen. Zij kiezen mede hierdoor meer en meer voor het werken in zelfsturende teams. Het invoeren van deze teams brengt verschillende nieuwe vraagstukken en dilemma's met zich mee. Zelfsturende teams vragen meer van medewerkers dan de traditionele aanpak. Hierdoor speelt de vraag vanaf welk niveau van de medewerkers (2, 2+, 3, 3VIG, 4 of 5, de niveaus worden later uitgelegd) zorginstellingen gaan werken met zelfsturende teams. Op dit moment zijn er verschillen te zien in de keuzes die zorginstellingen maken bij het opzetten van zelfsturende teams. Sommige organisaties werken met medewerkers vanaf niveau-3, andere werken met medewerkers vanaf niveau-2. Dit onderzoek is er op gericht zorginstellingen in de thuiszorg inzicht te geven of en onder welke voorwaarden zij met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams kunnen werken.

In dit hoofdstuk worden in paragraaf 1.1 de ontwikkelingen in de (thuis-)zorg besproken welke invloed hebben op het werken met niveau-2-medewerkers. Vervolgens wordt in paragraaf 1.2 de aanleiding en in paragraaf 1.3 de relevantie van dit onderzoek besproken. In paragraaf 1.3 volgt de probleemstelling van het onderzoek en tenslotte volgt in paragraaf 1.5 een leeswijzer van het gehele onderzoeksrapport.

## 1.1. Ontwikkelingen in de (thuis-)zorg

Nieuwe trends en nieuwe ontwikkelingen hebben invloed op vraag en aanbod in de thuiszorg. Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) hebben in 2009 onderzoek gedaan naar deze trends en ontwikkelingen (Bastiaenen en Van Vliet, 2009). Deze trends en ontwikkelingen, die leiden tot een andere en grotere vraag naar zorg, zullen hier kort worden genoemd:

- demografische trends zoals de vergrijzing en het verkleuren van de samenleving, een hogere mate van diversiteit (groei van niet westerse allochtonen) wat zorgt voor een grotere en andere aanpak van de thuiszorg;
- epidemiologische ontwikkelingen leiden tot een stijging van chronische ziekten ten gevolge van vergrijzing en ongezond gedrag;
- technologische ontwikkelingen als hulpmiddel, zoals ontwikkelingen op het gebied van ICT, biotechnologie, genetica etc. dat zorgt voor andere handelingen van de medewerkers door ICT voor bijvoorbeeld consultatie, bewaking en behandeling op afstand;
- ontwikkelingen in financiering van de (thuis-)zorg, vergoeding van AWBZ naar WMO;
- ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, krimp van de beroepsbevolking en minder mensen kiezen voor een beroep in de zorg;
- ontwikkelingen aan aanbodzijde, zorginstellingen veranderen, zij gaan op zoek naar andere organisatievormen als zelfsturende teams;
- ontwikkelingen aan gebruikerszijde, patiënt-empowerment, patiënten worden zelf mondiger en worden door de zorginstellingen en verplegend personeel meer gezien als volwaardige derde partij en stakeholder in de zorg;
- ontwikkelingen in wonen en zorg, mensen blijven langer thuis wonen;
- sociale maatschappelijke en culturele trends. Er heerst een andere mentaliteit dan vroeger. Er is een verschuiving van de verzorgingsstaat naar meer eigen verantwoordelijkheden, een verhoging van de zelfredzaamheid.

De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in de financiering van de (thuis-)zorg worden in de volgende alinea uitgebreider behandeld.

Zoals uit de verschillende trends blijkt zal de vraag naar zorg in de komende jaren groeien terwijl het beschikbare verplegend personeel daalt. Ook lopen de kosten in de zorg steeds hoger op. Om goed te blijven functioneren en genoeg personeel te behouden, dienen zorginstellingen hier op in te spelen. In zelfsturende teams kan er klantgerichter en flexibeler gewerkt worden. De productiviteit stijgt en medewerkers raken gemotiveerder (Peeters en Van der Geest, 1996). Ook de efficiëntie en kwaliteit verbeteren in zelfsturende teams en er wordt innovatiever gewerkt (Van Amelsvoort, Seinen, Kommers en Scholtes, 2003). Door het invoeren van zelfsturende teams zijn er minder medewerkers nodig en kunnen onder andere de overheadkosten worden verlaagd. Daarbij is van belang dat de medewerkers behouden blijven voor de zorg omdat de vraag naar zorg toe zal nemen.

Een andere ontwikkeling in de thuiszorg is dat er in de komende jaren een verschuiving in de vergoeding van de zorg plaatsvindt. De basiszorg die niveau-2-medewerkers op dit moment uitvoeren zal in de toekomst niet meer vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is een verzekering die alle Nederlanders hebben voor zorg, thuis of in een zorginstelling bij ziekte of handicap (Rijksoverheid). De AWBZ zal in de toekomst enkel beschikbaar blijven voor de zwaardere zorg voor ouderen en gehandicapten (Rijksoverheid). De lichtere zorg en ondersteuning die zij nu krijgen gaat vallen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO wordt uitgevoerd door gemeenten, die voor een deel zelf kunnen bepalen hoe zij hier invulling aan geven. Gemeenten zouden bijvoorbeeld een inkomensafhankelijke eigen bijdrage kunnen vragen voor de voorzieningen en hulpmiddelen uit de WMO (Rijksoverheid). Ook komt er minder geld beschikbaar voor de AWBZ en WMO. De verwachting is dat deze verschuiving in de financiering ervoor kan zorgen dat cliënten minder snel een indicatie krijgen voor thuiszorg. De kosten voor de thuiszorg worden hierdoor voor de cliënten hoger, wat tot gevolg kan hebben dat minder mensen gebruik zullen maken van de basiszorg. Het krimpen van de basiszorg heeft tot gevolg dat werkzaamheden die nu door de niveau-2-medewerkers worden verricht minder nodig zullen zijn. Omdat op dit moment de veranderingen nog gaande zijn en er veel instellingen worstelen met de vraag onder welke voorwaarden de niveau-2-medewerkers het best in zelfsturende teams kunnen werken, zal dit onderzoek zich richten op dit vraagstuk.

## **1.2. Aanleiding onderzoek**

In de thuiszorg werken verschillende soorten medewerkers: van huishoudelijke ondersteuning, helpende, verzorger tot wijkverpleegkundige. Deze functies zijn op te delen in verschillende niveaus, waarbij niveau-1 en -2 de huishoudelijke ondersteuning is, niveau-2 de zogenaamd helpende, de verzorgende zijn niveau-2+, -3 en -3 VIG (Verzorgende Individuele Gezondheidszorg), die ook verpleegtechnische handelingen mogen verrichten en tot slot niveau-4 en -5 de (wijk)verpleegkundige. Niveau-1 tot en met -4 zijn MBO functies, niveau-5 is een HBO functie. Hoe hoger het niveau, hoe complexer de taken en verantwoordelijkheden van de functie (H+B Thuiszorg, 2010).

Buurtzorg, de organisatie die in de thuiszorg begonnen is met zelfsturende teams, werkt momenteel met verzorgers en verpleegkundigen van niveau-3 tot en met -5. Dit doen zij omdat ze op deze manier een hoge kwaliteit van zorg kunnen bieden. Bestaande zorginstellingen die zelfsturende teams willen invoeren werken echter vaak met verzorgers vanaf niveau-2 in de traditionele teams. Deze instellingen krijgen te maken met de vraag of zij de niveau-2-medewerkers willen behouden als er gewerkt gaat worden met zelfsturende teams. De regelcapaciteit en regelactiviteiten verschuiven bij zelfsturende teams van leidinggevenden naar medewerkers (Peeters en Van der Geest, 1996). Hierdoor krijgen medewerkers naast de primaire uitvoerende werkzaamheden ook te maken met coördinerende taken. De vraag is of niveau-2-medewerkers in staat zijn de aanvullende taken voldoende uit te voeren om in zelfsturende teams te kunnen functioneren. Door de ontwikkelingen in de zorg, waardoor er op termijn een tekort zal ontstaan aan arbeidskrachten, is het van belang te bekijken onder welke voorwaarden er toch met niveau-2-medewerkers in de zorg gewerkt kan worden.

### **1.3. Relevantie onderzoek**

In deze paragraaf wordt eerst de wetenschappelijke relevantie besproken en vervolgens de maatschappelijke relevantie.

#### **1.3.1. Wetenschappelijke relevantie**

Specifiek onderzoek naar medewerkers met verschillende (opleidings)niveaus in zelfsturende teams de thuiszorg is – voor zover nu bekend - nog niet eerder of in schaarse mate uitgevoerd, ook in andere sectoren is hier geen specifiek onderzoek over bekend. Wel is uit verschillend onderzoek over 'efficiëntie' en 'performance' van zelfsturende teams gebleken dat zelfsturende teams in de thuiszorg (in Nederland) tot nu toe goed functioneren (De Veer et al, 2009).

#### **1.3.2. Maatschappelijke relevantie**

Niet alleen uit wetenschappelijk oogpunt maar ook vanuit het maatschappelijk perspectief is het van belang dit onderwerp te onderzoeken. De invoering van zelfsturende teams, de stijging van de vraag naar personeel en de stijging van de zorgkosten zijn veranderingen die de komende jaren spelen in de zorg. Om deze redenen is het van belang dat er goed wordt gekeken hoe met de niveau-2-medewerkers om dient te worden gegaan en onder welke voorwaarden zij mogelijk behouden kunnen blijven voor de zorgsector. Op deze manier kan ook het onderwijs in de zorg aan sluiten aan de vraag naar arbeid van de zorginstellingen.

Dit vraagstuk zal een bijdrage leveren aan een toekomstbestendige zorg. De resultaten van dit onderzoek zijn van toegevoegde waarden voor de verschillende zorginstellingen die staan voor de keuze om wel of niet met niveau-2-medewerkers te gaan werken in de zelfsturende teams. Naast de organisaties die baat hebben bij de uitkomsten, hebben ook de medewerkers, cliënten en de maatschappij baat bij de uitkomsten van dit onderzoek. De niveau-2-medewerkers kan het helpen zodat ze weten of een verandering cq opwaardering van hun loopbaan noodzakelijk is. Ook wordt duidelijk of er voldoende werkgelegenheid voor deze groep aanwezig blijft. En of zij voldoende aansluiten bij de arbeidsmarkt. De cliënten kan het helpen doordat de dienstverlening wordt verbeterd. Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) (De Veer, et al. 2009) naar de ervaring over de kwaliteit van de zorg van cliënten van Buurtzorg in vergelijking met andere zorginstellingen, blijkt dat de cliënttevredenheid van Buurtzorg hoger is dan in andere zorginstellingen. Waar zij mee aangeven dat het werken in zelfsturende teams een positief effect heeft op de dienstverlening. Buurtzorg werkt echter enkel met niveau-3-medewerkers en hoger in de teams, wat de resultaten ook beïnvloed kan hebben. De cliënttevredenheid is nog niet onderzocht in een organisaties waar met niveau-2-medewerkers gewerkt wordt. De maatschappij cq. overheid kan het helpen de gezondheidskosten te reduceren doordat de zorg efficiënt wordt ingevuld.

Een organisatie die veel met deze veranderingen te maken heeft is *In voor zorg!*

*In voor zorg!* is een programma opgesteld door Vilans, adviesbureau voor de langdurige zorg, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zij adviseren verschillende zorginstellingen op onder andere het gebied van zelfsturende teams. In verband met het onderzoeksveld `Zelfsturende teams` is er contact gezocht met *In voor zorg!*. Samen met *In voor zorg!* is het onderzoeksonderwerp verder verfijnd. Daarnaast mocht voor dit onderzoek gebruikt worden gemaakt van contacten die *In voor zorg!* heeft met verschillende zorginstellingen. Ook is er gesproken met verschillende coaches van *In voor zorg!* om meer inzicht te krijgen in de problematiek.

## **1.4. Probleemstelling**

De probleemstelling bestaat uit de doelstelling en de vraagstelling van dit onderzoek welke zullen aansluiten bij de inleiding en relevantie van dit onderzoek. Als eerst wordt de doelstelling van dit onderzoek behandeld. Daarna wordt de vraagstelling met de hoofdvraag en deelvragen geformuleerd.

### **1.4.1. Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen onder welke voorwaarden niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams kunnen werken. Om op deze manier zorginstellingen te adviseren in de keuze wel of niet met niveau-2-medewerkers te werken in zelfsturende teams.

Hiermee leveren de resultaten van dit onderzoek een bijdrage aan de knelpunten waar tegenaan gelopen wordt door zorginstellingen bij het opzetten van zelfsturende teams.

### **1.4.2. Vraagstelling**

Om deze doelstelling te onderzoeken zijn de volgende hoofd- en deelvragen geformuleerd:

Hoofdvraag:

Onder welke voorwaarden kunnen niveau-2-medewerkers werken binnen zelfsturende teams in de thuiszorg?

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn hieronder twee deelvragen geformuleerd:

1. Welke factoren spelen een rol bij het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams?
  - (A) Welke taken behoren tot het domein van het ZST, en welke taken voeren de niveau-2-medewerkers uit?
  - (B) Welke invloed hebben de taken van de niveau-2-medewerkers op het werken in zelfsturende teams met medewerkers van niveau-2 tot en met -5?
2. In welke mate leiden de veranderingen in de zorg tot het mogelijk verdwijnen van niveau-2 uit de hulpverlening en daarmee uit de zelfsturende teams?

De onderzoeksvragen zullen zowel door middel van de literatuur als door middel van de onderzoeksbevindingen uit de praktijk beantwoord worden.

## **1.5. Leeswijzer**

In hoofdstuk twee wordt het 'theoretisch kader' uiteengezet. De definitie en opkomst van zelfsturende teams worden besproken en de deelvragen, hierboven opgesteld, worden vanuit de literatuur beantwoord. Deze theoretische uiteenzetting wordt gevolgd door hoofdstuk drie de 'methodische verantwoording', waarin de verantwoording van de methode van dataverzameling en -analyse en de kwaliteitscriteria wordt beschreven. In hoofdstuk vier 'de resultaten' worden de deelvragen beantwoord vanuit de empirie. Tot slot wordt in hoofdstuk vijf 'conclusie en discussie' antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen.

## 2. Theoretisch kader

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende theorieën. Literatuur over deze theorieën is behandeld op een verkennende manier om als kader te dienen voor de interviews en observaties die zijn afgenomen voor het empirische deel van dit onderzoek.

In dit theoretisch kader komen verschillende onderwerpen aan bod. Eerst wordt de functie van dit kader uitgelegd, waarbij ingegaan wordt op welke manier dit kader verder wordt gebruikt in het onderzoek. Voordat de focus van dit onderzoek zich richt op de niveau-2-medewerkers, ook wel 'helpende' genoemd, binnen zelfsturende teams wordt vervolgens eerst kort stilgestaan bij de definitie en de opkomst van zelfsturende teams, in het algemeen en in het speciaal voor de thuiszorg. Dit is van belang om een duidelijk beeld te schetsen waar het onderzoeksdilemma, "Onder welke voorwaarden kunnen niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams werken?", zich in afspeelt. Daarna wordt vanuit de theorie antwoord gegeven op de twee deelvragen, zoals opgesteld in de inleiding. Om ten eerste duidelijk te krijgen wat de niveau-2-medewerkers doen in de zelfsturende teams binnen thuiszorg gaat de eerste deelvraag in op de verschillende taken die uitgevoerd worden in een zelfsturend team. Deze worden eerst in het algemeen besproken waarna er in het speciaal de taken die de niveau-2-medewerkers uitvoeren en waar zij bevoegd toe zijn, besproken worden. Ook komt naar voren welke gevolgen, deze verschillende taken van het zelfsturend team, hebben voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams. De tweede deelvraag behandelt de (toekomstige) veranderingen in de thuiszorg. Dit wordt als tweede deelvraag behandeld omdat eerst duidelijk moest zijn wat de medewerkers doen in de zelfsturende teams om daarna in te kunnen gaan op wat de veranderingen in de thuiszorg voor invloed hebben op de taken van de alle medewerkers en in het speciaal van de niveau-2-medewerkers. Ook wordt er gekeken in hoeverre deze veranderingen invloed hebben op voorwaarden om met niveau-2-medewerkers te werken. De bovengenoemde punten, de taken van een zelfsturend team en de veranderingen in de zorg, zijn van belang te bekijken om een goed beeld te kunnen vormen omtrent de vraag of, en onder welke voorwaarden, niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams kunnen werken.

### 2.1. Functie theoretisch kader

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een theoretisch kader om niet geheel blanco het empirische onderzoek in te gaan. Het theoretisch kader plaatst het onderzoek in een (multi) disciplinair kader. Op deze manier wordt de bestaande wetenschappelijke kennis in kaart gebracht zodat dit meegenomen kan worden in het onderzoek (Boeije, 2012, p.46). Dit wordt gedaan om een duidelijke afbakening te krijgen van het onderwerp en om op zowel bestaande theorieën als op actuele ideeën en discussies aan te sluiten. De literatuurstudie biedt een overzicht van belangrijke en relevante Nederlandstalige en Engelstalige literatuur omtrent medewerkers van verschillende niveaus binnen zelfsturende teams. Een onderzoeker heeft altijd bepaalde concepten en verwachtingen die het onderzoek sturen. Als er theorie over het onderwerp bestaat kan dit als onderzoeker niet genegeerd worden. Bij het vormen van dit theoretisch kader is gebruik gemaakt van literatuur van auteurs met uiteenlopende perspectieven op het onderwerp.

Relevante begrippen uit de literatuur kunnen als zoeklicht dienen tijdens het empirisch onderzoek. Dit theoretisch kader is dan ook bedoeld om *sensitizing concepts*, richtinggevende, 'gevoeligmakende' begrippen te formuleren waar tijdens het verdere onderzoek, waaronder de interviews, op ingegaan kan worden ('t Hart, 2009, p.256). Deze *sensitizing concepts* bieden in het begin een ruime en algemene omschrijving, waar tijdens de analyse een verdere invulling volgt in het empirische gedeelte van het onderzoek (Boeije, 2012, p.47). De theoretische aspecten die hierbij aan bod komen, bieden ondersteuning tijdens het empirische onderzoek. Door de verwachtingen van de onderzoeker die het onderzoek kunnen sturen expliciet te maken, is het mogelijk kritisch het empirisch onderzoek in te gaan. Voorafgaand aan dit onderzoek zijn in verband met bovenstaande redenen geen hypothesen gesteld.

## 2.2. Zelfsturende teams

Kijkend naar de term 'zelfsturende teams' komen er verschillende definities in de literatuur naar voren. Ook zijn er verschillende benamingen te vinden. De definities, kenmerken en de verschillende benamingen zullen hier besproken worden, waarbij eerst ingegaan wordt op de algemene definitie en daarna specifiek op de definitie van de zelfsturende teams in de thuiszorg.

De volgende definities en kenmerken worden in de literatuur vermeld. 'Zelfsturende teams' zijn groepen die de collectieve autoriteit en verantwoordelijkheid hebben om de prestatie van de taken binnen het team te managen (De Jong, De Ruyter, & Wetzels 2004, p.18). De authenticiteit van de leden van het team is hoog wat ervoor zorgt dat zij zelf de regelcapaciteit hebben om onder andere de werkverdeling en planning te regelen. De hiërarchische lagen in de organisatie en het aantal specialisten in de teams zijn gereduceerd tot een laag niveau (Van Amelsvoort & Benders, 1996, p.160). Dit sluit ook aan bij de *key componenten* ("*(a) employees with interrelated tasks who are responsible for making a product or providing a service; (b) employee discretion over decisions such as task assignments, methods for carrying out the work and scheduling of activities; (c) face to face interaction*") opgesteld door Goodman et al. (1988, geciteerd in Cohen, 1993, p. 4).

De definities hebben twee kenmerken gemeen namelijk: (a) een overzichtelijk en herkenbaar werkverband met een gemeenschappelijk doel, en (b) de beschikbaarheid van regelmogelijkheden om het afgebakende proces 'op norm te houden' (Peeters & Van der Geest, 1996, p.8).

Voor zelfsturende teams worden verschillende termen gebruikt. Deze zijn volgens Tjepkema (2003):

- (a) Zelfsturend team / *self-managing work team, self-directed work team*
- (b) (Semi) autonome groep / *(semi/quasi) autonomous (work) group*,
- (c) Taakgroep
- (d) Team
- (e) Zelfsturende werkgroep / *self-managing group*
- (f) Zelfstandige productie-eenheid
- (g) Groepswerk
- (h) *Empowered team*

Tjepkema (2003) heeft deze verschillende benamingen onderzocht. Daarbij komt naar voren dat de term 'zelfsturende teams' het meest wordt gebruikt. Ook tijdens dit onderzoek is dat bevonden. De term 'zelfsturende teams' wordt door Tjepkema (2003) ook gezien als een van de bredere benamingen. Daarom zal deze term in dit onderzoek gebruikt worden.

Voor zelfsturende teams in de thuiszorg wordt door *In voor zorg!* (nog niet gepubliceerd) de volgende definitie gehanteerd:

"Een team van zorgverleners dat onder eigen verantwoordelijkheid voor een groep cliënten, professioneel zelfstandig opereert en de zorg en alles wat daarbij hoort, optimaal afstemt op de cliënt. Een zelfsturend team is daarmee zorgverlener en zorgaanbieder tegelijk."

Daarbij geven zij aan dat in de zorginstellingen die zij adviseren verschillende varianten van zelfsturende teams aanwezig zijn. De twee varianten die het meest voorkomen zijn:

(a) het management wordt vervangen door coaching. In de teams zitten geen hiërarchische verhoudingen. De zelfsturende teams zijn volledig verantwoordelijk en krijgen de ruimte veel zelf in te vullen. De leden van het team zijn in principe gelijk. De coaches zijn enkel aanwezig voor ondersteuning;

(b) het aantal management lagen wordt gereduceerd maar blijft bestaan doormiddel van een regio en/of coördinerend wijkverpleegkundige (niveau-5). In de teams zit nog een hiërarchie namelijk de coördinerend wijkverpleegkundige die meer verantwoordelijkheden draagt.



Uit de varianten van *In voor zorg!* blijkt dat de zelfsturende teams in de thuiszorg verschillen qua omvang autonomie. Er zijn teams waarbij de leden gelijk zijn. Ook zijn er teams waarbij er een manager op de achtergrond mee denkt en waarbij de meeste taken die een zelfsturend team uitvoert, door een coördinerend wijkverpleegkundige gedaan worden. De definitie die in dit onderzoek wordt gebruikt luidt als volgt: "Een zelfsturend team is een team van zorgverleners met een gezamenlijk doel die verantwoordelijk is voor de prestaties en taken van het team, waarbij de regelcapaciteit zo veel mogelijk bij het team zelf ligt.". Dit sluit aan bij de verschillende definities eerder genoemd. De medewerkers van de zelfsturende teams in de thuiszorg hebben een gezamenlijke doel, namelijk de zorg voor de wijk, wat overeen komt met kenmerk (a) opgesteld door Peeters en Van der Geest (1996). Het team is verantwoordelijk voor de groep cliënten die binnen de wijk valt. De regelcapaciteit van teams in de thuiszorg kan verschillen en bouwt zich langzamerhand op. In 2.4.2. wordt hier verder op in gegaan. Het voornaamste belang is om te kijken wat past bij de organisatie, en om de regelcapaciteit zo laag mogelijk bij de teams te leggen, wat overeen komt met kenmerk (b) opgesteld door Peeters & Van der Geest (1996).

### 2.3. Opkomst zelfsturende teams

Allereerst is het belangrijk om te bekijken hoe de zelfsturende teams zijn ontstaan. Dit is van belang om een duidelijk beeld te krijgen waar de organisatievorm zelfsturende teams vandaan komt en vervolgens inzicht te krijgen waarom er in de thuiszorg overgestapt wordt op het werken met zelfsturende teams. Ook is dit belangrijk om te begrijpen wat het werken met niveau-2-medewerkers voor gevolgen kan hebben voor de zelfsturende teams in de thuiszorg.

Het werken in zelfsturende teams is begonnen in de productie-industrie en komt oorspronkelijk uit de sociotechniek. Dit is een stroming binnen de bedrijfskunde die kort na de tweede wereldoorlog opkwam. De sociotechniek stelt het verband tussen arbeidsverdeling, productiviteit van de organisatie en de kwaliteit van het werk van mensen centraal. Het technische systeem van de organisatie staat niet los van het sociale systeem van de organisatie (Van Amelsvoort, 1999). De stroming kwam op door de veranderingen in de moderne werkplek, zoals nieuwe technologieën, management innovatie en een groter wordende competitie tussen organisaties zowel nationaal als internationaal (Strasz, 1997). Een belangrijk uitgangspunt uit de sociotechniek is dat zoeken naar afhankelijkheid op organisatorisch gebied alleen zin heeft als er sprake is van functionele afhankelijkheid op uitvoerend niveau. Alleen bij een gestroomlijnde structuur in de uitvoering kan men overgaan op reductie van de besturingscomplexiteit (Peeters, 1995). Daarom wordt er in de sociotechniek gestreefd naar betrokkenheid van de werknemer allereerst in het uitvoerende werk en als logisch vervolg daarop in de organisatie en besturing ervan.

Voordat er zelfsturende teams ingevoerd werden in verschillende sectoren, werkte men in andere organisatiestructuren, zoals bijvoorbeeld een bureaucratie. Deze organisatievorm werd door socioloog Max Weber gezien als "*an ideal form that maximized norms of rationality*" (Bolman & Deal, 2003, p. 46).

Het organiseren van werk binnen organisaties is begonnen in de 20<sup>ste</sup> eeuw. Door de grote vraag naar producten tussen de eerste en tweede wereldoorlog moest men sneller en efficiënter gaan werken. Zo is er een sturingsmechanisme uit het '*scientific management*' (*time-and-motion studies*) ontstaan om aan de vraag naar producten te kunnen voldoen (Almekinders, 2006, p.31; Bolman & Deal, 2003, p.45). In deze tijden heerste een grote opkomst van de industrialisatie en massaproductie met standaardproducten als resultaat. Dit wordt ook wel het Tayloriaanse systeem genoemd (Almekinders, 2006). Kenmerken hiervan zijn een strikte scheiding tussen uitvoerende en regelende werkzaamheden. De uitvoerende taken werden opgedeeld in kleine gespecialiseerde delen. Op deze manier ontstond een maximale arbeidsverdeling. De routine die medewerkers krijgen als zij telkens opnieuw de taken uitvoeren wordt op deze manier optimaal benut met minimale kennisinvestering (Kuipers, 1989).

Op basis van deze principes hoefde het uitvoerend niveau geen enkele regelcapaciteit te hebben. Elke afdeling voerde haar eigen deelactiviteit uit. De werkzaamheden werden in zijn geheel opgedeeld. Starheid en een slechte kwaliteit van arbeid waren vaak het resultaat (Kuipers, 1989).

Kenmerken van het Tayloriaanse model zijn ook te zien in de traditionele aanpak van de thuiszorg waar alle verschillende taken opgeknipt waren (Almekinders, 2006, p.32). Niveau-2-medewerkers (helpenden) kwamen bij cliënten om te helpen met wassen en aankleden en de niveau-5-medewerkers (verpleegkundige) kwam langs voor medicijnen. De verschillende niveaus (helpenden tot en met verpleegkundigen) werkten los van elkaar en de manager zorgde ervoor dat iedereen de eigen taken uitvoerden, wat heeft geleid tot een verre splitsing van werkzaamheden. De splitsing van werkzaamheden heeft er toe bijgedragen dat de verschillende niveaus gescheiden bleven. Voor de thuiszorg betekende de splitsing van de werkzaamheden dat de medewerker eenzijdig werk uitvoerde, waarbij zij weinig mogelijkheid kregen andere dingen te doen. Zij dienden rationeel de taken uit te voeren en ze werkten met een strikte tijdsregistratie (Almekinders, 2006). Voor de medewerkers betekent deze traditionele aanpak dat zij weinig tijd krijgen een band op te bouwen met hun cliënten. Voor de cliënten betekent dit dat zij verzorgd worden door verschillende medewerkers, waarbij zij vaak uit moeten leggen wat hun behoeftes aan zorg is (Buurtzorg, 2009). Voor de organisatie werkt dit inefficiënt en bureaucratisch, waarbij weinig maatwerk geleverd kan worden aan de cliënten.

Deze bovengenoemde aanpak is een probleem omdat de omgeving van de zorgsector is net als vroeger dynamisch en onvoorspelbaar. Van de sector wordt in deze tijd verwacht snel op veranderingen in te spelen. Zorginstellingen moeten flexibel zijn, maatwerk kunnen leveren en innovatief zijn. Daarbij dienen de medewerkers snel in te kunnen spelen op de veranderende vraag van de cliënten. Op het moment van de traditionele aanpak, is dit echter niet mogelijk door de lange lijnen tussen managers en medewerkers, de vele communicatiestoornissen, de moeite met het leveren van maatwerk, de productiviteit die achterblijft, een hoge overhead, het over het algemeen te hoog ziekteverzuim, de ondergesneeuwde lijnorganisatie, de versnipperde en onduidelijke verantwoordelijkheden en het management dat onvoldoende tijd heeft voor zijn primaire taken (Almekinders, 2006, p.33). Medewerkers zijn ook lange tijd niet aangesproken op generieke vaardigheden als probleem oplossen, communicatie en een werkgerelateerde houding (Stasz, 1997), wat in zelfsturende teams wel van medewerkers gevraagd wordt. Dat er problemen bestaan als slechte communicatie en achterblijvende dienstverlening, wordt ook beaamd door de cliënten die steeds mondiger worden en aangeven meer maatwerk te willen krijgen (Van der Velde, Francke & Batenburg, 2011).

Om deze redenen is begonnen met het werken met zelfsturende teams in de thuiszorg. "Zelfsturende teams zijn gericht op zelforganisatie zodat uitvoerenden beter kunnen reageren op verstoringen, veranderingen in hun werkomgeving en op specifieke en voortdurend wijzigende klanten eisen." (Almekinders, 2006, p.49) Dit komt ook overeen met de definitie van zelfsturende teams waarbij de regelcapaciteit zoveel mogelijk bij de medewerkers ligt.

Duidelijk is dat er behoefte is aan een modernere werkvorm binnen organisaties. Zelfsturing en horizontale samenwerking staan daarom nu in veel organisaties centraal. In de volgende paragraaf zal om meer inzicht te krijgen in het werken met niveau-2-medewerkers, ingegaan worden de factoren die een rol spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams.

## 2.4. Factoren die een rol spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers

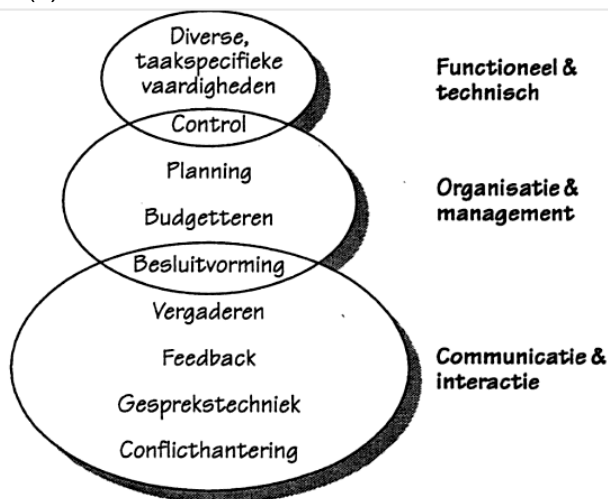
Om te kijken welke factoren een rol spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg is een aantal aspecten van belang. In deze paragraaf zal eerst gekeken worden welke taken behoren tot het domein van zelfsturende teams en specifiek welke taken de niveau-2-medewerkers uitvoeren. Vervolgens wordt gekeken wat het werken met niveau-2-medewerkers voor invloed heeft op het werken in zelfsturende teams met medewerkers van verschillende opleidingsniveau.

### 2.4.1. Taken behorend tot het domein van een zelfsturend team

In deze sub paragraaf worden de verschillende taken die in zelfsturende teams aanwezig zijn besproken. Dit wordt behandeld omdat de verdeling van deze taken invloed kan hebben op de mogelijkheid en noodzaak tot samenwerken met de niveau-2-medewerkers binnen de zelfsturende teams in de thuiszorg.

Er kunnen drie soorten taken (of vaardigheden) in een zelfsturend team onderscheiden worden, figuur 1 (Vroemen, 1995, p. 102). Dit zijn:

- (a) functionele- technische (uitvoerende) taken,
- (b) organisatie- management (regel) taken, en
- (c) communicatie- interactie taken.



In de volgende sub paragrafen wordt ingegaan op deze verschillende taken om te kijken wat de niveau-2-medewerkers kunnen binnen de zelfsturende teams in de thuiszorg, en wat het werken met niveau-2-medewerkers voor gevolgen heeft voor een zelfsturende teams als geheel. Ook wordt gekeken in hoeverre (functionele) taakafhankelijkheid en statusverschillen invloed hebben op het werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams.

Figuur 1: Drie clusters van teamvaardigheden (Vroemen, 1995, p. 102)

### Functionele- technische taken

De eerste taken die aanbod komen zijn de functionele- technische (uitvoerende) taken. Dit is volgens Vroemen (1995) het werk zelf. De verschillende werkzaamheden die de verschillende niveau medewerkers uitvoeren is te vinden in bijlage 1 (H+B Thuiszorg 2010). De functionele taken van de niveau-2-medewerker (Verzorgingshulp B) staan in het figuur hieronder.

Kwalificatieniveau	Diploma vereist	Type zorg	Handelingen toegestaan
Verzorgingshulp B	Helpende 2	Laag complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Aan- en uittrekken van therapeutische kousen (na behalen certificaat)</li> <li>• Aanbrengen van huidzalf zonder medicijnen</li> <li>• Toedienen van oogdruppels zonder medicijnen</li> <li>• Ondersteuning bij lichamelijke verzorging, wassen/aan-uitkleden, etc.</li> <li>• Hulp bij het eten/ drinken</li> </ul>

Figuur 2: Thuiszorg handelingen voor niveau-2 (H+B Thuiszorg 2010)

De functionele- technische taken, oftewel de uitvoerende werkzaamheden, van de niveau-2-medewerkers in de thuiszorg blijven bij de invoering van zelfsturende teams behouden. De niveau-2-medewerkers blijven dezelfde handelingen verrichten als in de traditionele teams. Zij voeren deze taken zelfstandig uit bij de cliënten waardoor de autonomie in deze handelingen groot is. Voor de niveau-2-medewerkers is de opleiding "Helpende 2" vereist. Door middel van deze opleiding zijn de medewerkers bevoegd om de bovengenoemde autonome primaire zorgtaken uit te voeren. In het zelfsturend team hebben de niveau-2-medewerkers geen nieuwe bevoegdheden voor het uitvoeren van handelingen gekregen. Enkel de taken van medewerkers van de niveau-2+, -3, -4 en -5 zijn verbreed zodat zij ingezet kunnen worden om taken van lagere niveaus uit te voeren. In het geval dat de organisatie in de toekomst zonder niveau-2-medewerkers verder gaan, worden de taken van de huidige niveau-2-medewerkers overgenomen door de hogere niveaus. Op deze manier wordt de samenhang van taken, wat volgens Vroemen (1995) noodzakelijk is, in het team vergroot. De helpende, niveau-2-medewerker voert de bovenstaande taken uit en dient daarbij een vertaalslag te maken tussen de adviezen van de arts en de (wijk)verpleegkundige en op welke manier dit uitgevoerd dient te worden (Lambregts & Grotendorst, 2012). Dit geldt ook voor de net iets hoger opgeleide verzorgende, niveau-2 + en niveau-3-medewerkers. Ter illustratie, bij complicaties benadert de niveau-2-medewerker de (wijk)verpleegkundige of huisarts voor advies. Vervolgens voeren de niveau-2-medewerkers de handelingen uit als zij hiertoe bevoegd zijn. Niveau-2- (-2+ en -3) medewerkers zijn op deze manier afhankelijk van de "hogere" collega's (niveau-3 VIG, -4 en -5) om te weten welke handelingen zij kunnen of mogen verrichten. Deze afhankelijkheid heeft te maken met de kwalificaties die vanuit de wet vereist zijn voor de handelingen die zij mogen verrichten. Anders dan in de productie-industrie waar medewerkers door het volgen van een cursus relatief makkelijk taken bij kunnen leren, is dit in de gezondheidszorg genuanceerder. Zij hebben te maken met mensen, waarbij het maken van fouten mensenlevens op het spel kan zetten. Hiervoor zijn de kwalificaties vereist. Voor verpleegkundigen (niveau-4 en -5) geldt bijvoorbeeld dat zij een BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) registratie nodig hebben om gekwalificeerd het beroep uit te oefenen (VWS, 2013). Deze kwalificatie is niet verplicht voor de verzorgende en helpende (niveau-2, -2+ en -3). Wel dienen zij zich te houden aan de kwalificatie-eisen die zijn opgesteld door Calibris in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Calibris, 2013). Enkel de handelingen die afgetekend zijn in het diploma, of door middel van extra scholing behaald zijn en aantoonbaar door middel van een certificaat, mogen uitgevoerd worden. Naast het verschil in handelingen die de medewerkers uit kunnen en mogen voeren, zit er dus ook een verschil in de mate van zelfstandigheid tussen de niveaus, niveau-2 (-2+ en -3) zijn meer uitvoerend en niveau-3 VIG, -4 en -5 meer adviserend.

Om breder inzetbaar te worden en meer overlap te creëren tussen de verschillende medewerkers, wat volgens Vroemen (1995) binnen zelfsturende teams noodzakelijk is, zouden de niveau-2-medewerkers mogelijk extra opgeleid kunnen worden tot helpende 2+ of niveau-3-medewerkers. In de functie helpende 2+ kunnen de medewerkers meer handelingen verrichten, zoals het uideelen van medicijnen. Het opleiden naar een niveau waarbij zij alle taken uit zouden kunnen voeren (niveau-5) wordt niet als nodig en ook niet als haalbaar geacht (vanwege uitgangskwalificaties en opleidingskosten). Op het moment dat alle teamleden alle taken uit zouden moeten voeren, moet er veel geld in opleiding gestoken worden. Ook zouden de teamleden regelmatig moeten rouleren om routine te houden in alle verschillende taken (Van Amelsvoort, Seinen, Kommers & Scholtes, 2003, p.49). Een bepaalde mate van verschil in opleidingsniveau en taken is niet uit te sluiten. De extra taken van helpende 2+ en niveau-3-verzorgende staan in het figuur hieronder.

Kwalificatieniveau	Diploma vereist	Type zorg	Handelingen toegestaan
Verzorgende C	Diploma Verzorgende niveau 3 / Diploma Helpende 2+	Laag tot gemiddeld complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Toedienen van oogdruppels</li> <li>• Steunkousen aan- en uittrekken</li> <li>• Aanbrengen huidzalf met medicijnen</li> <li>• Medicijnen uitzetten en toedienen per os</li> <li>• Wondzorg (gele/rode wond)</li> <li>• Hulp bij het eten/drinken</li> </ul>

Figuur 3: Thuiszorg handelingen voor niveau-3 en helpende 2 + (H+B Thuiszorg 2010)

Nu duidelijk is welke functionele taken niveau-2-medewerkers uitvoeren, komt in de volgende paragraaf naar voren welke organisatorische vaardigheden behoren tot het domein van zelfsturende teams en in het speciaal voor de niveau-2-medewerkers.

### Organisatie- en management vaardigheden

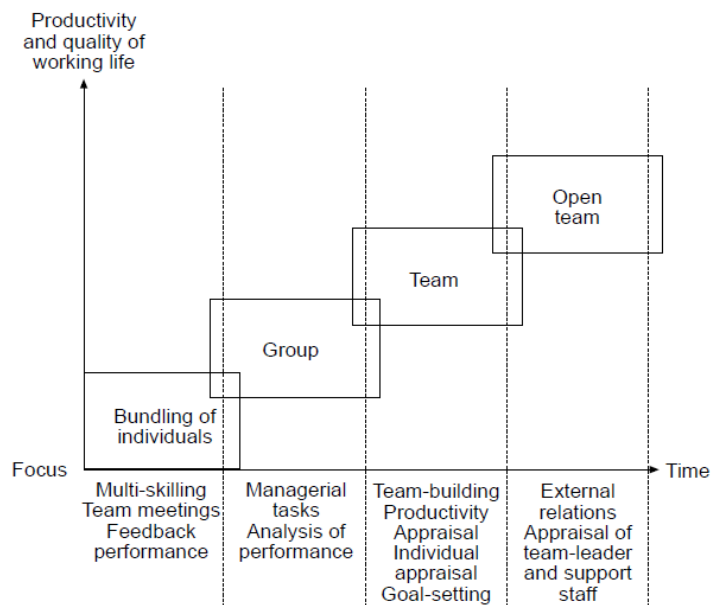
Naast de inhoudelijk uit te voeren taken vraagt het werken in teams ook iets anders van de teamleden, namelijk het zelf sturen en zelf organiseren van het team en de teamtaken. In zelfsturende teams dienen leden verschillende organisatie- en management vaardigheden te bezitten. Deze taken zijn, in tegenstelling tot de functionele taken die de medewerkers in de traditionele team ook al uitvoerde, nieuw voor de medewerkers in de zelfsturende teams. In deze paragraaf zullen eerst de organisatorische taken besproken worden die behoren tot het domein van zelfsturende teams. Vervolgens worden de organisatorische taken voor de niveau-2-medewerkers in de thuiszorg besproken.

Volgens Vroemen (1995) zijn de organisatorische taken: controle en kwaliteitsbewaking, planning van werk en capaciteit, kostenbewaking en budgettering, probleemoplossing en besluitvorming. Vermeer & Wenting (2012) voegen daar de volgende taken aan toe: begeleiden van teamleden, huisvesting, opnemen van nieuwe cliënten, vergaderingen (voorzitten, notuleren etc.), ziekteverzuim van medewerkers bijhouden, selectie van nieuwe medewerkers, declareren van zorguren, arbeidsinzet monitoren en stagiaires begeleiden. Dirka (1996, p.440) sluit deze rij van taken af met het evalueren, aannemen en ontslaan van teamleden. Deze opsomming van taken beoogt een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van de organisatorische taken binnen zelfsturende teams. In verschillende onderzoeken worden echter verschillende organisatorische taken genoemd worden. Mogelijk zijn er meer organisatorische taken die zelfsturende teams oppakken die niet in deze onderzoeken besproken worden. Ook kan het zijn dat zelfsturende teams in de praktijk niet alle genoemde organisatorische taken uitvoeren. De regelcapaciteit en daarmee de organisatorische taken zullen, zoals eerder gesteld, ook per zelfsturend team verschillend zijn onderling en in de tijd vergeleken.

Over welke organisatorische taken de niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg mogelijk uitvoeren is uit andere onderzoeken weinig bekend. Uit onderzoek van Ten Have (2011) bij Buurtzorg en Thuiszorg Rotterdam blijkt dat bij Thuiszorg Rotterdam, waar men werkt met medewerkers van niveau-2 t/m -5 in de teams, dat de organisatorische taken op dit moment nog grotendeels opgepakt worden door het management. Taken die wel door het team zelf gedaan worden, verdeelt de wijkmanager zelf onder de leden van het team. Welke taken niveau-2 daarvan toebedeeld krijgt is niet bekend. Ook is niet onderzocht of de niveau-2-medewerkers als er langer in de zelfsturende teams gewerkt wordt, meer organisatorische taken toebedeeld zullen krijgen. Volgens Almekinders (2006) nemen de niveau-2 medewerkers wel organisatorische taken op zich, ook al betreft het enkel de praktische taken zoals planning.

Van Amelsvoort & Benders (1996, p. 164) geven aan dat teams die overgaan op zelfsturing langzamerhand automatisch en inherent meer organisatorische taken toegespeeld krijgen. Op het moment dat de teams net zelfsturend zijn geworden zijn dit voornamelijk de simpele taken, naarmate het team langer zelfsturend is komen hier de meer complexere taken bij.

Deze geleidelijke overgang is te zien in figuur 4, het fasenmodel van Van Amelsvoort & Scholtes (1993).



Figuur 4: fasenmodel van Van Amelsvoort & Scholtes (1993) in Van Amelsvoort & Benders (1996)

Medewerkers dienen eerst te wennen aan de verantwoordelijkheden die zij naast de huidige verantwoordelijkheden gekregen hebben. Dit geldt zeker voor de niveau-2-medewerkers. Voor hen is de stap van het uitvoeren van organisatorische taken zeker in het begin groot. Met de functionele diversiteit in een team kan het zijn dat sommige niveaus de taken makkelijker op zich nemen dan andere. Het is niet persé noodzakelijk dat de niveau-2-medewerkers alle taken op zich kunnen nemen, als er maar voldoende medewerkers in het team zijn die elke afzonderlijke taak uit kunnen voeren.

De verdeling van de organisatorische taken kan evenals de verdeling van de functionele taken door middel van de fleximatrix van Van Amelsvoort & Benders (1996) bekeken worden. Op deze manier kan gekeken worden welke organisatorische taken in dit geval de niveau-2-medewerkers uit kunnen voeren voor een specifiek zelfsturend team in een zorginstelling. Samenhang en afhankelijkheid worden gecreëerd waardoor ook de niveau-2-medewerker in het team een toegevoegde waarde heeft en niet gemist kan worden. Deze afhankelijkheid dient niet alleen gecreëerd te worden voor de organisatorische taken maar ook voor de functionele taken. Aan de andere kant kan een zelfsturend team ook opgedeeld worden op de manier dat de niveau-2-medewerker geen organisatorische taken op zich hoeven te nemen. In dat geval worden de taken onder de hogere niveaus verdeeld. Dit is zoals in de vorige alinea naar voren komt het geval bij Thuiszorg Rotterdam. De vraag kan dan wel gesteld of er dan nog wel sprake is van een coherent zelfsturend team. Feitelijk is het zorgproces geparalleliseerd.

In deze paragraaf zijn de organisatorische taken behandeld. Als laatste worden in de volgende paragraaf de communicatie- en interactie taken besproken.

### Communicatie- en interactietaken

Naast de (harde) functionele en organisatorische taken komen er ook andere (meer zachte) taken aan bod in zelfsturende teams, namelijk de communicatie- en interactietaken. Volgens Vroemen (1995) behoren tot deze taken gespreksvaardigheden, constructief feedback geven en ontvangen, luisteren en vragen. Over de communicatie en interactietaken van de niveau-2-medewerkers in de traditionele teams en in de zelfsturende teams is vanuit andere onderzoeken weinig bekend. Onderzoeken die ingaan op het werken in zelfsturende teams

in de thuiszorg laten wel zien dat er veranderingen op het gebied van communicatie taken en vaardigheden zijn. Deze zullen hier besproken worden. In de resultaten van dit onderzoek zal verder ingegaan worden op de communicatievaardigheden van de niveau-2 medewerkers in de zelfsturende teams bij de onderzochte organisaties.

Werken in zelfsturende teams vraagt meer van medewerkers, in het algemeen en speciaal voor medewerkers van niveau-2 in de thuiszorg, qua communicatievaardigheden dan het werken in originele samenstelling. Doordat er meer afstemming nodig is tussen de medewerkers zal er ook meer onderling overleg en interactie plaatsvinden. De niveau-2-medewerkers waren in de traditionele teams in de thuiszorg voornamelijk bezig met het uitvoeren van de taken die zij opgelegd kregen van boven af. Zij waren niet bezig met het instructieniveau van meer zelfsturing en delegatie van taken, wat de andere medewerkers uit de traditionele teams wel kennen (Competentielijst medewerker kleinschalig wonen voor mensen met dementie, 2010). De omslag naar zelfsturende teams is daarom logischerwijs voor de niveau-2-medewerkers, waarbij zij geen aansturing meer krijgen, groter dan voor de andere leden van de zelfsturende teams. De niveau-2-medewerkers zullen zelfsturing moeten aanleren. Ook in het onderzoek van Ten Have (2011) wordt opgemerkt dat bij Thuiszorg Rotterdam een wezenlijk onderscheid gevonden wordt tussen de niveau-2-medewerkers en de andere leden van het zelfsturend team op het gebied van communicatie. Er is sprake van een andere mentaliteit. Daarbij worden de niveau-2, -2+ en -3 gezien als minder assertief, minder meedenkend en minder capabel om zelfsturend te werken. (Ten Have, 2011, p.53). Ook wordt in dit onderzoek aangegeven dat het enkele niveau-2, -2+ en -3 medewerkers ontbreekt aan overstijgend vermogen waar mee bedoeld wordt dat zij niet verder kijken dan sec de handelingen waarvoor zij bij de cliënt zijn. (Ten Have, 2011, p.54). Hieruit blijkt dat het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams niet alleen inzet vraagt van de organisatie maar ook van verschillende soorten niveau binnen een zelfsturend team om dit gemis aan vaardigheden op te vangen.

Het verschil in communicatievaardigheden in teams waar men werkt met verschillende functionele achtergronden kan namelijk leiden tot sociale verdeeldheid wat een negatieve performance tot gevolg heeft (Mannix & Neale, 2005). Toch zit er ook een positieve kant aan het werken met functionele diversiteit. De diversiteit kan wel leiden tot een grotere mate van communicatie met mensen buiten de teams, omdat de medewerkers in andere 'kringetjes' zitten, wat kan leiden tot meer innovatie. In de thuiszorg kan dit ook zorgen voor een andere interactie met de cliënten waardoor de verschillende medewerker verschillende signalen op kunnen pakken.

Om specifiek in te gaan op communicatie en interactievaardigheden die de niveau-2-medewerkers in de thuiszorg nodig hebben in zelfsturende teams en in de toekomst in de zorg is gebruik gemaakt van het "Beroepsprofiel zorgkundige, Verpleegkundige en Verzorgende 2020 Deel 2" (Lambregts & Grotendorst, 2012).



Figuur 5: Competentiegebieden zorgkundige



In figuur 5 worden zes competenties weergegeven die de zorgverlener in de toekomst nodig heeft volgens Lambregts & Grotendorst (2012). De competentie organisator is al eerder besproken in paragraaf 2.4.2. bij de organisatorische taken. De competenties professional en kwaliteitsbevorderaar en gezondheidsbevorderaar waarbij de zorgverlener het zelfmanagement van de cliënten dient te vergroten komt in paragraaf 2.5 aan bod. De rol van communicator en samenwerkingspartner is nog niet eerder besproken. Deze competenties houden in dat de niveau-2-medewerkers communicatie op maat dienen te kunnen leveren. Dit geldt niet enkel voor de communicatie met collega's wat eerder in deze paragraaf aan bod kwam maar ook voor de communicatie met de cliënten. Met de communicatie op maat voor de cliënten wordt bedoeld dat de medewerker het inschattingsvermogen moet hebben om de behoefte van de cliënten boven tafel te krijgen. Dit is een vaardigheid die vooral binnen het werken met zelfsturende teams meer vraagt van de medewerkers. Ondersteuning vanuit de organisatie is gewenst. Naast de communicatie met collega's van het eigen team en cliënten dienen de medewerkers ook te communiceren met collega's van andere disciplines, bijvoorbeeld een huisarts. Deze communicatie is ook nieuw voor de niveau-2-medewerkers. Per team zal het verschillen in welke mate de niveau-2-medewerkers hiermee te maken krijgen.

Investering in training is nodig bij het opzetten van de zelfsturende teams om medewerkers de verandering verder te laten ervaren en dat de veranderingen hierdoor serieus genomen worden (Van Amelsvoort & Benders, 1996, p.165, 166). De communicatievaardigheden van de teamleden moeten waarschijnlijk verder ontwikkeld worden om effectief samen te kunnen werken en effectief te kunnen overleggen. Ook de instelling van de medewerkers heeft invloed op het succes van een taakgroep. Niet iedereen wordt in het begin meteen enthousiast van een nauwe samenwerking met collega's (Van Groningen & Konings, 2002, p.5). Geschiktheid voor een doelmatige samenwerking, het karakter van de groepsleden en de houding ten opzichte van de transitie spelen een belangrijke rol in het slagen van de zelfsturende teams (Van Groningen & Konings, 2002 p.5).

Op het moment dat het werken in het team een belangrijk element is voor de verschillende functies dient er niet enkel meer gekeken te worden naar de *personal-job* fit van de medewerkers maar ook naar de *personal-team* en de *personal-organisation* fit (Burch & Anderson, 2008). Zeker in teams met *Multi-level* medewerkers kunnen problemen in de communicatie optreden omdat de verschillen tussen de medewerkers te groot zijn. Dit wordt ook bevestigd door Havens, Vasey, Gittel & Wei-ting (2010). Haar onderzoekspersonen hadden vooral een hoog *relational coordination* (goede communicatie en goede verstandhouding) met mensen van de eigen eenheid. Voor de niveau-2-medewerkers zou er dan ook per persoon gekeken moeten worden in welke mate zij in deze communicatieve zin passen in het team. Op korte termijn is hier bij de invoering van de teams echter geen mogelijkheid voor omdat de teams gevormd moeten worden uit bestaande medewerkers. Er kan hierdoor niet gezocht worden naar medewerkers die op ideale wijze passen in de teams. Er moet gewerkt worden met de medewerkers die er nu zijn. In de toekomst zal de *personal-team* fit mogelijk meer centraal komen te staan in het aanname beleid.

Om met niveau-2-medewerkers te blijven werken binnen de zelfsturende teams waar relatief veel interactie nodig is, is scholing in communicatieve zin derhalve ook hier een belangrijke voorwaarde. In het empirische deel van het onderzoek wordt hier verder op in gegaan.

Nu duidelijk is welke taken de niveau-2-medewerkers uit mogen/kunnen voeren in zelfsturende teams is het van belang te kijken wat de gevolgen voor zelfsturende teams in de thuiszorg zijn voor het werken met deze niveau-2-medewerkers.



#### **2.4.2. Invloed van de taken op het werken met niveau-2-medewerkers**

Voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams zijn een aantal factoren van invloed namelijk, taakafhankelijkheid, statusverschillen en de invulling van de teams. Ook zullen in deze paragraaf kanttekeningen gezet worden bij het werken met zelfsturende teams in de thuiszorg.

##### **Taakafhankelijkheid**

Een voorwaarde voor het werken in zelfsturende teams is dat de leden van het team taakafhankelijk van elkaar zijn. Er zijn verschillende onderzoeken geweest die laten zien dat juist de leden van een zelfsturend team meer taakafhankelijk van elkaar dienen te zijn. Een aantal van deze onderzoeken wordt hier behandeld, waarbij ingegaan wordt op het effect voor het werken met niveau-2-medewerkers binnen de teams.

Vroemen (1995) geeft aan dat het wenselijk kan zijn om de afhankelijkheid van schaarse bronnen te verkleinen in zelfsturende teams, ondermeer door verspreiding van kennis en vaardigheden. Dit zorgt ervoor dat meerdere medewerkers de verschillende taken vereist in een team uit kunnen voeren. Dit wordt ook wel aangeduid als *jobrotation*, taakverrijking en taakverbreding. Hierbij is het van belang dat er genoeg medewerkers zijn die de capaciteiten hebben om taken van elkaar over te kunnen nemen. Ook Van Amelsvoort & Benders (1996: 164) geven aan dat de leden van een zelfsturend team getraind moeten worden om *multi-skilled* medewerkers te worden. Dit is nodig zodat medewerkers elkaars werk over kunnen nemen bij absentie. Daarbij geven Van Amelsvoort & Benders (1996) aan dat er minimaal twee teamleden moeten zijn die elke taak uit kunnen voeren om ervoor te zorgen dat de levering van de diensten te allen tijde door kan gaan. Hierdoor zullen de duidelijke afbakening van de functies en taken van de medewerkers minder expliciet en formeel worden. Zoals eerder in deze paragraaf naar voren kwam, is het overnemen van taken door andere (niveau) medewerkers in de thuiszorg in zekere zin lastig. Door de strikte eisen in de wetgeving (certificaten en diploma's) voor de handelingen die uitgevoerd mogen worden, mogen niet alle medewerkers de taken overnemen; takenroulatie is hierdoor niet met alle medewerkers mogelijk. De afbakening van de functies in zelfsturende teams, waarbij Van Amelsvoort & Benders (1996) aangeven dat deze meer vloeiend zullen worden, zullen in de thuiszorg om deze redenen wel formeel behouden blijven. De vraag is of er in sociotechnische zin in de thuiszorg dan wel gesproken kan worden van zelfsturende teams *in optima forma*, omdat er altijd verschillen tussen de medewerkers zullen blijven.

Niet alleen de functionele niveauverschillen tussen de medewerkers van zelfsturende teams in de thuiszorg kunnen zorgen voor een lastige samenwerking, ook kunnen er om deze reden statusverschillen binnen de teams ontstaan.

## Statusverschillen

Van Amelsvoort, et al. (2003) hebben negen ontwerpprincipes voor effectief teamwerk

**Negen ontwerpprincipes voor effectief teamwerk**  
Van Amelsvoort en Scholtes (1993) hanteren negen praktische ontwerpprincipes voor zelfsturende teams. Ontwerpprincipes moeten daarbij gezien worden als richtlijnen die in iedere specifieke situatie om invulling op maat vragen.

*Principe 1*  
De groepstaak moet compleet zijn, duidelijke grenzen hebben en gekoppeld kunnen worden aan een meetbaar resultaat. De groepstaak is een afgerond geheel van onderling sterk samenhangende activiteiten.

*Principe 2*  
De groep moet beschikken over voldoende regelmogelijkheden en bevoegdheden om de groepstaak zo zelfstandig mogelijk tot uitvoering te brengen.

*Principe 3*  
De taken van de groepsleden moeten onderlinge afhankelijkheid vertonen zodat de activiteiten van groepsleden elkaar aanvullen.

*Principe 4*  
De omvang van de groep moet zodanig zijn dat ze een herkenbare bijdrage aan de organisatie kan leveren, voldoende snel goede beslissingen kan nemen en als groep niet te kwetsbaar is.

*Principe 5*  
De leden van de groep zijn voor meerdere taken binnen de groep inzetbaar en interne statusverschillen mogen een flexibele werkverdeling en de interne mobiliteit niet in de weg staan.

*Principe 6*  
Binnen de groep moet, zowel voor de 'buitenwereld' als ook voor de groep zelf, een aanspreekpunt aanwezig zijn.

*Principe 7*  
De groep moet beschikken over een eigen ruimte, eigen productiemiddelen en informatie.

*Principe 8*  
De beheers- en stuursystemen moeten aansluiten op de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de groep.

*Principe 9*  
Het beloningssysteem moet aansluiten op 'teamwork'.

opgesteld. Volgens deze ontwerpprincipes heeft het werken met medewerkers van verschillende niveaus naast taakafhankelijkheid ook andere gevolgen voor de zelfsturende teams namelijk, statusverschillen. Principe 5 luidt: "De leden van de groep zijn voor meerdere taken binnen de groep inzetbaar en interne statusverschillen mogen een flexibele werkverdeling en de interne mobiliteit niet in de weg staan".

Figuur 6: Ontwerpprincipes Van Amelsvoort & Scholtes 1993

Statusverschillen kunnen het werken in zelfsturende teams dus ook in de weg staan. Havens et al. (2010, p.928) geeft aan dat het makkelijker is om een goede relatie en communicatie te creëren tussen teamleden van dezelfde discipline dan tussen teamleden van andere disciplines. Dit heeft volgens haar te maken met statusverschillen die kunnen ontstaan tussen de verschillende disciplines. Peeters & Van der Geest (1996, p.49) zeggen daarover het volgende: "De beschikbare kwalificaties mogen niet te veel verschillen anders krijg je statusverschillen". Het verschil in status kan twee kanten op werken. Aan de ene kant zouden wijkverpleegkundigen (niveau-5) mogelijk niet het werk van de helpenden (niveau-2) over willen nemen als dit noodzakelijk is. Aan de andere kant kunnen helpenden opkijken tegen de wijkverpleegkundige of andere hogere niveaus in het team, waardoor zij zich minder snel mengen in discussies. Ook beloningsverschillen zouden een rol kunnen spelen in de statusverschillen tussen de medewerkers binnen zelfsturende teams in de thuiszorg. Over statusverschillen in de zelfsturende teams in de thuiszorg is nog weinig bekend. Mogelijke statusverschillen met de daarbij genoemde redenen, zullen in het empirische deel van het onderzoek behandeld worden.

Zoals naar voren gekomen bij de taakafhankelijkheid en de statusverschillen speelt de invulling van het team een rol bij het goed of minder goed werken van de zelfsturende teams, daarom wordt dit hier nog apart besproken.

### Samenstelling van de teams

In deze subparagraaf wordt de samenstelling van de zelfsturende teams besproken. Daarbij komen verschillende opties voor het werken met niveau-2-medewerkers naar voren.

Zoals eerder aangegeven verschilt de regelcapaciteit van de zelfsturende teams in de thuiszorg. Ook de regelcapaciteit van de medewerkers met verschillende niveaus is niet gelijk. Sommige organisaties geven daarom een alternatieve indeling aan de zelfsturende teams in de thuiszorg om ook met de taakafhankelijkheid en de statusverschillen in de teams om te kunnen gaan.

Volgens Almekinders (2006) hebben de niveau-2-medewerkers meer aansturing nodig waardoor zij in zelfsturende teams ondergeschikt zullen zijn aan de andere teamleden, wat kan zorgen voor statusverschillen. Het team zal hierdoor niet gelijk zijn. Almekinders (2006) geeft aan dat er in zijn bestudeerde situatie bij Sensire, het best twee verschillende teams opgezet kunnen worden waarbij de niveau-2-medewerkers in één team komen waar een coördinator boven zit. De niveau-2-medewerkers kunnen niet alle taken uitvoeren die behoren tot zelfsturende team. De medewerkers in de zelfsturende teams bij Sensire zijn niet gelijk aan elkaar. Dit voorbeeld geldt als alternatief voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg en niet als mogelijke optie omdat de medewerkers van verschillende niveaus niet gezamenlijk in een team zitten wat in dit onderzoek wel nagestreefd wordt.

Ook de studie van Te Nijenhuis (2012) bij Carintreggeland naar de aanwezigheid van condities om zelfsturende teams effectief te laten functioneren, gaat in op de verschillende opties die een organisatie heeft voor de invulling van de zelfsturende teams. Zijn studie laat zien dat de organisatie twee opties heeft. Optie één is het werken in team met enkel de hogere niveaus namelijk 3, 4 en 5. De niveau-2-medewerkers zullen in deze optie wegvloeien. Hierdoor zijn de teamleden gelijkwaardiger aan elkaar, de hiërarchie verdwijnt, rouleren van taken is eenvoudiger, wat alleen ten goede komt aan het werken in zelfsturende teams. Wel wordt aangegeven dat het de vraag is of de niveau-3, -4 en -5 taken onder het eigen opleidingsniveau uit zouden willen voeren.

Optie twee is om alle niveaus (dus ook niveau-2) te behouden maar medewerkers waar mogelijk wel verder op te leiden naar niveau-2+ of niveau-3-medewerkers. In dit geval zal er wel meer budget vrijgemaakt moeten worden voor opleiding. In deze optie wordt rekening gehouden met de voorwaarden genoemd in de vorige paragraaf. Dit is de enige optie die de niveau-2-medewerkers behoudt voor de zelfsturende teams. De voorwaarden zoals in de vorige sub paragraaf benoemd worden nageleefd. Op deze manier dienen er voldoende medewerkers te zijn die de verschillende handelingen uit kunnen voeren en scholing en opleiding is van belang om medewerkers voor een deel verder op te leiden en ook te ondersteunen in het proces van zelfsturing. Hierdoor zullen de teams ook homogener worden, taakafhankelijkheid is hierdoor makkelijker te genereren. Ook zal er een bepaalde mate van hiërarchie blijven in de teams, omdat niet alle medewerkers alle taken uit zouden kunnen voeren. Statusverschillen liggen daarbij op de loer. Het streven van minder medewerkers bij cliënten kan bij optie 2 minder goed behaald worden.

*In voor zorg!* heeft ook een aantal manieren omschreven voor organisaties om met niveau-2-medewerkers te werken in zelfsturende teams. Zij geven aan dat er met een klein aantal niveau-2-medewerkers gewerkt kan worden in zelfsturende teams: "Het streven van zelfredzame cliënten en een integrale aanpak vraagt meer van medewerkers dan alleen de uitvoering van zorgtaken. Een te groot aantal medewerkers van niveau-2 blokkeert deze aanpak." (*In voor zorg!*, nog niet gepubliceerd). *In voor zorg!* geeft aan dat zelfsturende teams met een gering aantal niveau-2-medewerkers kunnen werken, de hoeveelheid is niet bekend. In ieder geval lijkt hier te worden nagedacht over *personal-team fit*.

Volgens bovengenoemde onderzoeken is het mogelijk om met niveau-2-medewerkers te werken binnen zelfsturende teams als er:

- (a) een manager blijft die bepaalde (organisatorische) taken op zich neemt,
- (b) een bepaalde mate van hiërarchie blijft, de niveau-2-medewerkers blijven ondergeschikt aan de andere leden van het team,
- (c) voldoende budget is voor het opzetten van de zelfsturende teams en de scholing die de medewerkers nodig hebben en
- (d) dat de kwaliteit van de zorg, inhoudelijk, gewaarborgd wordt door de wijkverpleegkundige.

Punten a en b sluiten niet aan bij de kenmerken van een zelfsturend team eerder genoemd in paragraaf 2.3. Ook sluiten zij niet aan bij de voorwaarden uit 2.4.1. Om deze reden worden alleen de punten c en d verder besproken in dit onderzoek.

### Kanttekeningen zelfsturende teams thuiszorg

Op de manier van invulling van zelfsturende teams in de thuiszorg waarbij medewerkers veel autonomie in de eigen individuele werkzaamheden hebben en dus minder onderling taakafhankelijk zouden zijn dan in bijvoorbeeld de productie-industrie, komt uit verschillende kanten kritiek. Door bijvoorbeeld Goodman & Haran (2009, p.6) wordt gesteld dat deze vorm van zelfsturende teams niet zal werken. *“SMTs (Self Managing Teams) are designed for situations with high task interdependence. If SMTs are introduced into a group where individuals primarily work alone (e.g., service technicians), SMTs do not work.”* (Goodman & Haran 2009 p.6). Goodman & Haran (2009) geven service technici als voorbeeld omdat deze groep medewerkers, taken ook alleen uitvoeren op de locatie waar zij naar toe moeten en niet gezamenlijk werken aan een product of dienst. De kritiek die Goodman & Haran (2009) geven is deels onjuist voor het geval van de thuiszorg. Er is wel degelijk samenhang binnen de zelfsturende teams in de thuiszorg. De functionele taken worden weliswaar zelfstandig uitgevoerd maar er is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg in de wijk of regio waar zij opereren. Toch werken medewerkers vrij autonoom, wat ervoor kan zorgen dat zij zich minder betrokken voelen bij het zelfsturende team. Het empirische deel van het onderzoek zal meer uitsluitsel geven over de waarde van deze teamdimensie.

Het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams, waarbij de teams bestaan uit verschillende niveaus medewerkers, roept door bovengenoemde argumenten een aantal vragen op. De teamleden van zelfsturende teams behoren afhankelijk van elkaar te zijn (Vroemen, 1995; Van Amelsvoort & Benders, 1996; Peeters & Van der Geest, 1996; Van Amelsvoort et al., 2003). Ook Sips & Keunen (1996) stellen dat de leden in een zelfsturend team (met inbegrip van de teamleider als deze in het team opgenomen is) onderling van elkaar afhankelijk dienen te zijn voor het slagen in hun opdracht. Dit bevordert de onderlinge afstemming en zo kan er goed gebruik gemaakt worden van de aanwezige sterktes in een team, en kunnen zwaktes gecompenseerd worden. Dit leidt tot de vraag die in het onderzoek centraal staat: Hoe kunnen de medewerkers elkaar aanvullen en taken overnemen als de niveaus, en daarmee de bevoegdheden, zo verschillend zijn? Wat de voorwaarden hiervoor zijn, is de centrale vraag in het onderzoek.

Om in de thuiszorg toch met zelfsturende teams te werken dient er bij het opzetten van een zelfsturend team daarom gekeken te worden naar welke taken de medewerkers uit kunnen voeren. Dit kan gedaan worden met een fleximatrix volgens Jaarsveld & Van Amelsvoort (2005), zie figuur 7 voor een voorbeeld van een fleximatrix.

Team member	Tasks					
	1	2	3	4	5	6
A	x		x			x
B	x	x	x	x	x	x
C		x		x		
D			x		x	
E	x			x		

Note:  
x = team member is capable of performing this task

Table I.  
Fleximatrix

Figuur 7: Fleximatrix: Van Amelsvoort & Benders (1996, p.165)

Voor de thuiszorg is ook een fleximatrix opgesteld (H+B Thuiszorg, 2010) waar de bovengenoemde taken van niveau-2-medewerkers en de taken van de andere niveaus in de zelfsturende teams in verwerkt zijn, deze is te vinden in bijlage 1. Aan de hand van deze matrix is te zien dat de medewerkers met een hoger niveau ook bevoegd zijn om meer handelingen uit te voeren. Het hoogste niveau verpleegkundige mag alle handelingen

uitvoeren die genoemd worden in de matrix. Hieruit kan opgemaakt worden dat de niveau-2-medewerkers meer afhankelijk zijn van de taken van de andere niveaus dan viceversa.

De vraag is in welke mate de teamleden in staat zijn om alle taken uit te voeren en in welke mate zij, en de organisatie, willen dat de teamleden alle taken uit kunnen voeren. In de thuiszorg is dit niet haalbaar en niet persé nodig om alle teamleden alle taken uit te laten voeren. Het is niet haalbaar omdat men zich moet houden aan de kwalificaties voor de handelingen die zij uit mogen voeren en het is niet nodig omdat er bij een evenredige diversiteit voldoende medewerkers zijn die de functionele taken uit kunnen voeren.

De zelfsturende teams in de thuiszorg volstaan met een team waarbij er voldoende medewerkers zijn die elke afzonderlijke taak uit kunnen voeren. Waarbij er overlap is tussen de verschillende niveaus zodat de medewerkers taken van elkaar over kunnen nemen. Dit is dan ook een voorwaarde die gehanteerd en empirisch onderzocht dient te worden voor het werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende team. Een andere voorwaarde is dat de niveau-2-medewerkers verder opgeleid worden naar niveau-2+ of niveau-3. Dit zou gedaan moeten worden als er onvoldoende medewerkers in het team zijn die de hogere taken uit kunnen voeren, zoals medicijnen uitdelen, wat niveau-2+ of -3 wel kunnen. Door het verder opleiden van een deel van de niveau-2-medewerkers zullen er minder 'sec' niveau-2-medewerkers over blijven in de teams. Dergelijk opleidingsbeleid leidt derhalve tot een kleiner aantal pure niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams.

#### **2.4.3. Subconclusie**

In deze paragraaf zijn de drie soorten taken die in een zelfsturend teams naar voren komen besproken. Dit zijn de functioneel- technische taken, de organisatorische taken en de communicatie taken. Ook is gekeken welke invloed deze taken hebben op het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams.

Zoals in 2.4.1 aan bod is gekomen zijn de primaire functionele taken van de niveau-2-medewerkers in de thuiszorg hetzelfde gebleven. Enkel op het moment dat er gekozen wordt de niveau-2-medewerkers verder op te leiden naar niveau-2+ of -3, veranderen de functionele taken voor de medewerkers. Het takenpakket voor de andere medewerkers uit het zelfsturend team is uitgebreid binnen de kaders van het opleidingsniveau en de bevoegdheid van de medewerkers, zij kunnen nu ook ingezet worden voor taken onder hun niveau. Afgezien van de functionele taken zijn er wel organisatorische taken bijgekomen die de niveau-2-medewerkers uit dienen te voeren. Welke organisatorische taken dit precies zijn blijkt niet duidelijk uit voorgaande empirische onderzoeken. In het empirisch deel van onderhavig onderzoek wordt daar wél op in gegaan. Ook op het gebied van communicatie vaardigheden wordt er meer gevraagd van de niveau-2-medewerkers, zo blijkt uit paragraaf 2.4.1.

Over het algemeen zijn medewerkers van zelfsturende teams meer taakafhankelijk geworden, omdat zij binnen het zelfsturende team de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg in de wijk dragen. Al eerder is benoemd dat deze taakafhankelijkheid het werken met verschillende niveaus in het team niet in de weg te staat, mits er voldoende medewerkers zijn die elke werkzaamheid uit kunnen voeren. Of dit ook geldt voor niveau-2-medewerkers in de thuiszorg, zal moeten blijken uit het vervolg van dit onderzoek.

De kanttekeningen en de eerdere bevindingen over de verschillende taken binnen zelfsturende teams kunnen leiden tot de volgende voorwaarden voor het werken in zelfsturende teams in de thuiszorg en in het bijzonder met niveau-2-medewerkers.

(1) Een volledige functiesamenstelling is vereist waarbij er voldoende medewerkers zijn die de verschillende taken uit het team op kunnen pakken. Daarbij is overlap tussen de niveaus noodzakelijk zodat de medewerkers taken van elkaar over kunnen nemen (cf. de fleximatrix van Van Amelsvoort & Benders, 1996). Alle noodzakelijke functies/capaciteiten moeten in het team zitten om de wijk te verzorgen. Een nadeel van deze voorwaarde is dat er

statusverschillen, wat naar voren komt in 2.4.1, in de teams kunnen ontstaan wat een negatief effect heeft op het werk. Daarbij komt de volgende voorwaarde;

(2) In de toekomst zal er niet enkel meer gekeken moeten worden naar een *personal-job fit* maar juist vooral naar een *personal-team fit* (Burch & Anderson, 2008). Op deze manier kunnen er niveau-2-medewerkers aangenomen worden op het moment dat er een fit is met het team en niet enkel een fit met de job. Dit geldt overigens ook voor de andere leden van de zelfsturende teams;

(3) De laatste voorwaarde die uit deze paragraaf naar voren is gekomen voor de niveau-2-medewerkers is de vereiste van scholing en opleiding, zodat zij mee kunnen met de veranderingen qua organisatorische en communicatie taken, ook zullen zij voor een deel verder opgeleid dienen te worden naar niveau-2+ of niveau-3.

Samengevat het volgende trio voorwaarden:

- (1) voldoende medewerkers die de verschillende taken uit het team op kunnen pakken;
- (2) personeelsbeleid op basis van *personal-team fit en*;
- (3) scholing en opleiding op het gebied van functionele organisatorische en communicatie taken.

In de volgende paragraaf worden de veranderingen in de zorg, welke ook invloed kunnen hebben op de genoemde voorwaarden uit deze paragraaf, voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams behandeld.

## 2.5. Veranderingen in de zorg

Veranderingen in de zorg hebben voor een deel te maken met demografische en epidemiologische ontwikkelingen (toename van aantal oudere en chronische zieken) zoals in de inleiding van dit onderzoek al naar voren is gekomen. Daarnaast verandert ook het beeld van de overheid, van cliënten en van andere betrokkenen over hoe de zorg er in de toekomst uit moet komen te zien. Dit geldt niet alleen voor de kijk op de zorg, maar ook voor de kijk op de zorgverlener. Daarom wordt er door organisaties als Verpleegkundigen & Verzorgers Nederland (V&VN) een schets gegeven hoe de nieuwe zorgverlener er in de toekomst uit zou kunnen komen te zien en wat er van hem/haar verwacht kan worden. Een onderdeel hiervan is behandeld in paragraaf 2.4.3. waarbij de communicatievaardigheden van de niveau-2-medewerkers besproken werden.

Door de toename van het aantal mensen met chronische ziekten, krijgen verpleegkundigen en verzorgenden niet alleen te maken met complexere (functionele) taken en een grotere zorgvraag, ook dienen zij een grotere rol te spelen bij de preventie, het bevorderen van een gezonde leefstijl en ondersteuning van het zelfmanagement van cliënten (Van der Velde et al., 2011). Deze veranderingen, die mogelijk ook invloed kunnen hebben op het verdwijnen van de niveau-2-medewerker uit de hulpverlening en daarmee uit de zelfsturende teams, zullen in deze paragraaf besproken worden.

Een van de veranderingen die besproken wordt is zelfmanagement van de cliënten. Met zelfmanagement wordt bedoeld het individuele vermogen van de cliënten om waar mogelijk de eigen gezondheidsproblemen te voorkomen en met de bestaande gezondheidsproblemen om te leren gaan (Ursum, Rijken, Heijman, Cardol & Schellevis, 2011). De cliënten leren omgaan met de symptomen, de behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en de mogelijke aanpassing van de leefstijl. Hierdoor kunnen de cliënten de eigen gezondheidstoestand monitoren en reageren op de manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van het leven (Ursum et al., 2011). De zorg was er in het verleden op gericht taken van cliënten over te nemen. De cliënten speelden vaak een passieve rol met betrekking tot de eigen gezondheid. Tegenwoordig tonen cliënten een actievere betrokkenheid door onder andere makkelijke beschikbaarheid van informatie over de eigen ziekte door middel van internet. Ook worden zij door zelfmanagementondersteuning en preventie geholpen om zoveel mogelijk zelf de

verantwoordelijkheid te behouden voor het eigen leven en de eigen zorg (Van der Velde et al., 2011).

Zelfmanagement wordt ook wel aangeduid met zelfredzaamheid of 'samenredzaamheid'. Met 'samenredzaamheid' wordt bedoelt het ondersteunen van het netwerk van de cliënten zodat deze gezamenlijk met de zorgverlening de cliënt kan ondersteunen. Door het vergroten van de zelf- en 'samenredzaamheid' van cliënten kan de zorg in de toekomst haalbaar en betaalbaar blijven (Lindenberg et al. 2013). De omslag dient niet enkel ondersteund te worden bij de medewerkers maar ook bij de cliënten zelf. Dit komt ondermeer naar voren uit het onderzoek van Medical Delta (Lindenberg et al. 2013) naar *vitality* en *ageing*, waar vragen gesteld werden aan 55+ers om te kijken wanneer zij actief de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid nemen. Het blijkt daarbij dat het voor vrijwel iedereen (97% van de 650 ondervraagden) belangrijk wordt bevonden om zelf verantwoordelijk te zijn voor de eigen gezondheid. Ondanks het feit dat cliënten mondiger worden en zelf meer te weten kunnen komen over ziektebeelden door nieuwe technologieën als het internet, hebben zij ook ondersteuning nodig bij het zelf de regie in handen nemen over hun eigen leven met de ziekte en de behandeling (Ursum et al., 2011). Deze andere manier van zorgverlening die in de toekomst verwacht wordt vraagt dus een andere rol van de zorgverleners. Zij hebben de vaardigheden en instrumenten nodig op het gebied van *communicatie* en *empowerment* (Van der Velde et al., 2011 en Ursum et al., 2011) om de cliënten niet enkel meer te verzorgen en te vertroetelen maar juist de cliënten meer op eigen benen te laten staan door de rol van coach op zich te nemen. De communicatievaardigheden worden van de medewerkers op deze manier los van de overgang naar de zelfsturende teams extra aangesproken. De vraag is of de niveau-2-medewerkers beschikken over deze nieuwe vaardigheden en of zij in staat zijn dit te leren. Een voorbeeld van een organisatie die kiest voor het werken met hogere niveaus is ZorgAccent. Door de hogere deskundigheid die vereist is voor het coördineren van de zorg en het stimuleren en versterken van de zelf- en 'samenredzaamheid' van de cliënten wordt het door ZorgAccent noodzakelijk geacht met hogere kwalificaties te werken (Peeters, 2013). In de empirische resultaten van dit onderzoek zal bekeken worden hoe de onderzochte organisaties hiermee omgaan.

Niet alleen het vergroten van het zelfmanagement maar ook het signaleren van mogelijke ziektebeelden wordt in de toekomst van zorgverleners verwacht. De signalerende functie van de zorgverleners wordt omschreven door V&VN (Lambregts & Grotendorst, 2012). Door tijdig te signaleren kan erger voorkomen worden. V&VN (Lambregts & Grotendorst, 2012) geven daarbij aan dat zorgverleners een vaak directe impact hebben op het verloop van de behandeling van een ziekte. Daarnaast zijn er verschillende andere problemen die op zouden kunnen treden bij cliënten. Daarbij worden als voorbeeld genoemd infecties, pijn, ondervoeding, uitdraging etc. (Lambregts & Grotendorst, 2012, p.15). Het tijdig signaleren van deze veranderingen in de zorgtoestand van de cliënt en de actie die daarbij genomen wordt, vallen onder de toekomstige verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Doordat de cliënt in hogere mate zelfredzaam wordt, wordt ook de signalerende functie van de zorgverlener belangrijker en moeilijker uit te voeren. De functie wordt belangrijker, omdat cliënten de zorgverleners in geval van succesvol zelfmanagement minder vaak zullen consulteren (Ursum et al., 2011) en het voor de cliënt lastig is de veranderingen in het ziektebeeld zelf te herkennen (omdat het vaak geleidelijk gaat). De functie wordt moeilijker uit te voeren, omdat de zorgverlener de rol van coach van de cliënt vervult en daarmee verder op afstand komt te staan.

Als laatste verandering in de thuiszorg in de toekomst wordt de trend genoemd dat cliënten door minder verschillende zorgverleners geholpen willen worden. Door deze trend zullen de zorgroutes zo ingedeeld moeten worden dat er bekwaam personeel bij de cliënten komt. De niveau-2-medewerkers zijn minder breed inzetbaar doordat zij, zoals in paragraaf 2.4.1. naar voren kwam, niet gekwalificeerd zijn alle functionele handelingen uit te voeren.

Kijkend naar de niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams in de thuiszorg kan men zich afvragen of zij in staat zijn de zelfredzaamheid van de cliënten te vergroten en tegelijkertijd de signalerende functie van de zorgverlener in te kunnen vullen. De communicatievaardigheden van de niveau-2-medewerkers worden door deze functies extra op de proef gesteld. De niveau-2-medewerkers zijn (taak)afhankelijk van de medewerkers van de hogere niveaus om de kwaliteit van de zorg te waarborgen op het gebied van functionele en communicatie taken (over de organisatorische taken is dit niet bekend). Het streven naar zelfredzaamheid van cliënten en een integrale aanpak vraagt meer van medewerkers dan enkel de uitvoering van de functionele taken. Door deze veranderingen ontstaan er minder kansen om met niveau-2-medewerkers te werken binnen de zelfsturende teams. De (taak)afhankelijkheid met de andere niveaus wordt door de veranderingen verhoogd. Sommige zorginstellingen kiezen om deze reden ervoor de niveau-2-medewerkers verder op te scholen tot niveau-3-medewerkers. Om er op deze manier voor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg behouden blijft. Een voorbeeld van een organisatie die hiervoor kiest is ZorgAccent. Duidelijke cijfers over het aantal organisaties dat deze keuze maakt is niet bekend.

Ook andere ontwikkelingen genoemd in de inleiding, zoals de complexer wordende zorg door demografische, epidemiologische ontwikkelingen en het feit dat cliënten met minder verschillende hulpverleners te maken willen hebben, zorgen ervoor dat de niveau-2-medewerkers moeilijker in te delen zijn.

Om de thuiszorg aan deze veranderingen aan te passen moet voldaan worden aan de eerder in 2.4 genoemde drie voorwaarden voor het werken met de niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg.

- (1) Een volledige functiesamenstelling binnen de zelfsturende teams waarbij er voldoende medewerkers zijn die de signalerende functie op zich kunnen nemen en het zelfmanagement van de cliënten kan vergroten is noodzakelijk;
- (2) Het aannamebeleid dient op basis van *personal-team fit* te gaan en niet door middel van *personal-job fit*, zodat de signalerende functie en het bevorderen van de zelfredzaamheid ook centraal staan, en;
- (3) Scholing van de niveau-2-medewerkers is een voorwaarde om deze medewerkers de signalerende functie beter op te leren pakken en het zelfmanagement van de cliënten te kunnen vergroten, zodat zij in de zelfsturende teams kunnen blijven werken.

Daarnaast wordt een extra voorwaarde in deze paragraaf genoemd namelijk;

- (4) De medewerkers van de zelfsturende teams dienen, de veranderde meer op zelfredzaamheid gerichte kwaliteit van de zorg te waarborgen.

## 2.6. Conclusie

In dit theoretisch kader zijn verschillende aspecten naar voren gekomen over het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in thuiszorg. Eerst is het begrip zelfsturende teams gedefinieerd, waarbij is gekeken naar de opkomst van de zelfsturende teams, met specifieke aandacht voor de situatie van zelfsturende teams in de thuiszorg. Daarna is gekeken naar de verschillende taken die behoren tot het domein van zelfsturende teams, welke taken de niveau-2-medewerkers uitvoeren en wat dit voor gevolgen heeft voor het werk met niveau-2-medewerkers binnen zelfsturende teams. Ook de verdere veranderingen in de thuiszorg werden kort benoemd.

Opvallend is dat er over dit onderwerp, het werken met niveau-2-medewerkers in de thuiszorg, nog weinig bekend is uit andere onderzoeken. Ook onderzoeken uit andere sectoren gaan niet in op (opleidings)niveaoverschillen tussen de medewerkers van zelfsturende teams. Aan de hand van de uitkomsten uit de deelvragen van het onderzoek zijn enkele verwachtingen geformuleerd.



## Verwachtingen

De verwachting is dat de taken behorend tot zelfsturende teams en de veranderingen in de zorg die nu gaande zijn, invloed hebben op het werken met niveau-2-medewerkers binnen zelfsturende teams in de thuiszorg. Het werken met niveau-2-medewerkers heeft zoals eerder naar voren is gekomen effect op de verschillende taken binnen het domein van zelfsturende teams en daarmee op de taakroulatie, brede inzetbaarheid, het samenwerkend vermogen en het invullen van de zorgvraag. In paragraaf 2.4.1 en 2.4.2 is een drietal voorwaarden naar voren gekomen.

Voorwaarden voor het werken in zelfsturende teams in de thuiszorg en in het bijzonder met niveau-2-medewerkers.

- (1) Voldoende medewerkers die de verschillende taken uit het team op kunnen pakken;
- (2) Aannamebeleid op basis van *personal-team fit* en;
- (3) Scholing en opleiding op het gebied van organisatorische en communicatie taken.

De verwachting is dat deze voorwaarden ook gevonden zullen worden in het empirische deel van dit onderzoek.

De veranderingen die nu spelen in de zorg als zelfmanagement, signalerende rol, bezuinigingen, minder medewerkers bij cliënten en de complexer wordende zorg, welke in paragraaf 2.5. aan bod kwamen, leiden tot een aanscherping van eerder genoemd trio voorwaarden en tot een extra vierde voorwaarde.

- (1) Voldoende medewerkers die de verschillende taken uit het team op kunnen pakken niet enkel op de functionele, organisatorische en communicatie taken maar ook op het gebied van zelfsturing en signaleren;
- (2) Aannamebeleid op basis van *personal-team fit* en capaciteiten op het gebied van zelfredzaamheid vergroten en signaleren;
- (3) Scholing en opleiding niet enkel op boven genoemde gebieden maar ook op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënten en de signalerende functie;

Als extra voorwaarden geldt:

- (4) De medewerkers van de zelfsturende teams dienen, de veranderde meer op zelfredzaamheid gerichte kwaliteit van de zorg te waarborgen.

In het volgende hoofdstuk wordt de methodische verantwoording van dit onderzoek gepresenteerd.



### **3. Methodische verantwoording**

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de gebruikte onderzoeksmethoden tijdens dit onderzoek. Ten eerste wordt er gekeken naar de aard van dit onderzoek. Vervolgens zal er verder ingegaan worden op de selectie en definiëring van de onderzoeksobjecten. Daarna wordt er gekeken naar de wijze van dataverzameling en wordt de data-analyse omschreven. Tot slot wordt het onderzoek aan de hand van kwaliteitscriteria beoordeeld op de eisen van wetenschappelijk onderzoek volgens Boeije (2012) zoals betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid.

#### **3.1. Aard onderzoek**

Dit onderzoek is kwalitatief en verkennend van aard. Binnen het kwalitatief onderzoek bestaan er een groot aantal stromingen, tradities en varianten volgens Boeije (2012). Dit maakt het lastig een eenduidige definitie te geven. Wel kan worden gesteld dat er een aantal elementen aan kwalitatief onderzoek zitten die de verschillende benaderingen gemeen hebben. Het doel van kwalitatief onderzoek is volgens deze benaderingen gedragingen, ervaringen, belevingen en 'producten' van de betrokkenen te beschrijven, te interpreteren en te verklaren door werkwijzen die de natuurlijke omgeving zo min mogelijk verstoren ('t Hart, Boeije en Hox, 2009, p. 253-254). De vraagstelling dient zich te richten op onderwerpen die te maken hebben met (1) de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen, (2) de onderzoeksmethodes die gebruikt worden dienen het mogelijk te maken het onderwerp vanuit het perspectief van de participanten te leren kennen, (3) het doel van het onderzoek is om de onderwerpen te beschrijven en waar mogelijk te verklaren (Boeije 2012, p. 27).

In dit onderzoek wordt ingegaan op het begrijpen van betekenissen van teksten of gedrag (Boeije 2008, p.19). Deze variant wordt door Boeije (2008) ook wel de interpretatieve variant genoemd. Hierbij wordt uitgegaan van de betekenisgeving die mensen geven aan verschijnselen en de onderlinge uitwisseling in de interactie van de betekenissen.

Bij dit onderzoek zal worden gezocht naar de betekenisgeving onder welke voorwaarden niveau-2-medewerkers kunnen werken in een zelfsturend teams in de thuiszorg. Dit wordt vanuit het perspectief van verschillende organisaties bekeken met het doel de mogelijkheden en voorwaarden te verkennen. Voor dit onderzoek is niet voor een kwantitatieve methode gekozen. Dit heeft te maken met het feit dat er gezocht werd naar de betekenisgeving van de antwoorden en omdat de voorwaarden voor het werken met niveau-2-medewerkers vooraf niet duidelijk waren en daarmee niet met een vragenlijst getoetst konden worden.

Bij exploratief onderzoek worden verbanden gezocht waarmee theorieën en hypothesen ontwikkeld kunnen worden (Baarda en De Goede, 2006, p. 103). In dit onderzoek zal er verkend worden wat de mogelijkheden, problemen en oplossingen zijn voor niveau-2-medewerkers waarbij gekeken wordt naar de verschillende organisatievormen van zelfsturende teams en de invulling die daaraan gegeven wordt aan niveau-2-medewerkers. Er zijn bijvoorhand geen hypothesen opgesteld die worden getoetst. Wel zijn er verwachtingen over de uitkomsten van dit onderzoek opgesteld. Deze zijn te vinden in de conclusie van het theoretisch kader in hoofdstuk 2.

#### **3.2. Selectie en definiëring onderzoeksobjecten**

In deze paragraaf wordt de wijze van selectie van de organisaties en de respondenten besproken die meegewerkt hebben aan dit onderzoek.

##### **3.2.1. Twee soorten organisaties**

Dit onderzoek richt zich op twee soorten zorginstellingen die werken met zelfsturende teams in de thuiszorg. Er is hierbij gekozen voor bestaande, traditionele zorginstellingen die met zelfsturende teams zijn gaan werken en niet voor zorginstellingen die vanaf de oprichting zijn gestart met zelfsturende teams, zoals Buurtzorg. Hier is voor gekozen omdat de zorginstellingen die meteen zijn begonnen met zelfsturende teams geen bestaande team

hadden met het personeel van de verschillende niveaus, maar zelf een keuze konden maken met welk niveau medewerkers zij wilden gaan werken. Andere zorginstellingen hebben een transitie moeten doorlopen om te komen tot waar zij nu zijn en hebben een keuze moeten maken de niveau-2-medewerkers af te laten vloeien, ergens anders onder te brengen of te blijven werken met de niveau-2-medewerkers. Opgevallen is dat de zorginstellingen andere benamingen gebruiken voor de term 'zelfsturende teams' zoals een 'zelfstandig' of een 'zelforganiserend team'. De onderzochte zelfsturende teams vallen wel onder de kenmerken van zelfsturende teams opgesteld in het theoretisch kader van dit onderzoek.

Om te onderzoeken wat de redenen waren wel of niet met niveau-2-medewerkers te werken en om op deze manier tot voorwaarden te komen waaronder er wel gewerkt kan worden met niveau-2-medewerkers is er in dit onderzoek gekozen voor een meervoudige gevalsstudie (Boeije, 2012, p.52). Een meervoudige gevalsstudie is een studie die zich richt op verschijnselen van specifieke groepen of individuen (Boeije, 2012, p.21). De aandacht richt zich op de casus en niet op de gehele populatie. Het verschijnsel wordt echter niet geïsoleerd bestudeerd, de relevantie verschijnselen uit de omgeving worden ook meegenomen (Boeije, 2012, p.22).

De onderzochte zorginstellingen zijn op te delen in één soort die ervoor kiest om de niveau-2-medewerkers verder op te scholen of anderszins doormiddel van natuurlijk verloop te laten afvloeien (C1 en C2). De andere soort kiest ervoor de niveau-2-medewerkers te behouden en samen te laten werken met de andere niveau medewerkers in de zelfsturende teams (C3, C4 en C5). Alle zorginstellingen zijn ongeveer twee jaar geleden begonnen met het opzetten van zelfsturende teams. In de tabel hieronder volgen per zorginstelling verschillende kenmerken.

Organisatie	C1	C2	C3	C4	C5
<b>Intra/extra-muraal</b>	Intra- en extramuraal	Intra- en extramuraal	Intra- en extramuraal	Extramuraal	Intra- en extramuraal
<b>Grootte van de zelfsturende teams</b>	28 (inclusief oproepkracht en) 12 a 13 FTE	12 a 18	12 a 15	Max 15	15 a 28
<b>Aantal niv. 2</b>	10%	50%	70%	Verscheidend per team	20%
<b>Rol wijk-verpleegkundige</b>	Inhoudelijk	Coördinerend	Inhoudelijk	Inhoudelijk	Coördinerend
<b>Manager/coach</b>	Coach	Regio manager	Zorg manager	Coach	Coach
<b>Geografische ligging</b>	Stedelijk	Landelijk en stedelijk	Stedelijk	Landelijk en stedelijk	Landelijk
<b>Werkzaam in zorgflat</b>	Ja	Per team anders	Nee	Per team anders	Ja
<b>Complexiteit zorgvraag</b>	Complexe zorgvraag	Per team anders	Grotendeels basiszorg	Per team anders	Grotendeels basiszorg
<b>Respondenten</b>	Resp. 2, 7, 8 & 15	Resp. 10, 12, 13, 20 & 21	Resp. 3, 16, 17 & 18	Resp. 4 & 11	Resp. 9, 10 & 18

Tabel 1: Kenmerken zorginstellingen

De selectie van de organisaties heeft plaatsgevonden op basis van het wel of niet werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de zorginstellingen en beschikbaarheid van de respondenten. De zorginstellingen zijn gedeeltelijk geselecteerd door *In voor zorg!* en gedeeltelijk uit rechtstreeks benaderd. Daarbij is gestreefd naar twee soorten zorginstellingen die op een tegengestelde manier omgaan met de niveau-2-medewerkers. In dit geval is gebruik gemaakt van theoretical sampling, dit is een vorm van doelgerichte

steekproeftrekking, waarbij de onderzoeker eenheden selecteert op basis van hun potentiële bijdrage aan de analyse ('t Hart et al, 2009, p.262).

Naast de twee soorten zorginstellingen is ook met enkele andere respondenten uit het vakgebied gesproken. Dit zijn respondenten van andere zorginstellingen of respondenten die in een eerdere ervaring te maken hebben gehad met het werken met medewerkers van verschillend niveau binnen teams. Deze respondenten worden in de onderzoeksresultaten aangeduid met C0.

### **3.2.2. Respondenten**

Om de niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams te onderzoeken is eerst gekeken naar wat de afwegingen waren om wel of niet met niveau-2-medewerkers te gaan werken. Hierbij werd de strategie van de organisatie besproken omtrent de niveau-2-medewerkers. Vragen hierover zijn gesteld aan *In voor zorg!* coaches, projectleiders en beleidsbepalers van de zelfsturende teams van de twee verschillende soorten zorginstellingen. Om te bekijken of een bepaalde strategie om wel of niet met niveau-2-medewerkers te gaan werken ook werkt in de praktijk, is er vervolgens met medewerkers (wijkverpleegkundigen (niveau-5), niveau-4 en -3 en helpenden niveau-2 (+)) gepraat. Nadat de organisaties geselecteerd waren, is er met de projectleider van de zelfsturende teams contact geweest. Deze projectleiders hebben vervolgens de teams geselecteerd. Binnen de teams hebben de wijkverpleegkundigen de niveau-2(+)-medewerkers, die zijn geïnterviewd, aangewezen.

Naast de interviews hebben er ook twee observaties plaatsgevonden. De observaties zijn gehouden bij het werkoverleg van twee zelfsturende teams die op dit moment nog werken met niveau-2-medewerkers, maar deze af laten vloeien door middel van natuurlijk verloop. Enkel bij deze teams hebben de observaties plaatsgevonden omdat er bij de andere teams geen toestemming werd verleend voor een observaties door de organisatie en de medewerkers. Er zijn in totaal 4 *In voor zorg!* coaches, 4 projectleiders/beleidsbepalers, 5 wijkverpleegkundigen (niveau-5), 1 verzorgende (niveau-3) en 6 helpenden (+) (niveau-2 (+)) geïnterviewd.

### **3.3. Dataverzameling**

De dataverzameling heeft plaatsgevonden op basis van verschillende methodes namelijk; literatuurstudie, interviews en observaties. Deze methodes komen hier aan de hand van de verschillende voorwaarde welke voort vloeien uit het theoretisch kader aan bod. In dit onderzoek wordt doormiddel van de interviews en observaties gekeken of de voorwaarden afkomstig uit het theoretisch kader gehandhaafd, betwijfeld of aangepast dienen te worden. Ook wordt er gekeken of er voorwaarden toegevoegd dienen te worden. De voorwaarden worden als topics ook gebruikt tijdens de interviews.

Na het behandelen van de voorwaarden wordt verder ingegaan op het gebruik van de literatuur en de methode waarop de interviews en observaties uitgevoerd zijn.

#### **3.3.1. De voorwaarden**

In deze subparagraaf worden de eerder genoemde voorwaarden uit het theoretisch kader stuk voor stuk besproken.

#### **Volledige functiesamenstelling**

De verwachting uit het theoretisch kader is dat zelfsturende teams kunnen werken met niveau-2-medewerkers onder de voorwaarde dat er gelet wordt op een volledige functiesamenstelling. Dit houdt in dat er voldoende medewerkers dienen te zijn die de functionele taken binnen het team uit kunnen voeren. De volledige functiesamenstelling is onderzocht door in de literatuur aandacht te besteden aan de functionele- technische, organisatorische en communicatie- en interactietaken en in welke mate dit invloed heeft op het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams. Termen als taakrotatie, brede inzetbaarheid en flexibiliteit komen daarbij aan bod. Deze voorwaarde wordt verkend in de interviews met de projectleiders en de *In voor zorg!* coaches. Vervolgens wordt er dieper

ingegaan op de praktijk in gesprekken met de wijkverpleegkundigen en helpenden (+). Ook wordt dit onderzocht door middel van de observaties.

### **Personal-team fit**

Uit onderzoek naar het werken in teams is gekomen dat het binnen teamwerk belangrijker wordt om te kijken naar de fit tussen de persoon en het team en in mindere mate naar de fit tussen de persoon en de baan zelf. De verwachting is dat de zelfsturende teams bij het aannamebeleid hier rekening mee houden. Deze voorwaarden worden verder onderzocht in de interviews.

### **Bij/omscholing**

Scholing is de derde voorwaarde die van belang is bij het werken met niveau-2-medewerkers binnen zelfsturende teams. Bij de invoering van zelfsturende teams verandert er veel voor de medewerkers. Wanneer de organisatie ervoor kiest vanaf niveau-3-medewerkers te gaan werken is het mogelijk dat de medewerkers van niveau-2 naar niveau-3 opgeleid worden. Ook als niveau-2-medewerkers wel behouden blijven voor de organisatie en deelnemen in de zelfsturende teams is er vaak scholing nodig om ervoor te zorgen dat de medewerkers goed samen leren werken en leren zelfsturend te worden. Deze voorwaarden worden verder verkend in de interviews met zowel de coaches, projectleiders als de verpleegkundigen en helpenden zelf.

### **Kwaliteit wordt gewaarborgd door de medewerkers van de zelfsturende teams**

De veranderingen in de zorg (demografische en epidemiologische veranderingen, de signalerende functie en het vergroten van de zelf- en 'samenredzaamheid' van de cliënten) hebben invloed op het werken met niveau-2-medewerkers in de zorg. Dit komt in verschillende onderzoeken naar voren en wordt beschreven in het theoretisch kader van dit onderzoek. Ook in de interviews wordt ingegaan op welke veranderingen de zorg te wachten staat en in hoeverre dit invloed heeft op de keuze wel of niet met de niveau-2-medewerkers te werken. Daarbij wordt specifiek gekeken onder welke voorwaarden dit wel zou kunnen.

#### **3.3.2. Gebruik literatuur**

De literatuur is gebruikt als zoeklicht voor terreinverkenning om de sensitizing concepts, richtinggevende of gevoeligmakende begrippen te vinden. In het theoretisch kader wordt de relevante literatuur voor dit onderzoek weergegeven. De functie van deze literatuur is eerder besproken in hoofdstuk 2 het theoretisch kader. De gevonden literatuur heeft de input geleverd voor de bovengenoemde voorwaarden waaruit de topiclijst voor de halfgestructureerde interviews is ontstaan. De volgende zoektermen (combinaties) zijn gebruikt om de relevantie literatuur te vinden: *zelfsturende teams, verschillende niveaus in zelfsturende teams, heterogene teams, Self managing workteams, self directed teams, less educated employee in self managing/directed teams, different levels in self managing/directed teams, work groups en functional diversity*.

Daarnaast is een aantal onderzoekers, specialisten op het gebied van Sociotechniek en Zelfsturende Teams, benaderd om een zo'n volledig mogelijk beeld te krijgen van de bestaande kennis en literatuur. Dit betreffen: prof. Dr. J.G.J.M. (Jos) Benders (gastprofessor CESO KU Leuven en hoogleraar organisatieconcepten KUL, Tilburg) en Boelie van Groningen & Ivo Konings (samenstellers van een longitudinale evaluatiestudie rond zelfsturende teams in Nederland).

Binnen het onderwerp zelfsturende teams zijn er voornamelijk veel onderzoeken te vinden op het gebied van *Performance* en *Effectiveness*. Onderzoek gericht op verschillende opleidingsniveaus binnen zelfsturend team is niet gevonden. De onderzoeken die gevonden zijn over verschillen tussen medewerkers in zelfsturende teams gaan over etnische verschillen of over verschillen in persoonlijkheid, leeftijd en cognitieve stijlen. Ook zijn er onderzoeken gevonden over verschillende functionele achtergronden. Deze onderzoeken gaan echter in op het werken in management teams en de verschillende functionele

achtergronden daarin in. De onderzoeken gaan niet in op teams die werken aan het primaire proces van de organisatie waarbij de taken van de medewerkers afhangen van de kwalificaties die zij hebben.

Positief aan de verschillen tussen medewerkers in het team, zo blijkt uit de onderzoeken, is dat de diversiteit leidt tot een grotere verscheidenheid van perspectieven en benaderingen van een probleem en de mogelijkheden tot het delen van kennis. Volgens Mannix en Neale (2005) zal de diversiteit leiden tot een grotere creativiteit en kwaliteit van de prestaties van een team. Echter, het grootste deel van de onderzoekers is voorstander van een pessimistischere kijk, namelijk dat de diversiteit zal leiden tot sociale verdeeldheid, wat zal leiden tot het creëren van een negatieve performance van de groep (Mannix en Neale, 2005). Ook wordt aangegeven dat de functionele achtergrond en opleiding van een medewerker positief uit kunnen pakken op de performance van probleem oplossing. De zelfsturende teams in de thuiszorg zijn niet zozeer gericht op probleem oplossingen maar werken aan structurele autonome taken in de heterogene groepen. In het geval van de thuiszorg zal de positieve functie van de functionele diversiteit daarom minder een rol spelen. Naast onderzoeken gericht op de verschillende opleidingsniveaus zijn er ook geen onderzoeken gevonden die in gaan op het werken met hoog en laag opgeleiden medewerkers in zelfsturende teams.

### **3.3.3. Interviews**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van halfgestructureerde interviews aan de hand van de bovengenoemde topics. Daarbij vloeit de inhoud van de topics voort uit de deelvragen, die voor dit onderzoek zijn opgesteld, aan de hand van literatuur over zelfsturende teams. Uit de literatuur bleek dat verschillen in taken en de taakafhankelijkheid van de medewerkers invloed kon hebben op in hoeverre er met niveau-2-medewerkers gewerkt kan worden. Dit komt verder naar voren in paragraaf 2.4. De formulering of volgorde van de vragen stond geheel open, net als de beantwoording van de vragen. Na afloop van elk interview zijn er waar nodig wijzigingen in de topiclijst aangebracht. Naar aanleiding van zowel de interviews als de literatuur die daarbij aansloot ontstond er een steeds specifiekere lijst. De topics zijn hierboven aan bod gekomen. In bijlage 2 zijn de (uiteindelijke) topiclijsten terug te vinden.

De interviews zijn grotendeels één- op- één afgenomen. In een aantal gevallen zijn de interviews afgenomen met meerdere (2 of 3) respondenten tegelijk. De interviews met twee respondenten waren met niveau-2-medewerkers samen met de wijkverpleegkundige. De interviews met drie respondenten waren met niveau-2-medewerkers, wijkverpleegkundige en projectleider samen. De reden voor het voeren van gesprekken met meerdere respondenten tegelijk had te maken met de beschikbaarheid van de respondenten. Het grootste deel van de interviews zijn face- to- face afgenomen. Twee interviews zijn telefonisch afgenomen.

Alle interviews zijn afgenomen door één onderzoeker. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van geluidsopnames. Hiervoor is te allen tijde toestemming gevraagd. Het doel van deze geluidsopnames is de kwaliteit van de gegevens te vergroten. Boeije (2012) geeft een aantal redenen waarom geluidsregistratie tijdens gegevensverzameling voordelen kan hebben voor de analyse: de onderzoeker kan zich richten op het gesprek en hoeft zich minder druk te maken over aantekeningen, de onderzoeker hoeft niet te selecteren wat hij wel en niet noteert, de vragen en antwoorden zijn geregistreerd waardoor helder is wie naar aanleiding van welke vraag over een bepaald onderwerp spreekt en de lezers van het onderzoek kunnen op deze manier de oorspronkelijke gegevens beoordelen (p.60, 61).

De geluidsopnames zijn na afloop van de interviews getranscribeerd. Deze getranscribeerde interviews zijn te vinden in bijlage 3. Om ervoor te zorgen dat non-verbaal gedrag niet verloren is gaat bij het transcriberen van de interviews zijn tijdens de interviews en tijdens het transcriberen fieldnotes gemaakt (Boeije, 2012, p.61).

### **3.3.4. Observaties**

Als laatste onderzoeksmethode is gebruik gemaakt van observaties. De rol van de onderzoeker tijdens observaties kan verschillende vormen aannemen. Te denken valt aan participierend onderzoek waarbij de onderzoeker zijn waarnemingen doet door deel te nemen aan het leven van de onderzochten. In dit onderzoek zal dat niet het geval zijn. De onderzoeker is enkel observant en zal niet participeren in de onderzoeksomgeving. De observaties zijn vrij en explorerend van aard (Berkers, 2000, p.47). Tijdens de observaties is ervoor gekozen zich te richten op een vooraf opgezet aandachtsveld wat voort is gekomen uit de literatuur en eerdere interviews. Daarbij is zo open mogelijk gekeken wat in de interactie zich voor deed (Berkers, 2000, p.48). Het aandachtsveld van deze observatie was om na te gaan of er in de praktijk verschillen bestaan qua input in de vergadering van de niveau-2-medewerkers en de andere medewerkers, en in hoeverre die verschillen functioneel dan wel disfunctioneel zijn. Daarbij is in het bijzonder gelet op de inbreng van de niveau-2-medewerkers in de vergadering. Ook is gekeken wat de onderwerpen waren waarbij de niveau-2-medewerkers inbreng hadden en of hier verbanden in te vinden waren.

### **3.4. Data-analyse**

In deze paragraaf wordt besproken op welke manier de data geanalyseerd zijn.

De interviews zijn allen getranscribeerd. Deze getranscribeerde interviews zijn geanalyseerd met het softwareprogramma NVivo. Binnen dit programma is gebruik gemaakt van coderen. Door Boeije (2012) wordt coderen beschouwd als het belangrijkste hulpmiddel bij het analyseren van kwalitatieve gegevens. Bij het coderen worden thema's of categorieën onderscheiden in de onderzoeksgegevens en worden deze met codes benoemd (Boeije, 2012, p. 84). Met deze thema's of categorieën wordt bedoeld een thema in het onderzoeksmateriaal wat wordt aangeduid met een code (Boeije, 2012, p. 85).

Strauss en Corbin (in Boeije, 2012, p.85) onderscheiden drie type codering, namelijk open codering, axiale codering en selectieve codering. Bij het analyseren van de gegevens van dit onderzoek is gebruik gemaakt van deze verschillende vormen. De eerste vier interviews, die zijn gehouden ter verkenning van de problematiek omtrent niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams, zijn geanalyseerd doormiddel van open codering. De gegevens zijn zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten zijn daarbij gelabeld aan codes en onderling met elkaar vergeleken (Boeije, 2012). Daarna is er selectief gecodeerd. Zo zijn de tekstfragmenten uit de andere interviews gekoppeld aan de codes die opgesteld zijn uit de open codering. Tijdens het selectief coderen zijn ook enkele nieuwe codes toegevoegd om de codelijst volledig te maken.

Na het transcriberen van de interviews is er begonnen met het analyseren van de data. Tussentijds zijn de getranscribeerde interviews echter wel globaal geanalyseerd om de topiclist per interview aan te kunnen verscherpen.

### **3.5. Kwaliteitscriteria**

Dit onderzoek wordt in deze paragraaf beoordeeld op de kwaliteit aan de hand van verschillende kwaliteitscriteria. In deze paragraaf wordt de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van dit onderzoek besproken.

#### **3.5.1. Betrouwbaarheid**

Een onderzoek is betrouwbaar indien de waarnemingen niet berusten op toevalligheden of niet systematische fouten (Boeije, 2012, p.145). Om de betrouwbaarheid te beoordelen wordt naar de precisie van de methode van dataverzameling gekeken. Herhaling van de waarnemingen zal in dit geval leiden tot een gelijke uitkomst (Boeije, 2012, p.145). Op verschillende manieren is in dit onderzoek getracht de betrouwbaarheid te vergroten. Als eerst zijn er tijdens de interviews geluidsopnames gemaakt. Dit om ervoor te zorgen dat er



geen informatie verloren gaat. De opnames zijn voorafgaand aan het analyseren getranscribeerd waarbij gebruik is gemaakt van field notes om de non-verbale communicatie niet te verliezen.

Daarnaast is er op verschillende manieren tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie om de betrouwbaarheid te vergroten. Op de eerste plaats is er gebruik gemaakt van methodetriangulatie door met verschillende methoden te werken bij het verzamelen van de data, namelijk literatuuronderzoek, interviews, observaties en fieldnotes. Ook tijdens het analyseren zijn er verschillende methodes gebruikt namelijk open codering en selectief coderen.

### **Interbeoordelaarbetrouwbaarheid**

In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van interbeoordelaarbetrouwbaarheid in de zin van meerdere onderzoekers. In onderzoek wordt hier vaak gebruik van gemaakt zodat onderzoekers elkaars data kunnen becommentariëren om de betrouwbaarheid te vergroten (Boeije, 2012, p.152). Dit onderzoek is door één onderzoeker uitgevoerd. Wel is er tijdens het onderzoek contact gehouden met een contactpersoon van de organisatie *In voor zorg!*. Ook is er contact gehouden met andere onderzoekers en de begeleider om te overleggen en verschillende inzichten te krijgen, om op deze manier de betrouwbaarheid te vergroten.

### **Terugkoppeling naar participanten**

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek verder te vergroten zijn de getranscribeerde interviews teruggekoppeld aan de participanten zodat zij na konden gaan of de informatie klopte. Informatieterugkoppeling naar de participanten van het onderzoek kan de betrouwbaarheid vergroten (Boeije, 2012, p.153).

#### **3.5.2. Validiteit**

De validiteit van een onderzoek is hoog als de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren (Boeije, 2012 p. 145). In dit onderzoek is er getracht de validiteit te waarborgen door de analysestappen, die hebben geleid tot verschillende interpretaties, te beschrijven. Ook hebben de dataverzameling en de data-analyse zich in dit interview afgewisseld. Hiermee zijn de waarnemingen gerepliceerd en zijn de tussentijdse interpretaties getoetst (Boeije, 2012, p.148). Daarnaast is de anonimiteit voorafgaand aan de interviews benadrukt om ervoor te zorgen dat de participanten zich veilig voelden om over gevoelige onderwerpen te praten. De anonimiteit is in dit onderzoek terug te zien in het feit dat er niet gewerkt is met namen zodat de participanten niet herleidbaar zijn. Ook de zorginstellingen die deelgenomen hebben zijn anoniem en niet herleidbaar. Hier is voor gekozen omdat er per zorginstelling een klein aantal respondenten gesproken is en anders de anonimiteit van deze respondenten niet gewaarborgd kon worden.

De groepsinterviews die gehouden zijn, kunnen de validiteit van dit onderzoek beïnvloeden. Dit heeft te maken met het feit dat de respondenten tijdens het groepsinterview zich mogelijk minder op hun gemak voelden om een afwijkende mening te geven door druk van de andere groepsleden. De groepsleden kunnen elkaar op deze wijze wederzijds beïnvloeden. In de interviews is geprobeerd een open sfeer te creëren, deelname was vrijwillig.

De interviews zijn niet allen op dezelfde dag/ hetzelfde tijdstip gehouden. De interviews zijn gehouden in de periode van april tot begin juni 2013.

#### **3.5.3. Generaliseerbaarheid**

Generaliseerbaarheid van het onderzoek heeft er mee te maken of de conclusies van het onderzoek ook gelden voor niet onderzochte situaties (Boeije, 2012, p. 155).

De twee soorten zorginstellingen bieden in dit onderzoek vijf casussen die een duidelijk beeld schetsen waarom er niet of onder welke voorwaarden er wel met niveau-2-medewerkers gewerkt kan worden. Elke casus is daarbij een uniek geval en tegelijkertijd ook

een voorbeeld van een algemeen verschijnsel. Omdat dit onderzoek een verkennend onderzoek is, worden er op dit moment enkel inzichten gegeven in de problematiek omtrent het thema. Dit vraagstuk doet zich niet voor in elke zorginstelling, enkel zorginstellingen die met zelfsturende teams gaan werken in de thuiszorg hebben hiermee te maken. Hierdoor beperkt de generaliseerbaarheid van dit onderzoek zich enkel tot de organisaties waar dit voor komt of tot organisaties die overwegen deze stap te zetten cq deze transitie door te maken.

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd.

## 4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten besproken die uit de analyses van de interviews naar voren zijn gekomen. Dit hoofdstuk is op dezelfde manier opgebouwd als het theoretisch kader in hoofdstuk 2. Zoals in het vorige hoofdstuk, 'methodische verantwoording', naar voren is gekomen zijn er vijf organisaties onderzocht. Daarbij is een tweedeling gemaakt tussen de organisaties die ervoor gekozen hebben de niveau-2-medewerkers af te laten vloeien en in de toekomst zonder niveau-2-medewerkers te werken (C1 en C2), en de organisaties die ervoor kiezen met niveau-2-medewerkers te blijven werken in de zelfsturende teams (C3, C4 en C5). Ook zijn er respondenten die naast deze organisaties geïnterviewd zijn (C0). Zij behoren niet tot deze tweedeling, maar zijn wel opgenomen in de resultaten.

In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op de organisaties die gekozen hebben de niveau-2-medewerkers af te laten vloeien en in de toekomst door te gaan zonder de niveau-2-medewerkers. In paragraaf 4.2 worden de organisaties besproken die *wel* met de niveau-2-medewerkers door blijven werken. Per paragraaf worden de verschillende voorwaarden, opgesteld in de verwachtingen van het theoretisch kader, besproken. Paragraaf 4.3 omvat tot slot een vergelijking tussen de resultaten van de organisaties die *wel* met niveau-2 blijven werken en de organisaties die *niet* met niveau-2 blijven werken.

### 4.1. Zelfsturende teams in toekomst zonder niveau-2-medewerkers

In deze paragraaf worden de organisaties, C1 en C2, besproken die ervoor kiezen niveau-2-medewerkers af te laten vloeien door natuurlijk verloop. Er worden in deze organisaties geen niveau-2-medewerkers meer aangenomen. Op dit moment werkt er *'for the time being'* nog wel een aantal niveau-2-medewerkers in de teams.

#### 4.1.1. Volledige functiesamenstelling

De eerste voorwaarden die uit het theoretisch kader is gekomen is de voorwaarde van een volledige functiesamenstelling binnen de zelfsturende teams. Hierdoor zijn er voldoende medewerkers die de taken binnen het zelfsturende team uit kunnen voeren en blijft de taakafhankelijkheid behouden. De taken in de zelfsturende teams zijn, zoals in hoofdstuk 2 naar voren is gekomen, op te delen in functionele zorgtaken, organisatorische taken en communicatie- en interactie vaardigheden/taken. Deze taken worden hier besproken met de vraag wat de invloed daarvan is op het werken met niveau-2-medewerkers in organisaties.

#### Functionele taken

De respondenten van dit onderzoek gaven aan dat de functionele taken van de niveau-2-medewerkers vooral anders zijn dan de functionele taken van de andere teamleden.

“Ja op de werkvloer is het wel anders. De taken die we uitvoeren zijn heel anders. Daar is wel echt een groot onderscheid in. Dat komt door de gradaties maar dat is dan ook opgelegd uit hogere hand. Opleiding en wat je mag doen. Ik mag bijvoorbeeld geen insuline spuiten en een verzorgende wel. Daar zit wel verschil in. Anders ga je foute dingen doen. Dat kan niet.” (Resp. 13, C2)

De medewerkers verschillen vooral in functionele taken door de beroepsopleiding die ze gevolgd hebben. Niveau-2-medewerkers zijn niet gekwalificeerd om bepaalde taken uit te voeren. Het feit dat de niveau-2-medewerkers niet alle zorgtaken uit kunnen voeren heeft vooral invloed op de planning en de zorgroutes die medewerkers kunnen lopen.

“Aan de ene kant over de uitvoering, want de thuiszorg werkt natuurlijk met routes dat je langs cliënten gaat, en niveau-2-medewerkers mag niet alle handelingen doen, die mag bijvoorbeeld geen medicijnen uitdelen of

andere complexere dingen doen dus dan moet je routes hebben waar je de niveau-2-medewerkers in kan zetten, waar je aparte routes voor niveau-2 hebt, en zeker in de avond is dat lastig” (Resp. 2, C1)

Het kan hierdoor voorkomen dat er te weinig werk is voor de niveau-2-medewerkers als de cliënten op dat moment een hogere zorgvraag hebben. Ook is het zo dat de niveau-2-medewerkers hierdoor vooral kleine ochtenddiensten draaien. Grote contracten zijn dan ook niet mogelijk voor dit niveau. Resp. 7 (C1): “Maar meestal werk ik 28 uur in 6 dagen.”

C1 en C2 kiezen er mede om deze reden voor geen nieuwe niveau-2-medewerkers aan te nemen. Resp. 2 (C1): “Het is dus een praktisch probleem in de uitvoering omdat je het toch met elkaar moet zien te regelen.” Resp. 18 (C5): “Niveau-2 is te beperkt in wat zij kunnen dat daar andere routes voor gemaakt moeten worden.” Omdat de niveau-2-medewerkers beperkt zijn in wat zij kunnen hebben zij soms zelf het idee dat zij alleen de stomme klusjes moeten doen. Cliënten waarbij de zorgvraag hoger is dan enkel basiszorg, die ook basiszorg nodig hebben, komen vaak bij de hogere niveaus terecht.

Naast het feit dat de niveau-2-medewerkers niet alle handelingen uit kunnen voeren waardoor het lastig is zorgroutes in te plannen worden de zorgroutes die gelopen worden door de niveau-2-medewerkers soms ook door andere medewerkers bezocht. Dit wordt gedaan om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

“Ik hoor ook wel dat inderdaad zo’n niveau-2 route als er dan een tijdje alleen maar niveau-2 komt dat ze wel af en toe een niveau-3 of -4 sturen om even te kijken hoe de situatie gaat dat je merkt van dat het dan toch niet goed gaat. Dat ze zeggen daar hadden we eigenlijk wel even eerder bij moeten zijn want dat wordt niet goed opgepakt.” (Resp. 2, C1)

Niveau-2-medewerkers zijn tijdens cliënten bezoek te veel met de eigen werkzaamheden bezig waardoor zij niet verder kijken naar wat er mogelijk nog meer aan de hand kan zijn bij de cliënten. Deze signalerende rol die zorgmedewerkers hebben komt in paragraaf 4.2.1.3. verder aan bod.

De organisaties C1 en C2 willen de zorgroutes samenvoegen om efficiënter te kunnen werken. De basiszorg, taken die normaal door de niveau-2-medewerkers gedaan worden, kunnen hierdoor door niveau-3 of hoger uitgevoerd worden. Zo hoeven er minder medewerkers bij de cliënten te komen. Resp. 18: “Taken werden samengevoegd waardoor er wel hoge niveaus moesten komen. Niveau-2-medewerkers hadden het niet kunnen doen.” Door de niveau-2-medewerkers zelf wordt aangegeven dat de zorgtaken toch gedaan moeten blijven worden. Niveau-2-medewerkers zijn goedkoper daarom kunnen zij beter voor deze zorgtaken behouden blijven. Het gebrek aan brede inzetbaarheid van de niveau-2-medewerkers is een reden voor de organisaties om ervoor kiezen zonder de niveau-2-medewerkers door te gaan in de toekomst. Dit heeft te maken met de taakafhankelijkheid van de medewerkers. Omdat de niveau-2-medewerkers niet alles kunnen doen zijn zij afhankelijk van de andere niveaus. Niet alleen de niveau-2-medewerkers zijn afhankelijk van de andere niveaus. Alle teamleden zijn afhankelijk van elkaar omdat zij gezamenlijk voor de totale zorgvraag in een wijk verantwoordelijk zijn.

### **Organisatorische taken**

De organisatorische taken worden in de zelfsturende teams verschillend verdeeld. Bij sommige teams komen de taken vooral bij de wijkverpleegkundige, en in enkele gevallen bij de zorgcoördinatoren, te liggen waar het in andere teams zo veel mogelijk gelijk verdeeld wordt over alle teamleden.

Bij de organisatorische taken is te zien dat sommige niveau-2-medewerkers geen behoefte hebben aan extra taken en dit ook minimaal oppakken. Niveau-2-medewerker (Resp. 7, C1): “Als het hen echt niet uit komt dan doe ik het wel, maar niet zomaar, nee.” Niveau-2-medewerkers nemen vaak de praktische taken op zich, zoals notuleren, bestellingen doen, feestpotje. soms doen zij ook de planning, maar zij zullen bijvoorbeeld minder snel

deelnemen aan een kwaliteitskring organisatiebreed. Bij de organisaties waar de niveau-2-medewerkers wel de organisatorische taken op zich nemen wordt opgemerkt dat sommige dit lastig vinden. Resp.2 (C1): “Het is maar een enkele die daar echt ambitie, uhm, die dat kan en het ook echt wil zeg maar.” Ook uit de observaties is gebleken dat de niveau-2-medewerkers minder organisatorische taken op pakten en tijdens het werkoverleg minder inbreng hadden over de organisatorische taken van de andere leden als deze besproken werden in de groep. Niveau-2-medewerker:

“Toen hebben we besproken dat de teamleidster weg is gevallen en hebben we besproken wat deed de teamleidster en hebben we verdeeld. Die kwamen eerst te liggen bij de Zoco’s [zorgcoördinatoren, TH] en die hebben nu weer taken doorgespeeld naar ons. Het is wel de bedoeling dat iedereen iets extra’s doet. Anders wordt het voor de Zoco’s wel heel erg veel.” (Resp. 15, C1)

Er zijn ook teams waar er weinig tot geen verschil gemerkt wordt tussen de verschillende niveaus op het gebied van organisatorische taken.

“Nee in principe zijn het taken voor alle niveaus. Het is de verantwoordelijkheid van het hele team. Iedereen zou alle taken moeten kunnen doen. De teamstaken die doen we echt met z’n allen. Er zit geen gradatie in van jij bent dit niveau dus je mag alleen dat doen”. (Resp. 13, C2)

De taken zijn verdeeld naar interesses en kwaliteiten die de verschillende medewerkers hebben. Resp. 12 (C2): “Er is wel gekeken naar waar liggen je interesses. Je vult elkaar aan door de verschillende interesses. Volgens mij is er niet naar de verschillende niveaus gekeken.”

### **Communicatie en werkoverleg**

Over verschillen in de communicatie vaardigheden van de medewerkers wordt verschillend gedacht. De meeste respondenten geven aan geen verschil te zien in het niveau van de medewerkers maar wel verschil te zien tussen verschillende personen. Resp. 12 (C2): “Nou je merkt wel verschil maar het is ook weer anders per persoon.”

Uit de observaties tijdens het werkoverleg is gebleken dat de niveau-2-medewerkers vaak voornamelijk luisteren en weinig inbreng hebben in het overleg. Dit komt ook terug in de interviews Resp. (7, C1): “Ja ik luister altijd. En als me iets niet zint dan komt het achteraf.” De keren dat de niveau-2-medewerkers wel inbreng hadden tijdens het werkoverleg was cliënt gerelateerd en niet organisatorisch gerelateerd. Het zijn niet alleen de niveau-2-medewerkers die minder inbreng hebben tijdens de vergaderingen. Ook de mate van inbreng is per persoon verschillend, dit wordt door de respondenten aangegeven.

“Nee maar het is ook wel per persoon verschillend denk ik. Het niveau van de helpende is wel erg verschillend. Het is niet dat het aan het niveau gemuteerd is. Het kan ook een IG’er zijn die minder inbreng heeft. Je merkt misschien wel verschil in denkniveau.” (Resp. 12, C2)

Als er gekeken wordt naar de communicatie naar de cliënten toe dan wordt er positief gedacht over de niveau-2-medewerkers.

“Niveau-2-medewerkers verzorgen en vertroetelen de cliënten meer waardoor zij een andere relatie hebben met de cliënten en een anders soort van contact. De niveau-3 en hoger hebben toch een wat zakelijker

contact daardoor vertellen cliënten problemen vaak eerder aan de niveau-2-medewerkers.” (Resp. 8, C1)

Ook de niveau-2-medewerkers geven aan het contact met de cliënten als belangrijk te zien en denken dat de andere niveaus op een andere manier contact hebben met de cliënten.

“Ik vind meer het contact met de cliënten het leukst. Je ziet wel bij de andere taken van de VIG'ers dat je voor kortere tijd bij de mensen bent en dat vind ik juist leuk om die band meer op te bouwen en wat langer bij mensen te zijn.” (Resp. 20, C2)

### **Statusverschillen**

Binnen de teams zijn er statusverschillen aanwezig. De niveau-2 wordt bij sommige teams minder snel serieus genomen als deze met ideeën komt.

“Ik merk ook wel dat op het moment dat als er niets is en er wordt aan het team gevraagd wat hebben jullie zelf voor ideeën en als een niveau-2-medewerker met een idee komt dan wordt dit minder snel geaccepteerd en overgenomen wordt dan als een niveau-4-medewerker dit zegt, terwijl er soms hele goede ideeën bij zitten.” (Resp. 2, C1)

Dit geldt echter niet voor alle teams. Een niveau-2-medewerker zei hierover:

“Dat hebben wij niet. Helemaal niet. In een ander team hoorde je dat nog wel van ja daar kan zij niet heen, werd er dan zo gezegd. Maar hier speelt het niet. Ze vertrouwen gewoon mij en ze weten dat ik mijn werk goed doe en als er iets is dan trek ik toch wel aan de bel. Dus nee. Ik voel mij eigenlijk niet minder dan een VIG'er.” (Resp. 15, C1)

#### **4.1.2. Personal-team fit**

De tweede voorwaarden die uit het theoretisch kader gekomen is heeft betrekking tot het aannamebeleid van de zelfsturende teams. Bij het aannamebeleid dient er niet enkel gekeken te worden naar een *personal-job* fit maar in hoge mate naar een *personal-team* fit. In de praktijk wordt hier op dit moment nog niet op gelet. In eerste instantie heeft dit te maken met het feit dat de teams samengesteld worden uit bestaande leden en er op deze manier minder mee gedaan kan worden. Bij de samenstelling van de teams is wel gekeken welke leden het best samen konden in een team, enkel waren er ook andere factoren waar rekening gehouden mee diende te worden als voorkeur voor regio vanuit de medewerkers en de vereiste diploma's. In deze tijden worden weinig nieuwe medewerkers aangenomen. In de toekomst is het wel noodzakelijk dit bij het aannamebeleid mee te nemen. Op deze manier kunnen niveau-2-medewerkers met een goede *personal-team* fit mogelijk toch aangenomen worden.

#### **4.1.3. Om- en bijscholing**

De derde voorwaarde voor het werken met niveau-2-medewerkers is om- en bijscholing.

Nu de organisaties over zijn gegaan naar zelfsturende teams willen zij het opleidingsniveau van de medewerkers verhogen. Er worden dan ook geen niveau-2-medewerkers meer aangenomen, of enkel met een opleidingstraject tot niveau-3-medewerker. Ook de huidige niveau-2-medewerkers die in dienst zijn, krijgen de mogelijkheid zich verder op te scholen. Een andere mogelijkheid is dat de niveau-2-medewerkers intramuraal ingezet gaan worden, waar nog wel met niveau-2-medewerkers gewerkt wordt. In sommige organisaties vinden er met deze medewerkers loopbaangesprekken plaats om de keuzes in goede banen te leiden. De niveau-2-medewerkers zelf zijn niet allemaal meteen enthousiast over het doorleren. Zij

geven aan geen behoefte te hebben aan verdere scholing. Het werk dat zij nu doen vinden zij leuk.

“Ik vind meer het contact met de cliënten het leukst. Je ziet wel bij de andere taken van de IG'ers dat je voor kortere tijd bij de mensen bent en ik vind het juist leuk om die band meer op te bouwen en wat langer bij mensen te zijn. Van mij hoeft het dus niet perse nee.” (Resp. 20, C2)

Andere medewerkers geven aan dat zij het een meerwaarden vinden dat de niveau-2-medewerkers verder opgeleid worden. Resp. 21 (C2): “Ik vind het wel voor de zorg beter dat er wel meer IG'ers aangenomen gaan worden. Vanwege dat die alles kunnen doen.” Zij verwachten echter niet dat de niveau-2-medewerkers er helemaal uit zullen gaan.

Naast de omscholing van de niveau-2-medewerkers naar niveau-3 hebben er ook andere scholingsmomenten plaats gevonden bij het oprichten van de zelfsturende teams. Deze scholing was vaak in de vorm van een workshop die voor het hele team gold. Onderwerpen die in deze workshops naar voren zijn gekomen, zijn onder andere beter samenwerken en feedback geven. In het begin kreeg iedereen huiswerk op over de manier van werken in zelfsturende teams.

Daarnaast is er ook veel stil gestaan bij de nieuwe protocollen, het zorgdossier en eenduidig werken. Resp. 21(C2): “Ja echt eenduidig werken. In het werkoverleg zijn daar echt samen afspraken over gemaakt. Het is op papier gezet dus we kunnen er ook op terug komen wat we afgesproken hebben.”

De organisaties hebben ervoor gekozen de medewerkers tijdens het traject naar zelfsturing te laten begeleiden door een adviesbureau. De begeleiding van dit proces wordt voornamelijk door de niveau-2-medewerkers als erg belangrijk ervaren. Resp. 13 (C2): “Het is belangrijk dat een begeleider je daarin stuurt en zegt oké hoe willen jullie dat gaan aanpakken.”

#### **4.1.4. Kwaliteit waarborgen**

De vierde voorwaarde die uit het theoretisch kader is gekomen is dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de medewerkers van de zelfsturende teams als er in de teams met niveau-2-medewerker gewerkt wordt. De veranderingen in de zorg, de signalerende functie en het verhogen van de zelfredzaamheid van de cliënten leiden er toe dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de hogere niveaus. Deze veranderingen zullen hier besproken worden.

#### **Signalerende functie**

Door de respondenten werd tijdens de interviews vooral aangegeven dat het signaleren van problemen en ziektebeelden, om ook preventief zorg te bieden, een grote rol speelt bij de keuze van het wel of niet werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams.

De niveau-2-medewerkers zelf geven aan dat zij aan de dagverantwoordelijke, wijkverpleegkundige of de huisarts aangeven als zij vermoeden dat er iets niet goed gaat bij een cliënt. Daarbij geven zij aan dat je het als persoon wel in je moet hebben om verder te kijken dan alleen je eigen werkzaamheden. Resp. 15 (C1): “Maar het signaleren dat stapje vooruit denken dat moet je gewoon wel in je hebben.” Daarnaast geven zij ook aan dat het goed is dat er af en toe een medewerkers van een ander niveau komt kijken bij de cliënt om ervoor te zorgen dat er ook op een ander niveau gekeken wordt naar mogelijke ziektebeelden. Resp. 20 (C2): “Een andere kijk hebben zij vaak dus dan signaleren ze weer andere dingen.”

Wijkverpleegkundige, projectmanagers en coaches geven echter aan dat de niveau-2-medewerkers vaak dingen niet zien. Daarom vinden zij het belangrijk dat er ook hogere niveaus op de niveau-2-routes komen om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen. Er zijn zeker ook goede niveau-2-medewerkers die wel goed kunnen signaleren en mogelijke ziektebeelden oppakken. Resp. 2 (C1): “Je hebt ook niveau-2-medewerkers die zeggen van

ik was net daar en misschien moet jij daar maar eens een keer gaan kijken want ik heb het idee dat het daar niet goed gaat.”

Daarnaast wordt aangegeven dat de medewerkers het sowieso goed vinden als er soms iemand van een hoger niveau komt kijken om te voorkomen dat er een blinde vlek optreedt bij de mensen die vaak bij de cliënten komen waardoor ze dingen over het hoofd kunnen zien.

“Het kan wel zo zijn dat omdat je nu vaker bij dezelfde cliënten komt dat je dan dingen sneller signaleert. Terwijl het kan ook zo zijn dat als je er niet vaak ziet dat je het dan beter kan zien. Anders ga je dingen over het hoofd zien. Het hoort ook gewoon bij je takenpakket, bij je vak.” (Resp. 12, C2)

### **Zelfredzaamheid**

Het vergroten van de zelfredzaamheid zorgt voor een omslag in de zorg, de manier van het verzorgen van de cliënten verzorgd verandert. Dit wordt ook door de niveau-2-medewerker erkend.

“Ja ook bij ons. Wij zijn gewent te zorgen. Nu moeten wij voor de mensen waarvoor we altijd gezorgd hebben zorgen dat ze weer zelf dingen gaan doen. Dat is ook nieuw voor ons. Het is een hele spannende taak voor ons.” (Resp. 13, C2)

Daarnaast wordt er door een wijkverpleegkundige opgemerkt dat medewerkers van de verschillende niveaus moeten wennen aan deze manier van aanpak. Er is daarbij weinig verschil te zien tussen de medewerkers van de verschillende niveaus. Aangegeven wordt dat het afhangt van de persoon op welke manier omgegaan wordt met de zelfredzaamheid van de cliënten.

#### **4.1.5. Voldoende vraag naar basiszorg**

Tijdens het analyseren van de resultaten is er een nieuwe voorwaarde bijgekomen om wel of niet met niveau-2-medewerkers te blijven werken en onder welke voorwaarden. Deze voorwaarde is dat de zorgvraag aan dient te sluiten bij wat de niveau-2-medewerkers voor zorg kunnen bieden. Ook de bezuinigingen en op welke manier de organisatie daar tegenaan kijkt, hebben invloed op de zorgvraag. De bezuinigingen worden in deze paragraaf apart besproken. Daarnaast wordt de verandering in de zorgvraag ook beïnvloed door de demografische veranderingen. De zorgvraag wordt complexer.

“Ze gaan er vanuit dat de cliënten wel echt complexer zijn en als er dan complexe mensen zijn die verder ook verzorgd moeten worden dan wordt dat ook door de verzorgende IG gedaan. Om er toch voor te zorgen dat de cliënten niet veel verschillende mensen zien.” (Resp. 12, C2)

Een niveau-2-medewerker die enkel de basiszorg taken uit kan voeren is dan minder nodig. Een niveau-2+-medewerker zou wel al een oplossing bieden, omdat deze ook bevoegd is lichte medicatie uit te delen en toe te dienen. De niveau-2+-medewerkers zijn daardoor breder inzetbaar. Toch blijven de organisaties aangegeven, door de veranderingen, zonder niveau-2-medewerkers en niveau-2+-medewerkers te willen gaan werken. De basiszorg die blijft bestaan wordt door de hogere niveaus opgevangen.

De niveau-2-medewerkers voelen zich anders. Ze zijn met minder. Er wordt soms ook wel denigrerend gedaan. De medewerkers voelen zich minder serieus genomen. Ze voelen zich af en toe gebruikt. Niveau-2-medewerkers zijn onzeker over het voortbestaan van de eigen baan. Ze hebben nu te horen gekregen dat er geen nieuwe niveau-2-medewerkers meer worden aangenomen, alleen weten zij niet meteen wat dat voor hun eigen baan te



betekenen heeft. Resp. 2 (C1): “Die emotionele kant en het nuttig willen voelen zo van ben ik dan wel nuttig of ben ik niet belangrijk in het team”

### **Invloed van de bezuinigingen op de vraag naar basiszorg**

Binnen de organisaties die ervoor kiezen zonder niveau-2-medewerkers door te gaan zijn er verschillende meningen over wat de invloed van de bezuinigingen op de zorgvraag en op het wel of niet behouden van de niveau-2-medewerkers is. De medewerkers van niveau-3 en -4 geven aan dat zij niet het nut zien van het feit dat de niveau-2-medewerkers moeten verdwijnen. Zij geven aan met goede niveau-2+ medewerkers goedkoper uit te zijn dan met niveau-3 VIG'ers en hoger en dat de basiszorg blijft bestaan.

“Ik was ook wel erg verbaasd. Ik zag er ook eigenlijk niet het nut van in want als de niveau-2'er wel echt de helpende +'ers eruit gooit dan kost het ook wel echt alleen maar meer want waarom zou je een VIG op een route zetten als ik hem ook gewoon kan lopen.” (Resp. 15, C1)

Ook wordt er gezegd dat de niveau-2 als vangnet gebruikt gaan worden voor de cliënten die minder te besteden hebben. Resp. 18 (C5): “Niveau-2 is wel een vangnet. Door de verschuivingen in de WMO is er minder geld en zullen ze ingezet worden bij mensen die het minder kunnen betalen.”

Op strategisch niveau wordt juist aangegeven dat het werken zonder niveau-2-medewerkers volgens sommige organisaties ook juist een kostenbesparing op zou kunnen leveren. Resp. 4 (C4): “We laten niveau-2 eraf vallen. We laten alle zorg doen door de niveau-3 t/m -5. En we laten een managementlaag vervallen. Daar besparen we geld mee. Dat compenseert de iets duurdere niveau-3.”

Door de bezuinigingen in de WMO wordt ook aangegeven dat de taken van de niveau-2-medewerkers voor een deel verdwijnen en terecht zullen komen bij de familie en mantelzorg. Dit zorgt voor een lagere vraag naar basiszorg waardoor de niveau-2-medewerkers minder nodig zijn. Resp. 13 (C2): “De simpele dingen laten we maar zeggen het kousen aantrekken willen ze toch naar de buurtzorg, mantelzorg en familie laten gaan. Om er maar voor te zorgen dat er zo min mogelijk bij ons binnen komt.”

#### **4.1.6. Rol (coördinerend-) wijkverpleegkundige, coach en manager**

In de onderzochte zelfsturende teams is er een verschil te zien tussen de rol van de wijkverpleegkundige, coach en manager. Sommige teams hebben nog een manager die voornamelijk arbeidstechnische taken vervult en als coach optreedt. Andere teams hebben enkel een coach aan wie zij over vraagstukken vanuit het team advies kunnen vragen en niet over arbeidstechnische vraagstukken. De benaming van coach/manager kan ook verschillen tussen de organisaties, terwijl de taken voor een deel overlappend kunnen zijn. Om specifiek te kijken hoe de rollen van de wijkverpleegkundige, coach en manager ingevuld worden bij de verschillende organisaties is hier, binnen de organisaties die in de toekomst zonder niveau-2-medewerkers gaan werken, bekeken wat de verschillen zijn tussen de organisaties.. Hieronder zullen C1 en C2 nader besproken worden.

#### **C1**

De wijkverpleegkundige is niet coördinerend maar wel inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorg binnen de zelfsturende teams. Door de niveau-2-medewerkers wordt de wijkverpleegkundige gezien als aanspreekpunt nu er geen manager meer is binnen de teams. Resp. 7 (C1): “Zij is echt het aanspreekpunt.” De coach wordt vooral door de wijkverpleegkundige benaderd. De niveau-2-medewerkers hebben geen contact met de coach. De niveau-2-medewerkers geven ook aan dat als er iets is, dat het binnen het team opgelost wordt.

## C2

De zelfsturende teams in C2 hebben formeel een manager. Deze heeft vooral een overstijgende rol en er wordt enkel contact mee gezocht als iets niet in het team opgelost kan worden. De manager is daarnaast ook bezig met de doelen van de organisatie en contacten met de gemeenten.

De rol van de manager is wel duidelijk veranderd na de invoering van de zelfsturende teams, van eerst meer leiding geven naar nu meer coaching. Door een wijkverpleegkundige wordt dit als volgt beschreven. Resp. 12 (C2): "Zij moest er ook aan wennen dat gewoon terug te koppelen aan het team zelf. Zo van heb je het al besproken in het team. Nee nog niet doe dat dan eerst maar."

Net als de coach in C1 wordt de manager vooral door de wijkverpleegkundige gesproken en benaderd.

### 4.2. Zelfsturende teams met niveau-2-medewerkers

In deze paragraaf worden de organisaties, C3, C4 en C5, besproken die ervoor gekozen hebben de niveau-2-medewerkers wel te behouden binnen de zelfsturende teams. De verdeling van de niveaus binnen de teams verschilt per team. De meeste teams bestaan voor een groot deel uit niveau-3-medewerkers en hoger. Een enkel team bestaat uit meer niveau-2-medewerkers. Dit is terug te zien in schema N. Organisaties hebben aangegeven dat de verdeling kan veranderen maar dat zij niet af willen van de niveau-2-medewerkers.

"Het is nu zo dat we het meeste niveau-2-collega's hebt en minder niveau-3, -4 en -5. Als een piramide. Je kan verwachten dat als de WMO iets kleiner wordt dat je dan iets minder collega's krijgt van niveau-2 en iets meer in gelijke aantallen komt te zitten." (Resp. 16, C3)

#### 4.2.1. Volledige functiesamenstelling

De eerste voorwaarde die uit het theoretisch kader is gekomen is een volledige functiesamenstelling, zodat er voldoende medewerkers zijn die de taken binnen het zelfsturende team uit kunnen voeren, en dat men taakafhankelijk van elkaar blijft. De taken in de zelfsturende teams zijn, zoals in hoofdstuk 2 naar voren is gekomen, op te delen in functionele zorgtaken, organisatorische taken en communicatie en interactie vaardigheden/taken. Deze taken worden hier besproken met de vraag wat de invloed daarvan is op het werken met niveau-2-medewerkers in organisaties.

#### Functionele taken

De respondenten van de zelfsturende teams die wel met de niveau-2-medewerkers werken geven aan dat de uitvoerende taken voornamelijk verschillen. Resp. 19 (C3): "Het verschil tussen de niveaus is dat ik bijvoorbeeld alleen de verzorgende taken uitvoer." Zij geven aan dat dit verder geen invloed heeft op het werken binnen de zelfsturende teams. Resp. 4 (C4): "Wat je vaak ziet is dat er drie ochtendroutes zijn die, uhm, waarbij ze een basiszorgroute hebben en wat meer gemengde of complexere routes. De basiszorg route gaat dan naar de niveau-2-medewerker." Zij geven aan dat er nog voldoende zorg is voor de niveau-2-medewerkers om te leveren. Er zijn ook nog cliënten die enkel door de niveau-2-medewerkers bezocht worden. Resp. 4 (C4): "De cliënten die echt alleen maar basiszorg hebben die bestaan ook nog steeds. Die worden wel alleen door de niveau-2-medewerkers bezocht en daarbij hebben de niveau-2-medewerkers ook het EVV-schap." Andere organisaties geven aan dat niet enkel de niveau-2-medewerkers naar cliënten laten gaan. Dit doen zij om de kwaliteit van de zorg te bewaken.

"Als je alleen maar niveau-2'ers hier zou rond hebben lopen dan zou je je af moeten vragen of de kwaliteit van de zorg nog zo hoog is. Of je zou moeten zeggen dat alle gesprekken die gevoerd moeten worden die lopen via de wijkverpleegkundige. Maar nee dat is niet mogelijk. Het lijkt me ook niet leuk voor de collega's die hier nu werken." (Resp. 5, C5)

De niveau-2-medewerkers hebben altijd dienst met iemand van een hoger niveau die de verantwoordelijkheid draagt voor het dagdeel. Zo kunnen zij altijd met vragen op iemand terug vallen. De cliënten die ook een complexere hulp vraag hebben, worden zo veel mogelijk gemengd met andere zorg. Als er taken zijn die door de niveau-2-medewerkers uitgevoerd kunnen worden dan wordt dit wel gedaan. Al wordt er wel opgelet dat er niet te veel verschillende gezichten bij de cliënten thuis komen.

“Wat ze willen dat als iemand die gemengde zorg heeft dat hij die 6 gezichten waarvan er elke dag mensen komen dat van die gezichten er misschien 2 van niveau-2 zijn en de andere niveau-3, -4 of -5. Zo verdelen zij dit dan. Ze proberen dat dan op die manier te doen.” (Resp. 4, C4)

De brede inzetbaarheid van de medewerkers speelt wel een rol in de teams maar leidt er niet toe dat er met minder niveau-2-medewerkers gewerkt wordt.

De organisaties valt op dat de niveau-2-medewerkers voornamelijk kijken naar hun eigen productie, de eigen resultaten die zij behalen. Aan de ene kant is dit niet erg want het is ook goed dat zij kijken naar hun eigen productie. Aan de andere kant is een bredere blik wel nodig in het team. Door een projectleider wordt aangegeven dat deze brede blik niet opgepakt wordt door de niveau-2-medewerkers:

“Niveau-2 is ook letterlijk wat nauwer, wat smaller opgeleid dus die is ook daarom meer in staat om in de diepte bij een klant te kijken en ik denk dat je dat wel terug ziet en dat is niet erg want dat hoort ook wel wat je bij iemand vraagt.” (Resp. 16, C3)

### **Organisatorische taken**

De organisatorische taken worden in de teams met niveau-2-medewerkers door alle leden voor een deel opgepakt. Resp. 11 (C4) “Niveau-2 en -3 moeten dan ook alle rollen op zich pakken. Er is geen onderscheid.” Daarbij wordt bij sommige teams wel een verschil gezien hoe makkelijk de leden dingen oppakken. Resp. 11 (C4) “Het is wel dat niveau-2 soms wat moeite heeft met de planning omdat ze die zekerheid niet hebben het goed in te vullen. De impact is ook echt hoog.” De taken zijn door goed overleg verdeelt. Er is daarbij voornamelijk gekeken naar de interesses en kwaliteiten van de medewerkers. Resp. 17 (C3) “We hebben het in de groep gegooid wat iedereen leuk vond en wat iedereen kan. Aan de hand daarvan hebben we besloten en zo is iedereen dan met zijn taak begonnen.” Bij andere teams worden de taken in eerste instantie gedaan door de wijkverpleegkundige en nog enkele andere leden van het team. Stapje voor stapje proberen ze de taken steeds meer bij het gehele team te leggen waardoor de niveau-2-medewerkers ook een deel van de organisatorische taken op zich zullen nemen. Resp. 5 (C5) “Daarnaast vragen we echt aan medewerkers te kijken wat voor een taken zij zelf naast de functionele taken op willen pakken.” Door de intensieve scholing die de teams krijgen tijdens het traject van zelfsturing zijn de niveau-2-medewerkers ook aangesproken op hun bijdrage aan het geheel. Mede hierdoor zijn de niveau-2-medewerkers ook steeds meer organisatorische taken op zich gaan nemen.

De organisaties ervaren voornamelijk grote verschillen tussen de medewerkers en de mate waarin zij zelfsturend kunnen werken. Zij geven aan dat dit niet perse met het opleidingsniveau te maken heeft. Resp. 5 (C5) “Je ziet dat sommige collega’s dat heel makkelijk op pakken. Anderen hebben daar wat meer moeite mee. Dat heeft ook wel te maken met intelligentie. Het is niet lelijk bedoelt. Een stukje inzicht en een stukje opleidingsniveau.” De niveau-2-medewerkers hebben daarbij volgens wijkverpleegkundige vooral iets meer aandacht en uitleg nodig.

“Ze hebben gewoon iets meer uitleg nodig. Dat zie ik dan ook in mijn taak. Ik heb hier ruimte voor nodig om dingen uit te leggen en dan misschien niet

een keer of twee keer maar misschien wel 5 keer. En die ruimte moet ik mijzelf ook gunnen en geven want ik zie dan wel dat er een goed resultaat uitkomt.” (Resp. 17, C3)

Als de niveau-2-medewerkers de goede ondersteuning en uitleg krijgen bij het uitvoeren van de organisatorische taken dan valt op dat zij daar direct mee aan de slag gaan. Resp. 11 (C4): “Zag je dat ze erg pragmatisch ingesteld waren en dat als je ze duidelijke dingen meegaf dat ze daar dan ook mee aan de slag gingen.”

Er is ook een groep van de niveau-2-medewerkers die zelf geen behoefte heeft aan het werken in een zelfsturend team. Resp. 11 (C4) “Ze vonden het in het begin allemaal wel eng. Ze dachten in het begin als ik de administratie had willen gaan doen dan was ik wel boekhouder geworden. Mensen waren echt beledigd dat ze anders moesten gaan werken.”

De functionele werkzaamheden vinden de niveau-2-medewerkers leuk om uit te voeren, andere werkzaamheden buiten de zorg van de cliënten vinden zij minder aantrekkelijk om op zich te nemen. Resp. 14 “Medewerkers vonden het werk eerst prima en hebben niet meteen behoefte aan zelfsturing.” Daarbij speelt ook mee dat de medewerkers met het werken in de zelfsturende teams een nieuwe verantwoordelijkheid erbij krijgen die zij niet allemaal zien zitten. Resp. 4 (C4) “En met name niveau-2 zegt dat zij die verantwoordelijkheid helemaal niet willen. Ze zeggen zet mij gewoon op een route. Ik wil voor die mensen zorgen, ik doe mijn werk en klaar.” Zij willen daarbij wel iets meer invloed op de eigen werkzaamheden en het eigen rooster maar hebben niet de behoefte dit zelf uit te moeten gaan voeren. Ze trekken de taken ook niet naar zich toe. Niet alle zorginstellingen zien het echt gebeuren dat de niveau-2-medewerkers echt zelfsturend gaan werken. Resp. 4 (C4) “Als je het mij als mens vraag dat zie ik het gewoon niet gebeuren. Ook niet daar waar het informeel wel mogelijk is.”

Verschillende respondenten hebben aangegeven dat vertrouwen in de medewerkers belangrijk is bij het uitvoeren van de organisatorische taken. Resp. 3 (C3) “Als de medewerker het vertrouwen krijgen om te kunnen doen wat ze moeten doen dan zijn ze sneller geneigd dit uit te gaan voeren.” Daarbij geven ze aan dat zij verwachten dat alle verschillende niveau medewerkers, ook de huishoudelijke hulp, in staat is om zelfsturend te werken. Resp.9 “Ze doen het huis ook. Ze kunnen zelf thuis ook het huishouden runnen. Dan kunnen ze het ook bij de klant.”

### **Communicatie en werkoverleg**

De communicatie met niveau-2-medewerkers wordt door sommige respondenten als goed en door sommige respondenten als minder goed ervaren. Zij geven echter aan dat dit niets te maken hoeft te hebben met de niveaus maar ook te maken kan hebben met de persoonlijkheid. Resp. 17 (C3) “Ja met de ene gaat het misschien iets makkelijker dan met de ander en dat ligt ook weer aan de omstandigheden. Bijvoorbeeld als iemand het druk gehad heeft of een terminale klant heeft. Het wisselend een beetje.” Andere geven aan dat er juist wel verschillen zitten tussen de niveaus wat de communicatie en een constructief werkoverleg in de weg kan staan.

“Ja ik heb situaties gezien waarin het werkoverleg gewoon niet goed kan functioneren omdat het werk en denk niveau van niveau-5 zo snel gaat, die worden ongeduldig. Niveau-2 snapt het dan niet en die wil eindeloos discussiëren. Daar kan je als coach of begeleider wel iets aan doen.”  
(Resp. 4, C4)

Er wordt daarbij aangegeven dat de niveau-2-medewerkers meer doeners zijn en op een andere manier met elkaar overleggen. Resp. 11 (C4) “Niveau-2-medewerkers zijn echte doeners waardoor ze sneller efficiënter werkoverleg plegen. Juist de werkoverleggen van enkel verpleegkundige duren het langs omdat ze maar door blijven praten en overleggen.”

Ook in het werkoverleg en in de communicatie hebben de medewerkers vertrouwen nodig van de organisatie en van het team om verder te komen in hun ontwikkeling. Resp. 3 (C3)“Ik denk daarbij ook dat zij veel meer kunnen dan dat door andere soms verwacht wordt.”

Andere competenties die als extra nodig gevonden worden bij het werken in zelfsturende teams is een stukje flexibilisering. Resp. 9 “Ook een stukje flexibilisering. Er is ook een groep die het niet kan. Of niet wil of niet overziet. Er is een categorie die het uiteindelijk niet kan of niet red.”

### **Statusverschillen**

Statusverschillen zijn wel aanwezig binnen de teams. Dit heeft voornamelijk te maken met de kennis die sommige collega's meer hebben dan de andere.

“Nou der is wel erkenning van elkaars kennis en verschil in opleiding. Er wordt ook wel een beetje opgekeken naar de wijkverpleegkundige. In de teams en met de scholingen die we geven richten wij ons vooral op de gemeenschappelijkheid. Status verschillen, ja er zijn wel verschillen dat is wel duidelijk.” (Resp. 3, C3)

De statusverschillen staat in de teams de samenwerking niet in de weg. Dit heeft ook te maken met het feit dat de teamtaken een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Waardoor het toch als team gezamenlijk opgepakt wordt. Resp. 3 (C3)“Maar omdat de medewerkers allen hun eigen cliënten hebben en samen werken in het teams is het eigenlijk zo dat het status verschil wat er dan misschien is de samenwerking in het team niet echt in de weg zit.”

#### **4.2.2. Personal-team fit**

De organisaties die over zijn gegaan naar zelfsturende teams en de nieuwe 2 medewerkers daarbij wilde behouden geven aan geen selectie gemaakt te kunnen hebben voor de teamleden. De medewerkers hadden ze al alleen moesten deze in een nieuwe organisatievorm gegoten worden. Resp. 9 (C0): “Ja inderdaad daarom hebben wij ook niet in de selectie kunnen kijken of de persoon het aankon of niet. Dat moet nu een beetje uitgefilterd worden. Ja je moet ook gewoon starten en leveren.”

#### **4.2.3. Om- en bijscholing**

Voor de niveau-2-medewerkers is het bij sommige organisaties mogelijk om verder opgeleid te worden. Dit is echter een vrijwillige keuze en wordt alleen gedaan als de niveau-2-medewerker daar zelf behoefte aan heeft en in staat is de opleiding met goede resultaten af te ronden. Niet alle niveau-2-medewerkers zijn in staat verder te leren. Daarnaast willen ook niet alle niveau-2-medewerkers verder opgeleid worden.

De organisaties geven aan het lage opleidingsniveau van de niveau-2-medewerkers niet te zien als een belemmering in de mate waarin het team zelfsturend kan werken. Resp. 3 (C3) “Waarom zouden de lagere niveaus het niet kunnen. Iedereen zou het moeten kunnen, als ze maar ondersteuning krijgen en geïnformeerd worden.”

Goede scholing en begeleiding tijdens het traject om zelfsturend te worden, is essentieel voor een positief eindresultaat. Resp. 3 (C3): “Het is wel echt de insteek geweest van de organisatie om de niveau-2-medewerkers te behouden. Juist binnen de zelfsturende teams en door intensieve scholing denk ik ook dat het mogelijk moet zijn.” Door de scholing zijn de medewerkers ook zo veel mogelijk betrokken bij het proces.

“Ik denk dat als je er maar genoeg in investeert, zowel aan de samenwerking kant als in de organisatie kant, dat je ze helpt. En dat er een aantal van de medewerkers het nu ook echt al heel leuk gaan vinden. Met alle respect, de niveau-2-medewerkers zijn meestal mensen die ook een forse huur moeten betalen en 2 kinderen hebben. Waarom zouden ze dan geen huishoudboekje kunnen runnen.” (Resp. 4, C4)

Onderwerpen van trainingen hadden voornamelijk te maken met communicatie. Feedback leren geven en ontvangen, samenwerken en planning. De trainingen zijn vooral erg gericht op de dagelijkse omgang en werkzaamheden, on-the-job trainingen. Opleidingen op dit gebied zijn vaak nieuw in de zorginstellingen. Vaak waren de opleidingen die aangeboden werden aan het personeel enkel vakinhoudelijk. De opleidings-/ HR afdeling van de zorginstellingen moet veranderen om goed in te kunnen spelen op wat het werken in zelfsturende teams vraagt van de medewerkers. De opleidingen die gegeven worden, moeten daarbij beter gekoppeld worden aan het samenwerken in de zelfsturende teams.

#### **4.2.4. Kwaliteit waarborgen**

De vierde voorwaarde die uit het theoretisch kader is gekomen is dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de hogere niveaus als er in de teams met niveau-2-medewerker gewerkt wordt. De veranderingen in de zorg die er voor leiden de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de hogere niveaus zijn de signalerende functie en het verhogen van de zelfredzaamheid van de cliënten. Deze veranderingen zullen hier besproken worden.

#### **Signalerende functie**

Organisaties die wel met lagere niveaus werken geven aan dat de medewerkers vanaf niveau-1, de huishoudelijke hulp, ook al de signalerende functie op zich dient te nemen. Voor de lagere niveau medewerkers hebben zij verschillende hulpmiddelen ontwikkeld, bijvoorbeeld een waaier of vragenlijst, welke de medewerkers kunnen gebruiken bij de cliënten om mogelijke problematiek te signaleren. De medewerkers hebben hier ook trainingen voor gehad, zodat zij moeten weten waar zij op moeten letten als zij bij cliënten thuis komen.

“De niveau-2-medewerkers moeten er beter op gaan letten wanneer zij een verpleegkundige in moeten zetten. Ze moeten alert worden op ziektebeelden zodat het lagere niveau de zorg kan leveren maar dat er wel gebruik gemaakt wordt van de kennis en kwaliteit van de verpleegkundige.”  
(Resp. 11, C4)

Daarbij wordt wel aangegeven dat de niveau-2-medewerker dit wel moeten leren. Resp. 11 (C4) “Het is ook wel een vaardigheid om zo’n inzicht te hebben. Je moet wel dat vermogen hebben.” Niet iedereen beschikt zelf over deze vaardigheid. Resp. 14 “De signalerende functie van medewerkers is ook niet bij alle medewerkers even ontwikkeld.” Scholing in wat de medewerkers als aandachtspunten mee kunnen nemen bij cliënten thuis, zou een uitkomst kunnen bieden.

“Maar dat betekent dat je als niveau-2-medewerker een soort van routine moet kweken dat als je even koffie gaat halen dat je ook even de koelkast open trekt. Je treedt in een soort van privacy waar ze niet gewent zijn in de treden. Ik denk dat daar nog wel veel opleiding in mogelijk is.” (Resp. 4, C4)

De wijkverpleegkundigen geven aan dat er verschillen zitten tussen de personen in welke mate de medewerkers in staat zijn de signalerende functie op te pakken. Resp. 17 (C3) “Bij de ene wil het wel heel goed gaan en bij de ander wat minder.”, Dit geldt niet alleen voor de lagere niveaus, 1 en 2, maar ook voor niveau-3. Resp. 17 (C3) “Ik denk niet dat je het tussen de niveaus kan zoeken. Je hebt wel collega’s die een beetje onzeker zijn, waarvan ik weet dat ze het kunnen, maar die toch een beetje bevestiging nodig hebben.” Sommige organisaties geven aan dat zij de niveau-2-medewerkers de signalerende functie niet op zich zien nemen. Om die reden laten zij ook hogere niveaus op niveau-2-routes lopen om de kwaliteit te waarborgen.

“Dat heb je wel nodig ten opzichte van een niveau-2’er. De niveau-2’er kan het wel, maar die mist wel het stukje theoretische onderbouwing. Met waar moet ik opletten en wat is verstandig te doen in deze situatie, als ik geen ruggensteun heb van een verpleegkundige. Ja, voor de signalerende rol en voor het contact met de familie en met de bewoner heb je de niveau-3’er echt wel nodig om afspraken te maken.” (Resp. 5, C5)

Anderen geven aan dat de medewerkers van niveau-2 de signalerende functie wel op zich kunnen nemen, maar wel tot een bepaald niveau. Resp. 3 (C3) “Ik denk dat zij dit wel kunnen op hun niveau.” De niveau-2-medewerkers zelf zeggen wel bezig te zijn met de signalerende functie die zij hebben. Zij voelen zich erg verantwoordelijk voor de cliënten en overleggen met de hogere niveaus, als zij hier aanleiding voor zien. Resp. 6 (C5) “Ja, je bent dan wel geen niveau-3 of -4’er maar je voelt je wel verantwoordelijk.”

### **Zelfredzaamheid**

De zelfredzaamheid van de cliënten staat centraal bij de verschillende zorginstellingen. Daarbij wordt aangegeven dat de cliënten vanuit de overheid gestimuleerd worden om zelfredzaam te worden. Dit dienen de medewerkers te stimuleren. Om ervoor te zorgen dat de medewerkers in staat zijn dit aan te pakken, hebben ze zelf ook een bepaalde mate van zelfsturing nodig.

“Als je de klant meer verantwoordelijkheid geeft over het eigen leven, dan moet je dat eigenlijk ook bij je medewerkers doen. Daar is het eigenlijk geboren. Met dezelfde ogen naar je medewerkers kijken, als dat je naar je klanten doet.” (Resp. 9, C0)

Ook de niveau-2-medewerkers geven aan met de zelfredzaamheid van hun cliënten bezig te zijn. Resp. 6 (C5): “Het is natuurlijk ook belangrijk dat ik niet dingen uithanden neem. Daar let ik wel erg op. Wat mensen zelf kunnen, moet je niet uit handen pakken.” Daarnaast wordt er aangegeven dat er weinig verschil te zien is tussen de medewerkers van niveau-2 en de andere medewerkers op welke manier zij de zelfredzaamheid van de cliënten proberen te vergroten.

#### **4.2.5. Voldoende vraag naar basiszorg**

Tijdens het analyseren van de resultaten om wel of niet met niveau-2-medewerkers te blijven werken en onder welke voorwaarden, is er een nieuwe voorwaarde bijgekomen. Deze voorwaarde is dat de zorgvraag aan dient te sluiten bij wat de niveau-2-medewerkers voor zorg kunnen bieden. Ook de bezuinigingen, en hoe de organisaties daar tegen aan kijken, hebben invloed op de zorgvraag en zullen dan ook in deze paragraaf behandeld worden.

Verskillende respondenten hebben aangegeven dat de keuze om met niveau-2-medewerkers te werken ook kan liggen aan de zorgvraag die de organisatie krijgt. De zorgvraag kan afhangen van de geografische ligging van de organisatie. Mantelzorg en informele zorg worden door de overheid steeds meer aangesproken om de zorg op zich te nemen. Sommige zorginstellingen geven echter aan dat het niet altijd mogelijk is om op mantelzorg of informele zorg terug te vallen. Dit heeft te maken met het feit dat mensen in steden over het algemeen een kleiner sociaal systeem hebben. Resp. 16 (C3) “Zeker in stedelijk gebied hebben mensen wel een kleiner sociaal systeem. Kinderen wonen vaak op afstand. Ik vind het heel leuk, maar dat lukt op het platteland denk ik iets beter dan hier in de stad.”

Doordat er in steden minder gebruik gemaakt (kan) wordt(en) van mantel- en informele zorg blijft de basiszorg aanwezig. In landelijke gebieden is er minder basiszorg nodig, waardoor de teams meestal uit minder niveau-2-medewerkers bestaan. Kijkend naar de toekomst wordt gedacht dat de zorgvraag complexer gaat worden, waardoor er in de thuiszorg meer hoger opgeleiden verzorgers en verpleegkundigen nodig zijn. Het blijft een keuze van de organisatie hoe hier op in gegaan wordt.

“Het hangt ervan af wat een organisatie wil. Wat zij aan willen bieden. Als ze alleen de basiszorg, wassen aankleden willen bieden dan kan het goed met niveau-2-medewerker en kunnen zij ook echt EVV’ er zijn. Gaat een organisatie meer voor kwaliteit en coördinatie van de zorg dan zouden ze sneller met hogere niveaus werken.” (Resp. 18, C5)

### **Invloed van de bezuinigingen**

De keuze om wel met niveau-2-medewerkers te blijven werken, wordt onderbouwd met het feit dat niveau-2 goedkoper is dan niveau-3. Aan de andere kant geven de organisaties ook aan dat zij met minder niveau-2-medewerkers zullen gaan werken. Er vindt een verschuiving plaats van de niveau verdeling van de teams.

“Ja, wat je hooguit kan verwachten dat de verhoudingen in het team iets meer gaan schuiven. Het is nu zo dat we het meeste niveau-2-collega’s hebt en minder niveau-3, -4 en -5. Als een piramide. Je kan verwachten dat als de WMO iets kleiner wordt, dat je dan iets minder collega’s krijgt van niveau-2 en iets meer in gelijke aantallen komt te zitten.” (Resp. 16, C3)

Andere organisaties geven aan dat niet enkel de zorgvraag in de toekomst door het inperken van de WMO invloed heeft op het minder werken met de niveau-2-medewerkers maar ook het kwaliteitsaspect.

“Daarnaast heb je natuurlijk ook het kostenaspect. Je zou natuurlijk kunnen zeggen als je zo min mogelijk kosten wilt, dan neem je allemaal niveau-2 mensen in dienst, ja die kosten gewoon minder dan de verzorgende IG, maar dan heb je meteen weer het kwaliteitsaspect waar je rekening mee moet houden.” (Resp. 5, C5)

Deze verschuiving heeft te maken met de veranderingen in de WMO. Op den duur zal de basiszorg minder vergoed worden, maar de basiszorg verdwijnt niet. De basiszorg is wel het niveau waarop niveau-2 werkt. Resp. 4 (C4) “En wat ze voorzien is dat, ze door de bezuinigingen, ik zeg niet dat ze van de niveau-2-medewerkers af willen, maar dat ze toch met minder niveau-2-medewerkers willen gaan werken.” Daarnaast kan men zich afvragen of er in de basiszorg wel zelfsturing of zelforganisatie plaats moet vinden. Organisaties zouden er ook voor kunnen kiezen dat er voor de lagere niveaus een manager/aanspreekpunt in de organisatie aanwezig blijft. Dit kan enkel problemen opleveren, als er voor de hogere niveaus wel met zelfsturing gewerkt wordt. Dan heeft de organisatie verschillende organisatievormen wat voor de stafafdelingen lastig wordt op te pakken.

#### **4.2.6. Rol (coördinerend-) wijkverpleegkundige, coach en manager**

In de onderzochte zelfsturende teams is er een verschil te zien tussen de rol van de wijkverpleegkundige, coach en manager. Sommige teams hebben nog een manager die voornamelijk arbeidstechnische taken vervult en als coach optreedt. Andere teams hebben enkel een coach aan wie zij over vraagstukken vanuit het team advies kunnen vragen en niet over arbeidstechnische vraagstukken. De benaming van coach/manager verschilt per organisatie, terwijl de taken voor een deel overlappend kunnen zijn.

Om specifiek te kijken hoe de rol van de wijkverpleegkundige, coach en manager ingevuld wordt bij de verschillende organisaties is hier niet enkel een onderscheid gemaakt tussen organisaties die werken met en organisaties die werken zonder niveau-2-medewerkers, er is ook een onderscheid gemaakt tussen de organisaties die binnen deze twee categorieën vallen. Hieronder zullen C3, C4 en C5 nader besproken worden.



### **C3**

De wijkverpleegkundige is eindverantwoordelijke voor de inhoudelijke zorg en niet eindverantwoordelijke voor de teamprestatie. Dat zijn de teamleden gezamenlijk. Daarnaast wordt de coach regelmatig ingezet voor ontwikkelingen in het team. De projectleider verantwoordelijk voor het opzetten van de zelfsturende teams is nauw betrokken met het team.

### **C4**

De wijkverpleegkundige bij C4 is inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorg, maar is niet een coördinerend wijkverpleegkundige. De teams worden voornamelijk ondersteund door een coach, ook is er een regiomanager die formeel verantwoordelijk is voor het personeel.

### **C5**

De coach van de teams wordt op dit moment nog vooral gezien als begeleider in het proces om zelfsturend te worden. Vooral de wijkverpleegkundigen vinden de coach belangrijk. Zij overleggen vaak met de coach. De wijkverpleegkundige is in deze organisatie coördinerend. De niveau-2-medewerkers hebben een andere band met de coaches. Zij zien hen alleen tijdens werkoverleggen maar spreken niet persoonlijk met de coaches. De coaches zijn hierdoor geen aanspreekpunt voor de niveau-2-medewerkers, dat is voor hen de wijkverpleegkundige.

## **4.3. Vergelijking casussen met niveau-2 versus zonder niveau-2**

In deze paragraaf zal er een vergelijking plaatsvinden van de twee categorieën organisaties die hierboven besproken zijn namelijk, de organisaties die de niveau-2-medewerkers af laten vloeien doormiddel van natuurlijk verloop en de organisaties die werken met niveau-2-medewerkers binnen zelfsturende teams. Deze paragraaf zal dezelfde indeling hebben als de andere paragrafen. Eerst wordt ingegaan op de voorwaarde 'volledige functiesamenstelling' waarin de verschillende taken in zelfsturende teams besproken worden. Daarna wordt de voorwaarde 'kwaliteit waarborgen door de hogere niveaus' besproken. Vervolgens de voorwaarde 'om- en bijscholing' die medewerkers krijgen bij het werken in zelfsturende teams. Als laatst wordt de voorwaarde 'voldoende vraag naar basiszorg' behandeld, waarbij de bezuinigingen ook aan bod zullen komen.

### **4.3.1. Volledige functiesamenstelling**

De eerste voorwaarde die uit het theoretisch kader is gekomen is een volledige functiesamenstelling zodat er voldoende medewerkers zijn die de taken binnen het zelfsturende team uit kunnen voeren en zodat men taakafhankelijk van elkaar blijft. De taken in de zelfsturende teams zijn zoals in hoofdstuk 2 naar voren is gekomen op te delen in functionele, zorgtaken, organisatorische taken en communicatie en interactie vaardigheden/taken.

#### **Functionele taken**

Beide groepen organisaties geven aan dat de uitvoerende zorg werkzaamheden van niveau-2-medewerkers verschillen van de andere niveaus. De organisaties die kiezen voor het werken met niveau-2 geven aan dit niet als een probleem te beschouwen. Zij erkennen het feit dat de niveau-2-medewerker minder kennis heeft en een minder brede kijk heeft op de zorg, maar lossen dit in het team op. Er is altijd een hoger niveau medewerker aanwezig en de niveau-2 routes worden ook door de hogere niveaus bezocht. Op deze manier zorgen zij ervoor dat de kwaliteit van de zorg bewaakt blijft. De organisaties die werken zonder niveau-2, zien de verschillen tussen de functionele taken wel een probleem. Dit heeft voornamelijk gevolgen voor de planning en roostering, omdat niveau-2-medewerkers niet overal ingezet kunnen worden. Ook geven zij aan dat om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, er ook hogere niveaus bij de cliënten langs komen. Deze medewerkers met een hoger niveau doen dan ook de taken die de niveau-2-medewerkers anders uit zouden voeren. Hierdoor vinden

zij het makkelijker om de routes samen te voegen waardoor er alleen nog gewerkt kan worden met niveau-3 of hoger, waardoor de cliënten minder verschillende gezichten zien.

### **Organisatorische taken**

De organisatorische taken worden in de verschillende organisaties anders verdeeld. De organisaties die werken met niveau-2-medewerkers geven aan dat de organisatorische taken door alle leden van het team opgepakt worden, terwijl de organisaties die zonder niveau-2-medewerkers werken aangeven dat de niveau-2-medewerkers minder organisatorische taken op zich nemen. Hierin is echter wel tussen de organisaties verschil te zien en binnen de organisaties tussen de teams. Er zijn ook teams uit organisaties die af willen van de niveau-2-medewerkers, waar de niveau-2-medewerkers wel even veel organisatorische taken op zich nemen dan de andere niveaus. Bij die teams is van te voren ook de insteek geweest alle taken zo veel mogelijk te verdelen onder de medewerkers. Een oorzaak van de verschillen kan liggen in het vertrouwen wat de medewerkers mee krijgen van organisatie om de organisatorische taken op zich te nemen. De organisaties die kiezen voor het werk met niveau-2 geven aan bezig te zijn de medewerkers veel vertrouwen te geven zodat zij zelfverzekerder worden en de taken sneller op willen pakken.

### **Communicatie en werkoverleg**

Over communicatie en werkoverleg wordt door verschillende respondenten in de verschillende organisaties anders gedacht. Voornamelijk wordt er gezegd dat er geen verschil zit tussen de niveaus maar meer tussen de personen zelf. De niveau-2-medewerkers zijn voornamelijk echte doeners die zich meer bezig houden met de cliënten en wat er nu direct aan de hand is. De andere niveaus kijken soms breder en geven verschillende achtergronden. Dit kan soms botsen tussen de verschillende niveaus.

### **Statusverschillen**

Het voornaamste verschil tussen de organisaties die werken met niveau-2-medewerkers en de organisaties die daar niet voor kiezen, zit in het feit dat de niveau-2-medewerkers bij de organisaties die niet met niveau-2 gaan werken niet altijd even serieus genomen worden. De organisaties die wel met niveau-2-medewerkers blijven werken, geven aan dat er wel statusverschillen zijn maar dat deze weinig invloed hebben op de samenwerking van de leden van het zelfsturend team.

#### **4.3.2. Personal-team fit**

Bij zowel de organisaties die zonder niveau-2-medewerkers gaan werken als de organisaties die met niveau-2-medewerkers blijven werken, is te zien dat er in het begin stadia, waar de zelfsturende teams nu in zitten, in kleine mate gelet is op personal-team fit. Bij het samenstellen van de teams is dit in geringe mate meegenomen. Bij de aannames van nieuwe personeel geven organisaties aan hier in de toekomst meer op te gaan letten.

### 4.3.3. Om- en bijscholing

De organisaties die de niveau-2-medewerkers willen laten afvloeien, bieden allebei de niveau-2-medewerkers aan een opleiding te volgen tot niveau-3-medewerker. Daarbij wordt wel gekeken naar de geschiktheid van de medewerkers. Dit is bij de organisaties waar niveau-2-medewerkers blijven werken soms ook mogelijk. Hier wordt alleen minder op gestuurd. Verder is bij beide soorten organisatie te zien dat er scholings- en coachingsmomenten plaatsgevonden hebben om zelfsturend te worden. Vooral de organisaties die met niveau-2-medewerkers blijven werken geven aan intensieve scholingsbijeenkomsten georganiseerd te hebben om niveau-2 ook mee te krijgen. Het is moeilijk te beoordelen of dit echt meer is dan in de andere organisaties. Om een specifiek beeld te geven van de trainingen die gegeven worden in de verschillende zorginstellingen is in de tabel hieronder een overzicht gemaakt.

Organisatie	C1	C2	C3	C4	C5
<b>Training en scholing</b>	Bottum-up ontwikkeling van de teams, leren in de praktijk met ondersteuning van coach, productiviteit	Gericht op zelfsturend werken: feedback, zorgdossier, methodisch werken, voorzitten teamoverleg, cliënt-evaluaties, clip besprekingen	Transitie ondersteunend, gericht op communicatie, teamrollen en planning en roostering. Stimulerend, informerend en dialoog aangaan Productie en productiviteit	Zorg met aandacht, zelfsturende vergadertechnieken en groepsprocessen	Training op gebied van planning, beleid en kwaliteit en zorgt voor het vergroten zelfsturing

Tabel 2: trainingen en scholing per zorginstelling

### 4.3.4. Kwaliteit waarborgen

De vierde voorwaarde die uit het theoretisch kader is gekomen, is dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de hogere niveaus, als er in de teams met niveau-2-medewerker gewerkt wordt. De veranderingen in de zorg, die er toe leiden dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd moet worden door de hogere niveaus, zijn de signalerende functie en het verhogen van de zelfredzaamheid van de cliënten. Deze veranderingen zullen hier besproken worden.

#### Signalerende functie

Er is voornamelijk een verschil te zien tussen de verschillende soorten medewerkers die geïnterviewd zijn. De medewerkers van niveau-2 melden dat zij, als zij veranderingen zien bij de cliënten, dit altijd aan de hogere niveaus doorgeven. De niveau-2-medewerkers geven zelf ook aan dat het goed is dat er soms ook hogere niveaus bij de cliënten komen, zodat er vanaf een ander niveau gekeken wordt. Wijkverpleegkundigen en projectleiders geven aan dat het per niveau-2-medewerker echt verschilt in hoeverre de medewerkers echt het inzicht hebben verder te kijken dan enkel de eigen werkzaamheden. Scholing hierin zou daarbij een uitkomst zijn. Er zijn geen grote verschillen te zien tussen de organisaties die zonder niveau-2-medewerkers willen werken en de organisaties die wel met de niveau-2-medewerkers blijven werken.

### **Zelfredzaamheid**

De zelfredzaamheid staat bij beide soorten zorginstellingen centraal. De zorginstellingen geven daarbij beide aan dat het een leertraject is, waarbij er op dit moment nog geen grote verschillen te zien zijn op welke manier de niveau-2-medewerkers deze taak oppakken en op welke manier de andere niveau medewerkers dit doen.

#### **4.3.5. Voldoende vraag naar basiszorg**

Tijdens het analyseren van de resultaten om wel of niet met niveau-2-medewerkers te blijven werken en onder welke voorwaarden is er een nieuwe voorwaarde bijgekomen. Deze voorwaarde is dat de zorgvraag aan dient te sluiten bij wat de niveau-2-medewerkers voor zorg kunnen bieden. Ook de bezuinigingen hebben invloed op de zorgvraag.

### **Invloed van de bezuinigingen**

Medewerkers van de organisaties die zonder niveau-2-medewerkers verder willen, zijn verbaasd want zij denken zelf met niveau-2-medewerkers in het team goedkoper uit te zijn. Management zegt juist goedkoper uit te zijn zonder niveau-2 omdat dan management laag kan verdwijnen en niveau-3 t/m -5 dan beter zelfstandig kan werken. De taken van de niveau-2 zullen volgens hen ook gedeeltelijk verdwijnen door de veranderingen in de WMO. De organisaties die met niveau-2 willen blijven werken geven aan dat zij dit doen, omdat de niveau-2-medewerkers goedkoper zijn. Daarbij wordt wel aangegeven dat er een verschuiving plaats zal vinden. Er zal in de toekomst met minder niveau-2-medewerkers gewerkt worden en met meer niveau-3 t/m -5. Dit heeft te maken met het feit dat de zorg complexer wordt. De basiszorg verdwijnt echter niet. De organisaties zijn nog bezig te kijken wat de beste organisatievorm is voor de lagere niveau medewerkers in de teams.

#### **4.2.6. Rol (coördinerend) wijkverpleegkundige, coach en manager**

Uit de analyse naar de verschillen tussen de rol van de wijkverpleegkundige, coach en manager van de verschillende teams is gebleken dat er veel verschillende benamingen worden gebruikt en dat ook de rollen verschillen. Omdat de verschillen zo groot zijn is hier niet een duidelijke voorwaarden uit te halen. Er wordt hiermee geen nieuwe voorwaarden toegevoegd.

#### 4.4. Conclusie: cross-caseanalyse in schema

Om een duidelijk overzicht te krijgen van de verschillende soorten organisaties zijn de punten die in de vorige paragrafen genoemd zijn hier schematisch weergegeven.

Voorwaarden		Org in toekomst zonder niveau-2	Org met niveau-2
<b>Volledige functiesamenstelling</b>	Functionele taken verschillen tussen niveaus	-Het verschil in zorgtaken zorgt voor lastig te verdelen zorgroutes, vooral met kijk op de toekomst met meer complexe zorg.	-Het verschil in zorgtaken zorgt niet voor problemen in de samenwerking en invulling van het zelfsturende teams.
	Organisatorische taken	-Organisatorische taken voornamelijk bij andere niveaus, kleine taken wel bij niveau-2	-Worden door alle leden gedaan -Medewerker moeten vertrouwen krijgen dat ze het kunnen
	Communicatie	-Communicatie onderling is verschillend	-Niveau-2 zijn echte doeners, andere niveaus kijken breder, dit botst soms
	Statusverschillen	-Niveau-2 wordt soms minder serieus genomen -Opleiding tot niveau-3	-Is er wel maar weinig invloed op samenwerking -Opleiding en ondersteuning voor werken in zelfsturende teams
<b>Kwaliteit van de zorg moet gewaarborgd worden door de medewerkers</b>	Signaleren	-Hogere niveaus worden gestuurd om kwaliteit te waarborgen -Kwaliteit van de zorg kan niet gedragen worden door de niveau-2-medewerker	-Verschilt per persoon -Kwaliteit wordt gewaarborgd door hogere niveaus
	Zelfredzaamheid	-Verschilt per medewerker in welke mate zij de zelfredzaamheid kunnen vergroten, niet per niveau medewerker	-Verschilt per medewerker in welke mate zij de zelfredzaamheid kunnen vergroten, niet per niveau medewerker
<b>Zorgvraag en bezuinigingen</b>		-Basiszorg wordt minder -Goedkoper zonder niveau-2, zorg wordt complexer	-Basiszorg blijft bestaan -Goedkoper om niveau-2 te behouden,
<b>Rol wijkverpleegkundige, coach, manager</b>		-Rol wijkverpleegkundige, coach en manager wordt verschillend ingevuld	-Rol wijkverpleegkundige, coach en manager wordt verschillend ingevuld

Tabel 3: cross-caseanalyse



## 5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.1 'de conclusie' antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek, op basis van (een confrontatie tussen) het theoretisch kader (H2) en de onderzoeksresultaten (H4). Vervolgens wordt in paragraaf 5.2, 'de discussie' ingegaan op de beperkingen van het onderzoek, advies voor volgend onderzoeken de bijdrage aan de wetenschap. Tot slot worden er in paragraaf 5.3 enkele aanbevelingen gegeven voor de thuiszorginstellingen en de thuiszorgsector.

### 5.1. Conclusie

In deze conclusie wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord. De in de inleiding gestelde hoofdvraag luidt als volgt:

'Onder welke voorwaarden kunnen niveau-2-medewerkers werken in zelfsturende teams in de thuiszorg?'

In deze paragraaf wordt gekeken of de voorwaarden opgenomen in het theoretisch kader gehandhaafd, betwijfeld of aangepast dienen te worden, aan de hand van de onderzoeksresultaten. Ook wordt er gekeken wat er vanuit de onderzoeksresultaten aan de voorwaarden uit het theoretisch kader toegevoegd dienen te worden. In zowel de theorie als in de onderzoeksresultaten zijn er enkele voorwaarden voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams in de thuiszorg geformuleerd. Deze voorwaarden komen voor een groot deel met elkaar overeen. In de resultaten van dit onderzoek is één extra voorwaarde (5) naar voren gekomen naast de vier oorwaarden (1 t/m 4) die uit de literatuur zijn gekomen. Per voorwaarde zal in de volgende subparagrafen in worden gegaan op het verschil tussen de theorie en de onderzoeksresultaten. De voorwaarden worden hier eerst kort benoemd:

Theoretisch kader:

1. Volledige functiesamenstelling;
2. Aannamebeleid op basis van *personal-team fit*;
3. Scholing en opleiding;
4. Kwaliteit moet gewaarborgd worden door de hogere niveaus.

Onderzoeksresultaten:

5. Voldoende vraag naar basiszorg.

#### 5.1.1. Volledige functiesamenstelling

In het theoretisch kader zijn de volgende vragen onderzocht; welke taken behoren tot het domein van zelfsturende teams? en welke taken voeren de niveau-2-medewerkers uit? Bij het beantwoorden van deze vragen kwam naar voren dat er veel verschillen zijn tussen de functionele, organisatorische en communicatieve taken van de niveau-2-medewerkers ten opzichte van de andere niveaus. Deze verschillen zorgen ervoor dat de taakafhankelijkheid van de medewerkers lastig is omdat zij niet alle taken van elkaar over kunnen nemen (Vroemen, 1995; Van Amelsvoort & Benders 1996). Er kunnen statusverschillen ontstaan (Havens et al., 2010; Van Amelsvoort, et al. 2003; Peeters & Van der Geest, 1996). Ook het werken met niveau-2-medewerkers kan invloed hebben op de samenstelling van de teams (Almekinders, 2006; Te Nijenhuis, 2012). De volgende voorwaarde is hieruit ontstaan; Een volledige functiesamenstelling is vereist waarbij er voldoende medewerkers zijn die de verschillende taken uit het team op kunnen pakken waarbij de taken voor een deel overlappen om ervoor te zorgen dat de medewerkers taken van elkaar over kunnen nemen. Alle noodzakelijke functies/capaciteiten moeten in het team zitten om aan de zorgvraag van de wijk te kunnen voldoen. Deze voorwaarde is van belang omdat er voldoende

medewerkers moeten zijn die de gevraagde handelingen uit kunnen voeren (Van Amelsvoort & Benders, 1996).

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de functionele taken van de niveau-2-medewerkers ten opzichte van de andere niveaus erg verschillen. Het overnemen van taken is daardoor lastig. Voor organisaties die de niveau-2-medewerkers af laten vloeien is dit een van de voornaamste redenen. Voor de organisaties die met niveau-2-medewerkers blijven werken wordt dit minder als een probleem ervaren. De organisatorische en communicatieve taken van de niveau-2-medewerkers blijken voornamelijk per persoon te verschillen. In de interviews is aangegeven dat er niveau-2-medewerkers zijn die organisatorische en communicatie taken makkelijk oppakken maar dat er ook niveau-2-medewerkers zijn die hier meer moeite mee hebben. Dit geldt overigens ook voor de andere niveaus. Een volledige functiesamenstelling waarbij de verschillende handelingen en taken vertegenwoordigd worden in het team is daarom noodzakelijk. Deze voorwaarde afkomstig uit het theoretisch kader wordt beaamd voor de onderzoeksresultaten en kan dan ook gehandhaafd worden.

### **5.1.2. Personal-team fit**

In de theorie is naar voren gekomen dat bij het aannamebeleid van zelfsturende teams er niet enkel gezocht dient te worden naar een *personal-job fit* maar juist naar een *personal-team fit* (Burch & Anderson, 2008). Op deze manier kunnen er enkel niveau-2-medewerkers aangenomen worden op het moment dat er een *personal-team fit* is. Dit geldt overigens ook voor de andere leden van de zelfsturende teams. Dit is een belangrijke voorwaarde omdat er bij het nauw samenwerken in teamverband niet enkel meer naar functionele taken gekeken dient te worden maar ook in welke mate iemand in het team past zodat de teamprestatie daar voordeel aan heeft. Het (opleidings)niveau van de medewerker blijft echter wel van belang omdat alle vereiste handelingen wel uitgevoerd moeten kunnen worden in de zelfsturende teams.

In de onderzoeksresultaten is deze voorwaarde niet of nauwelijks naar voren gekomen. Dit heeft te maken met het feit dat de organisaties net over zijn gegaan op het werken met zelfsturende teams, het oude personeel wordt daarbij in nieuwe teams geplaatst en er wordt in deze tijden relatief weinig nieuw personeel aangenomen. Bij aanname van nieuwe leden voor het zelfsturend team wordt door de leden gezamenlijk de beslissing gemaakt wie aangenomen wordt, waarbij er gelet kan worden of de kandidaat in het team past. Deze benadering staat (nog) niet op de eerste plaats in de zelfsturende teams. Juist omdat er in de onderzoeksresultaten aangegeven wordt dat het per persoon afhankelijk is of de medewerkers de taken behorend tot het zelfsturend team op zich kunnen nemen is de voorwaarde van *personal-team fit* uiterst van belang mee te nemen in het aannamebeleid van de zelfsturende teams in de thuiszorg. Hierdoor is het noodzakelijk *personal-team fit* te handhaven als voorwaarde voor het werken met niveau-2-medewerkers binnen zelfsturende teams.

### **5.1.3. Om- en bijscholing**

Uit de theorie op het gebied van de taken binnen het domein van zelfsturende teams en in het bijzonder de taken van de niveau-2-medewerkers is gebleken dat de niveau-2-medewerkers opleiding en scholing nodig hebben om goed in het zelfsturend team te werken. Dit speelt vooral op het gebied van organisatorische en communicatieve taken (Van Amelsvoort & Benders, 1996; Vermeer & Wenting, 2012). In de functionele taken zouden de niveau-2-medewerkers verder opgeleid kunnen worden zodat zij breder inzetbaar zijn. Dit zal ervoor zorgen dat de niveau-2-medewerkers, niveau-2+ of niveau-3 worden. Ook de veranderingen in de zorg als de signalerende functie en het verhogen van de zelfredzaamheid vraagt om scholing en opleiding voor de niveau-2-medewerkers. In de theorie is naar voren gekomen dat de niveau-2-medewerkers niet (automatisch) over deze vaardigheden beschikken (Ursum et al., 2011; Van der Velde et al., 2011).

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat scholing en opleiding bij het opzetten van zelfsturende teams aangeboden wordt door alle onderzochte organisaties. Voornamelijk op het gebied van communicatieve vaardigheden en organisatorische taken worden trainingen



en workshops georganiseerd, een uitgebreidere invulling van deze trainingen is te vinden in tabel 2 in de resultaten (H4) van dit onderzoek. De organisaties die niveau-2-medewerkers af willen laten vloeien kiezen ervoor de medewerkers waar mogelijk verder op te leiden tot niveau-2+ of niveau-3-medewerkers. De organisaties werken in dat geval met medewerkers vanaf niveau-3 in de zelfsturende teams. Ook in de organisaties die de niveau-2-medewerkers behouden is er ruimte voor opleiding. De niveau-2-medewerkers worden er echter minder op gestuurd zich verder op te leiden. Opleiding op het gebied van de signalerende functie en het verhogen van de zelfredzaamheid is in enkele interviews naar voren gekomen. Niet in alle organisaties wordt op dit gebied scholing aangeboden. Scholing en opleiding is een belangrijke voorwaarde bij het werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams om ervoor te zorgen dat de medewerkers beter samen kunnen werken en dient dan ook gehandhaafd te worden.

#### **5.1.4. Kwaliteit waarborgen door de hogere niveaus**

De veranderingen die nu spelen in de zorg als zelfmanagement, signalerende rol, bezuinigingen, minder medewerkers bij cliënten en de complexer wordende zorg (Ursum et al., 2011; Van der Velde et al., 2011), welke in paragraaf 2.5 aan bod kwamen, hebben in het theoretisch kader tot de volgende voorwaarde geleid;

De medewerkers dienen, de veranderde meer op zelfredzaamheid gerichte kwaliteit van de zorg te waarborgen.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat deze voorwaarden van belang is. Echter is ook gebleken dat niet elke niveau-2-medewerkers deze nieuwe verantwoordelijkheden op zich kan nemen. Daarom wordt in deze conclusie de voorwaarde opgesteld in het theoretisch kader aangescherpt vanuit de onderzoeksresultaten. De onderzoeksorganisaties hebben laten blijken dat, om garant te staan voor de kwaliteit van de zorg er niet enkel niveau-2-medewerkers bij cliënten thuis moeten komen. Ook in het geval dat de niveau-2-medewerker wel de bevoegdheid heeft voor de functionele handelingen gevraagd door de cliënt. De kwaliteit van de (basis)zorg zou gewaarborgd moeten worden door de wijkverpleegkundige (niveau-5). Ook zouden er meer hogere niveau medewerkers (niveau-3, -4 en -5) bij cliënten moeten komen om de zelfredzaamheid van de cliënten verder te vergroten. Doordat er hogere niveaus bij de cliënten moeten komen en er verder voor gekozen wordt om minder medewerkers bij cliënten te laten komen zullen er ook minder niveau-2-medewerkers nodig zijn. De basiszorg taken van de niveau-2-medewerkers blijft bestaan er wordt nu enkel meer van de medewerkers verwacht.

#### **5.1.5. Voldoende vraag naar basiszorg**

Tijdens het analyseren van de resultaten is er een nieuwe voorwaarde bijgekomen om met niveau-2-medewerkers te blijven werken, die niet in de theorie is belicht. Deze voorwaarde is dat de zorgvraag aan dient te sluiten bij wat de niveau-2-medewerkers voor zorg kunnen bieden. De veranderingen in de thuiszorg en de bezuinigingen hebben invloed op de zorgvraag. De zorgvraag wordt complexer. De verandering in de zorgvraag wordt door de verschillende soorten organisaties anders geïnterpreteerd. De organisaties die de niveau-2-medewerkers af laten vloeien verwachten dat de basiszorg zal verminderen. Zij gaan zich ook voornamelijk richten op de complexere zorgvraag en gaan er vanuit zonder niveau-2-medewerkers goedkoper uit te zijn. De organisaties die met niveau-2-medewerkers blijven werken verwachten dat de basiszorg voor een groot deel blijft bestaan en dat de vermindering klein zal zijn. Zij gaan er vanuit dat het goedkoper is de niveau-2-medewerkers te behouden. De kosten voor het wel of niet af laten vloeien van de niveau-2-medewerkers zijn echter niet bekend. Redenen hiervoor zijn gezocht in de geografische omgeving van de organisaties en het behoren van zorgflats bij de teams. Tussen de organisaties waren er echter zo veel verschillen te zien tussen deze redenen dat hier geen conclusies uit getrokken kunnen worden, zie tabel 2 in de methodische verantwoording (H3). Deze voorwaarde is toegevoegd omdat voldoende vraag naar basiszorg simpel weg noodzakelijk is voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams, op deze manier worden de basiszorgtaken behouden.

## 5.2. Discussie

Uit de bovenstaande conclusie is gebleken dat de theorie die gevonden is over zelfsturende teams en het werken met verschillende niveaus binnen de zelfsturende teams voor een groot deel overeenkomen met elkaar. De verschillen die zijn gevonden zijn ter discussie gesteld. In deze paragraaf worden de beperkingen van dit onderzoek besproken. Ook wordt er kort stil gestaan bij mogelijk vervolgonderzoek. Vervolgens worden de overige kenmerken van de zorginstellingen besproken, welke geen directe voorwaarden gecreëerd hebben voor het werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams in de thuiszorg, en daarom niet opgenomen zijn in de onderzoeksresultaten en de conclusie. Tevens wordt vastgesteld welke wetenschappelijke bijdrage dit onderzoek heeft kunnen leveren.

### 5.2.1. Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een tijd waar er veel onduidelijkheden speelden omtrent de vergoeding van de zorg in de WMO. Hierdoor was er onduidelijkheid over het budget en onduidelijkheid of de basiszorg, uitgevoerd door de niveau-2-medewerkers, in de toekomst op gelijkwaardige manier gefinancierd zal worden. Midden in het tijdsbestek van het onderzoek, tijdens het houden van de interviews, werd bekend dat de vergoeding voor de zorg met 15% zal dalen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben. Tijdens de eerste interviews was nog niets bekend, bij de latere interviews wel. De veranderingen in de financiering van de zorg heeft voornamelijk consequenties voor de zorginstellingen die grotendeels basiszorg leveren.

Ook de korte tijd dat er nu in zelfsturende team gewerkt wordt beïnvloedt de onderzoeksresultaten. De organisaties waren allen ongeveer twee jaar geleden begonnen met het zelfsturend maken van de teams. Sommige organisaties hadden net een tweejarig traject achter de rug waarin zij langzamerhand zelfsturend zijn geworden. Andere zaten nog in het traject of zijn juist sneller geheel zelfsturend geworden.

Zoals uit de methodische verantwoording van dit onderzoek naar voren is gekomen zijn de zorginstellingen voor een deel geselecteerd door *In voor zorg!* en voor een deel rechtstreeks benaderd. De zorginstellingen geselecteerd door *In voor zorg!* levert organisaties op die advies inwinnen over het werken in zelfsturende teams. Zij ontvangen advies van *In voor zorg!* coaches. Deze zorginstellingen hebben mogelijk gelijke adviezen gehad van de coaches over het werken met niveau-2-medewerkers. Dit kan een verklaring zijn van het feit dat de resultaten van dit onderzoek geen grote verschillen laten zien tussen de zorginstellingen. Dit geldt zowel voor de zorginstellingen van de verschillende categorieën (met of zonder niveau-2) als binnen deze categorieën.

De teams die gesproken zijn, zijn benaderd door de projectleider of coach van de organisatie. Zij hebben de teams uitgezocht. Dit kan gevolgen hebben voor de resultaten omdat mogelijk alleen teams die goed presteren onderzocht zijn. Onderzoek met teams waarin het werken in zelfsturende teams en in het speciaal de samenwerking met niveau-2-medewerkers minder goed ging, kunnen andere resultaten opgeleverd hebben. Het is echter de vraag of deze mogelijk minder presterende teams te bereiken waren geweest voor dit onderzoek. Zoals in de methode naar voren is gekomen is een aantal gesprekken met meerdere respondenten tegelijk gevoerd. Dit kan invloed hebben gehad op de antwoorden van de respondenten. Door het drukke tijdschema van de respondenten was het echter niet mogelijk dit op een andere manier uit te voeren.

De mate van regelcapaciteit van de teams is vermoedelijk binnen de onderzochte zelfsturende teams verschillend. De mate van regelcapaciteit is schematisch vastgelegd door Van Amelsvoort & Scholtes (1993), eerder te zien in het theoretisch kader (figuur 4: 'fasenmodel' in 2.4.1). Sommige zelfsturende teams hebben formeel nog een manager boven zich, andere hebben een coach of regio manager die mogelijk verder van het team verwijderd is (tabel 2: 'kenmerken zorginstellingen' in 3.2.1). Door de verschillen die

opgemerkt zijn, is het niet een ideale omstandigheid waarin de organisaties met elkaar vergeleken worden. In de volgende paragraaf, vervolg onderzoek wordt hier verder op in gegaan.

Doordat sommige zorginstellingen ervoor kiezen zonder niveau-2-medewerkers te gaan werken zouden de hogere niveaus de taken van de niveau-2-medewerkers over moeten nemen. Daarbij is niet specifiek rekening gehouden met de motivatie van de hogere niveaus om taken onder het eigen opleidingsniveau uit te voeren. Verder onderzoek naar de motivatie van de hogere niveaus om in de zelfsturende teams alle taken op zich te nemen, is noodzakelijk om te kijken of dit een duurzame oplossing is. Als de motivatie van de hogere niveaus minder wordt omdat zij werk onder het eigen opleidingsniveau moeten doen, dient dit als argument meegerekend te worden om de niveau-2-medewerkers voor de thuiszorg te behouden. In dit onderzoek is dit niet meegenomen omdat in alle onderzochte organisaties op dit moment in alle onderzochte organisaties nog wel met niveau-2-medewerkers wordt gewerkt waardoor dit probleem nu nog niet, of in geringe mate speelt. In de toekomst kan dit wel gaan spelen voor de organisaties die de niveau-2-medewerkers af laten vloeien.

Statusverschillen binnen de teams is een thema welke is benoemd in het theoretisch kader van dit onderzoek (Havens et al., 2010; Van Amelsvoort et al., 2003; Peeters & Van der Geest, 1996). Het is van belang statusverschillen mee te wegen wanneer men met medewerkers van verschillende niveaus in zelfsturende teams wil gaan werken. De medewerkers van zorginstellingen werken met mensen en gezondheid. Doordat de medewerkers werken met mensen zitten de medewerkers vast aan bevoegdheden die zij krijgen om handelingen uit te voeren. Deze bevoegdheden blijven bestaan en zorgen ervoor dat er een mate van statusverschillen blijft bestaan. Het is belangrijk om hier goed mee om te gaan en een manier te vinden waardoor statusverschillen zo min mogelijk invloed hebben op het daadwerkelijke samenwerken binnen de zelfsturende teams.

Naast de bovengenoemde beperkingen van dit onderzoek speelt ook de vraag of een organisatievorm als zelfsturende teams wel past in de zorg. In het theoretisch kader wordt dit al eerder aangehaald met argumenten van Goodman & Haran (2009). Als men kijkt naar de taakafhankelijkheid in de zelfsturende teams in de thuiszorg is deze erg moeilijk te creëren. Er zijn veel verschillende taken op verschillende niveaus die allen behoren tot de teams. Daarnaast komen er in de zorg meer specialisaties bij, ook voor verzorgers en verpleegkundigen. Door de specialisaties is er wel meer specifieke kennis beschikbaar maar worden de medewerkers minder flexibel. Zelfsturende teams vragen het tegenovergestelde van de medewerkers ten opzichte van deze trend. Medewerkers in zelfsturende teams dienen namelijk juist in grotere mate allround te zijn. Deze ontwikkelingen, aan de ene kan meer specialisten en aan de andere kant allround medewerkers, zijn tegenstrijdig. Toch wordt er zoals gebleken is uit dit rapport gewerkt met zelfsturende teams. Het werken in zelfsturende teams in de thuiszorg is mogelijk ook met verschillende niveau, de onderzoeksresultaten zijn daar het bewijs van. Wel dient er rekening gehouden te worden met de genoemde voorwaarden.

Een aantal van de bovengenoemde beperkingen van dit onderzoek kan in vervolg onderzoek behandeld worden. Deze worden in de volgende subparagraaf besproken.

### **5.2.2. Vervolg onderzoek**

In deze paragraaf worden suggesties gedaan voor vervolgstudies.

Zoals eerder in het theoretisch kader (H2) en in de methodische verantwoording (H3) is aangegeven is er geen specifiek onderzoek bekend dat zich richt op medewerkers met verschillende (opleidings)niveaus in zelfsturende teams. Meer onderzoek naar dit specifieke onderwerp, mogelijk ook in andere sectoren, is noodzakelijk om de resultaten van dit

onderzoek te verifiëren. Daarnaast is nog een aantal andere suggesties te noemen voor vervolg onderzoek.

De samenstelling en regelcapaciteit van de onderzochte zelfsturende teams in de thuiszorg zijn verschillend. Dit zou verder onderzocht dienen te worden om te kijken of de voorwaarden voor alle organisaties gelden. Ook zou er verder ingegaan kunnen worden op de verschillende mogelijkheden qua samenstelling van de teams. Ook de rol van manager/coach zou daarbij verder onderzocht dienen te worden om te kijken welke invloed dat heeft op het werken met niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams in de thuiszorg.

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat niet enkel het opleidingsniveau van de medewerkers invloed heeft op het goed kunnen werken in zelfsturende teams, ook persoonlijke eigenschappen spelen hier een rol in. In dit onderzoek is dit in het theoretisch kader in geringe mate (intentie tot samenwerking is noodzakelijk) aan bod gekomen. Om optimaal te werken met zelfsturende teams in de thuiszorg is verder onderzoek hiernaar nodig om te kijken welke persoonlijke eigenschappen vereist zijn. Mogelijk zouden de belbinrollen (Senior, 1997) hieraan voldoen.

Een aspect dat ook een rol kan spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers is vertrouwen. Medewerkers hebben het vertrouwen van de organisatie nodig om de extra taken behorend tot het zelfsturend team uit te kunnen voeren. Het aspect vertrouwen is in dit onderzoek niet specifiek onderzocht. Jones & George (1998) geven aan dat vertrouwen belangrijk is in coöperaties en het werken in teams. In zelfsturende teams in de thuiszorg hebben vooral de niveau-2-medewerkers het vertrouwen van de organisatie nodig dat ook zij goed in een zelfsturend teams kunnen werken. Als bij voorbaat al gezegd wordt dat de niveau-2-medewerkers het niet kunnen, worden zij niet positief gestimuleerd en kan dit juist een negatief effect hebben op hun prestaties.

Als laatste zouden in toekomstig onderzoek ook de cliënten als onderzoeksgroep meegenomen kunnen worden. Op deze manier kan vanuit de klant gekeken worden wat de beste optie is.

Naast de beperkingen (en advies voor vervolgstudie) heeft dit onderzoek wel daadwerkelijk bijgedragen aan de wetenschap.

### **5.2.3. Bijdrage wetenschap**

Dit onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan wetenschappelijk onderzoek. Zoals eerder aangegeven is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar dit specifieke thema (medewerkers van verschillende niveaus in zelfsturende teams), ook niet in andere sectoren. Van de bestaande theorie over zelfsturende teams is echter wel veel informatie te vinden. Vanuit de literatuur is naar voren gekomen dat de verschillen in functionele taken een grote rol zullen spelen bij het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams. In de resultaten is echter gebleken dat de persoonlijkheid van de medewerkers ook een rol speelt. Naast de voorwaarden opgesteld uit de theorie omtrent zelfsturende teams is ook een nieuwe voorwaarde uit de onderzoeksresultaten geformuleerd namelijk de zorgvraag. Doordat de zorgvraag veranderd is in de loop der tijd zal de vraag naar de niveau-2-medewerkers ook veranderen. De vraag naar zorg die niveau-2-medewerkers leveren daalt. Dit leidt ertoe dat de zorgroutes van de niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams lastig op te vullen valt. Op dit moment is dit al terug te zien in korte en versnipperde diensten. Deze nieuwe voorwaarden uit de onderzoeksresultaten en de toetsing van de voorwaarden vanuit de literatuur levert daarmee een bijdrage aan de wetenschap.

#### 5.2.4. Overige kenmerken

In dit onderzoek is getracht een vergelijking te maken tussen organisaties die ervoor kiezen *zonder* niveau-2-medewerkers te gaan werken en organisaties die er voor kiezen *met* niveau-2-medewerkers te blijven werken. Zoals eerder aangegeven in paragraaf 4.3, zijn er weinig opmerkelijke verschillen tussen de zorginstellingen gevonden.

In de methodische verantwoording zijn een aantal kenmerken van de verschillende zorginstellingen weergegeven (tabel 1, 3.2.1). De kenmerken en de reden deze verder te onderzoeken is uit enkele voorbereidende gesprekken gekomen. Onderzocht is of deze verschillen als 'intra-/ extramuraal', 'grote zelfsturend team', 'aantal niveau-2-medewerkers', 'rol wijkverpleegkundige', 'geografische ligging', 'coach of manager', 'zorgflat' en 'zorgvraag', invloed gehad hebben op de keuze van de organisaties om met of zonder niveau-2-medewerkers te werken binnen de zelfsturende teams. Ook is onderzocht of deze kenmerken zouden leiden tot het toevoegen van nieuwe voorwaarden. Echter is gebleken dat de zorginstellingen op deze kenmerken zo van elkaar verschillen dat hier geen valide uitspraken over gedaan kunnen worden. Daarom zijn deze kenmerken in beperkte mate genoemd in de onderzoeksresultaten en in de conclusie. Om aan te geven dat deze kenmerken wel overwogen zijn voor het toevoegen van nieuwe voorwaarden worden zij hier behandeld.

Het eerste kenmerk dat genoemd wordt is 'intra of extramuraal'. Mogelijk zou er een verschil zitten in de keuze om met of zonder niveau-2-medewerkers te gaan werken in de thuiszorg, tussen de organisaties die zowel intra- als extramuraal werken en organisaties die enkel extramuraal werken. Voor organisaties die zowel intra- als extramuraal werken is het mogelijk de niveau-2-medewerkers intramuraal in te zetten waardoor zij niet extramuraal in de zelfsturende teams hoeven te werken. Bij organisaties die enkel extramuraal werken, zoals bij C4 kan de keuze om met niveau-2-medewerker te blijven werken, liggen aan het feit dat zij de niveau-2-medewerkers bij het opzetten van zelfsturende teams niet intramuraal in kunnen gaan zetten. De andere zorginstellingen die er voor kiezen met niveau-2-medewerkers te blijven werken, hebben echter wel de mogelijkheid om de niveau-2-medewerkers intramuraal te plaatsen. Zij kiezen er toch voor de niveau-2-medewerkers voor de extramurale zorg te behouden. Door deze verschillen, is uit dit kenmerk van de zorginstellingen geen nieuwe voorwaarden te formuleren. Het kenmerken 'intra of extramuraal' heeft geen directe invloed op de keuze om *met* of *zonder* niveau-2-medewerkers te werken binnen de zelfsturende teams in de thuiszorg.

Het tweede kenmerk dat aan bod kwam in tabel 1 is de grootte van het team. Mogelijk zou het in een groot team makkelijker zijn om met een aantal niveau-2-medewerkers te werken omdat er dan voldoende medewerkers zijn van de hogere niveaus om de complexe taken op zich te nemen. De verschillen tussen de organisaties laten zien dat hier geen duidelijke conclusies uitgetrokken kunnen worden. Hierdoor is er geen nieuwe voorwaarde geformuleerd.

Het derde kenmerk, de percentage niveau-2-medewerkers in de zelfsturende teams, laat duidelijke verschillen tussen de zorginstellingen zien. Bij C1 is 10% van de medewerkers van de zelfsturende teams niveau-2. In C2 was bij het opstarten van de zelfsturende teams 50% van de medewerkers niveau-2. Bij de organisaties die de niveau-2-medewerkers behouden is te zien dat C3 zegt goed met niveau-2-medewerkers te kunnen werken (70% van de medewerkers is nu van niveau-2) maar daarbij niet uitsluit dat de verdeling tussen de verschillende niveaus in de toekomst meer gelijk verdeeld is. C4 geeft aan teams te hebben met enkel medewerkers van niveau-2 en -3 en teams met enkel medewerkers van niveau-4 en -5. Het percentage van de niveau-2-medewerkers is daarmee verschillend. C5 geeft aan dat op plekken waar voldoende vraag is naar basiszorg goed met ongeveer 20% niveau-2-medewerkers gewerkt kan worden. Enkel bij een complexer wordende zorgvraag zal dit aantal mogelijk dalen. Ook voor dit kenmerk geldt dat de verschillen tussen de

zorginstellingen aanzienlijk zijn waardoor er geen valide uitspraken over gedaan kunnen worden. Uit dit kenmerk is geen nieuwe voorwaarde geformuleerd.

De kenmerken 'rol van de wijkverpleegkundige, manager/coach', 'geografische ligging' en 'werkzaam in zorgflat' zijn ook onderzocht. De zorginstellingen verschillen op deze kenmerken gedeeltelijk. Duidelijke verschillen tussen de zorginstellingen zijn niet gevonden waardoor er geen valide uitspraken gedaan kunnen worden. Uit deze kenmerken zijn geen nieuwe voorwaarden geformuleerd.

Het laatste kenmerk dat opgenomen is in tabel 1 is de complexiteit van de zorgvraag. De complexiteit van de zorgvraag lijkt wel een duidelijk effect te hebben op het wel of niet werken met niveau-2-medewerkers. De organisaties die met niveau-2-medewerkers blijven werken lijken voor een groot deel basiszorg te bieden, welke de niveau-2-medewerkers uitvoeren. De organisaties die ervoor kiezen niveau-2-medewerkers af te laten vloeien hebben een complexere zorgvraag wat tot gevolg heeft dat zij minder niveau-2-medewerkers nodig hebben. De complexiteit van de zorgvraag is daarmee, zoals eerder in de onderzoeksresultaten naar voren is gekomen, wel opgenomen als nieuwe voorwaarde voor dit onderzoek.

In de volgende paragraaf volgen de aanbevelingen.

### **5.3. Aanbevelingen**

In deze paragraaf volgen een aantal aanbevelingen voor zorginstellingen, voor *In voor zorg!* die zorginstellingen adviseert en voor de thuiszorgsector als geheel.

De bevoegdheden rond wat medewerkers mogen doen in de thuiszorg is zoals gezegd scherp. Dit heeft een goede reden omdat er wordt gewerkt met mensen. Bij fouten staan er mensenlevens op het spel. Dit maakt het extra lastig in de thuiszorg om goed met medewerkers van verschillende niveaus in zelfsturende teams te kunnen. Anders dan in de productie-industrie is het minder makkelijk handelingen bij te leren. Met kijk op de toekomst is het noodzakelijk dat de mogelijkheden voor het werken in de zorg groter worden. Deel certificaten waardoor de medewerkers bepaalde handelingen mogen doen, bieden hierbij een uitkomst. De diversiteit van de medewerkers wordt daardoor wel vergroot omdat niet enkel de niveaus meer een rol spelen maar juist de vele handelingen die wel of niet gedaan mogen worden. Dit zou overzichtelijk gemaakt kunnen worden door middel van de fleximatrix van Van Amelsvoort & Benders (1996). Hierdoor wordt het makkelijker gemaakt om door te leren. Vaak zien niveau-2-medewerkers op tegen een jarenlange durende opleiding om niveau-3-medewerkers te worden. Deelcertificaten zouden daarbij een mogelijke oplossing bieden.

Door één van de zorginstellingen die ervoor kiest niveau-2-medewerkers af te laten vloeien wordt aangegeven dat deze keuze ook gemaakt wordt omdat de productiviteit van de niveau-2-medewerkers lager zou zijn waardoor het uiteindelijk goedkoper wordt zonder niveau-2-medewerkers te werken. Ook Buurtzorg geeft aan goedkoper te werken dan bestaande zorginstellingen met zelfsturende teams. Dat zij werken zonder niveau-2-medewerkers kan hier een reden van zijn. Het is echter niet met cijfers onderbouwd dat het goedkoper is zonder niveau-2-medewerkers te werken in de zelfsturende teams. Dit zijn veronderstellingen van de organisaties (zie H4. p. 44). De productiviteit van de medewerkers kan gemeten worden door de zorginstellingen om na te gaan of de hogere niveaus productiever zijn dan de niveau-2-medewerkers. Op het moment dat deze cijfers bekend zijn kan er een vergelijking gemaakt worden met de lonen die de medewerkers krijgen om uiteindelijk te kijken op welke manier de zorginstellingen goedkoper uit zijn. Op dit moment, nu de teams nog niet zo lang volledig zelfsturend zijn is het nog lastig de productiviteit te meten. Medewerkers zijn nog relatief veel tijd kwijt met organisatorische taken. Vooral de hogere niveaus, die meer taken op zich nemen zijn daarom veel tijd kwijt. Nu wordt door de

zorginstellingen enkel de declarabele tijd bij de cliënten gemeten om de productiviteit te berekenen. Om te onderzoeken of de hogere niveaus productiever zijn dan de niveau-2-medewerkers zou niet enkel de productiviteit bij de cliënten gemeten moeten worden, maar ook de productiviteit bij het uitvoeren van de organisatorische taken. Het gaat erom te kijken of de hogere niveaus meer handelingen verrichten in de zelfde tijd als de niveau-2-medewerkers. Zo kan gekeken worden of er beter met hogere niveaus gewerkt kan worden. De loonkosten tussen die niveau-2, niveau-2+ en de niveau-3-medewerkers verschillen tussen functieschaal 25, 30 en functieschaal 35. Dit betekent een bruto maandsalaris van gemiddeld €1960,49 tegen een maansalaris van gemiddeld €2084,16 (CAO Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg, 2012-2013). De verschillen in bruto maandsalaris tussen niveau-2 en niveau-3-medewerkers is daarmee €123,67. De kosten van de werkgever zijn daarmee hoger als zij ervoor kiezen enkel met niveau-3-medewerkers of hoger door te gaan. De productiviteit van de hogere niveaus dient op te kunnen wegen tegen het hogere salaris wat betaald dient te worden.

Het laatste advies voor de thuiszorginstellingen heeft betrekking tot de vergoeding van de zorg. Thuiszorginstellingen zijn op dit moment afhankelijk van de vergoeding van de overheid voor de diensten die zij leveren. Om toekomstbestendig te blijven en een hoge kwaliteit van de zorg te bieden zouden zij ook zorg aan kunnen bieden aan cliënten tegen eigen vergoeding om minder afhankelijk te worden van de overheid. Hierdoor zou de basiszorg kunnen blijven bestaan en minder inkrimpen waardoor de niveau-2-medewerkers nodig blijven.

#### 5.4. Reflectie

In deze paragraaf wordt teruggeblikt op het verloop van dit onderzoek, het onderzoeksproces en de eigen rol als onderzoeker. Het onderzoeksproces en de rol van de onderzoeker zijn al eerder aan bod gekomen in de methodische verantwoording. In deze paragraaf zal vooral het leerproces centraal staan.

Het onderzoeksplan dat voorafgaand aan dit onderzoek geschreven was, was bij nader inzien niet alles omvattend. De onderzoeksvragen zijn naar mate het onderzoek vorderde tot tweemaal toe aangepast. Dit had invloed op de relevante literatuur die gezocht is voor dit onderzoek. De literatuur die in eerste instantie gevonden was, gaf niet het volledige beeld van wat er qua relevante literatuur beschikbaar was. Later in het onderzoeksproces is verdere literatuurstudie verricht. Het was erg lastig voldoende geschikte literatuur te vinden, zoals ook aangegeven is in het theoretisch kader en in de methodische verantwoording van dit onderzoek. Het praten met mensen uit het vakgebied heeft geholpen het theoretisch kader volledig te krijgen.

Tijdens het schrijven van dit onderzoeksrapport was het constant zoeken naar de juiste vorm en indeling van de hoofdstukken. De opzet van de hoofdstukken aan de hand van de voorwaarden voor het werken met niveau-2-medewerkers in zelfsturende teams is opgezet om dit onderzoeksrapport overzichtelijk te maken. In eerste instantie waren de hoofdstukken ingedeeld aan de hand van de deelvragen opgesteld in paragraaf 1.4 van dit onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek zijn naar mate het onderzoek vorderde verder uitgebreid. Sommige respondenten zijn later nog gevraagd voor vragen over de veranderingen in de zorg, zoals de signalerende functie en het bevorderen van de zelfredzaamheid door de medewerkers. Dit was in eerste instantie niet in het theoretisch kader opgenomen en kwam niet in alle interviews naar voren. Bij het uitbreiden van het theoretisch kader is dit wel opgenomen en om die reden zijn sommige respondenten benaderd voor een aantal extra vragen.

Naast de punten die geleerd zijn op het gebied van de verslaglegging van een onderzoeksrapport met de grote als deze is ook veel geleerd op het gebied van communicatie met zorginstellingen en met *In voor zorg!*, de organisatie waar samenwerking mee is gezocht voor dit onderzoek. De vele communicatielijnen maakte het in sommige gevallen lastig om de juiste personen binnen de organisaties te spreken. Ook heeft het hierdoor langer geduurd om voldoende respondenten te vinden voor dit onderzoek. Het beter afbakenen van het onderzoek in het onderzoeksplan zou daarbij geholpen hebben.



## Bronnenlijst

Almekinders, M. (2006). *'Teams beter thuis in de thuiszorg?'* Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

Amelsvoort, P. van & Benders, J., (1996). Team time: a model for developing self-directed work teams, *International Journal of Operations & Production Management*, 16(2), 159-170.

Amelsvoort, P. van & Scholtes, G., (1993). *Zelfsturende teams; Ontwerpen, invoeren en begeleiden*, ST-Groep, Oss.

Amelsvoort, P. van (1999). *De moderne sociotechnische benadering*. ST-Groep. Vlijmen.

Amelsvoort, P. van, Seinen, B. Kommers, H. & Scholtes, G. (2003). *Zelfsturende teams, Ontwerp, invoeren en begeleiden*, ST-Groep, Vlijmen.

Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M., (2006). *Basisboek methoden en technieken*, Houten/Groningen; Wolters-Noordhof.

Bastiaenen J. & Vliet S. van (2009). *Clïënt en Thuiszorg, Trends in beeld*, STOOM en NPCF, Bunnik.

Berkers, W. (2000). *Praktijkgericht onderzoek en methodiekontwikkeling*, Sociaal Agogisch basisboek, Bohn Stafleu Van loghum, Houten.

Bolman L.G., & Deal, T.E., (2003). *Reframing organizations*, Jossey-Bass, USA.

Boeije, H. (2012). *Analyse van Kwalitatief onderzoek*, Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Burch, G.S.J. & Anderson, N.R. (2008), The team selection inventory: Empirical data from a New Zealand sample, *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 46(2), 241- 252.

Buurtzorg Nederland: Maatschappelijke Business Case (mBC). *Transitieprogramma in de langdurige zorg*. Versie 1.1, juni 2009.

Calibris, *Kwalificatiedossier 2012-2013*, geraadpleegd via:  
<http://www.calibris.nl/Onderwijsdocumenten/Kwalificatiedossiers/KD-s-2012-2013/Kwalificatiedossier-Helpende-Zorg-Welzijn-2012-2013>, (datum van raadpleging: 29-06-2013).

Drinka, T.J.K. (1996). 'Applying learning from self-directed work teams in business to curriculum development for interdisciplinary geriatric teams', *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 22(5), 433-450.

Goodman, P.S. & Haran, U.J., (2009). *Self-Managing Teams*, Tepper School of Business, Paper 1008.

Konings, I., Groningen, B.A. van & Barfüss, A.J.E., (2002). *'Taakgroepen: bevlogen of vervlogen?'*, *Onderzoek naar de lange termijnontwikkeling van taakgroepen bij tien organisaties*, Katholieke Universiteit Nijmegen

't Hart, H., Boeije, H. & Hox J. (2009). *Onderzoeksmethoden*, Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J.H., & Wei-ting, L. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care, *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937.

Have, W. ten (2011). *Beter presteren in de thuiszorg*, Universiteit Tilburg.

H+B Thuiszorg (2010). *Overzicht handelingen waarvoor de medewerkers die werkzaam zijn bij H+B Thuiszorg bevoegd en bekwaam zijn*, geraadpleegd via: <http://gallus.nl/Portals/4/Handelingenlijst1.pdf> (datum van raadpleging 11-03-2013).

Herderscheë, G. & Pré, R. du (2013, 26 april). Langdurige zorg nodig? Heeft u kinderen in de buurt? *De Volkskrant*, p. 1.

Hodgkinson G.P. & Healey, M. (2008). Toward a (Pragmatic) Science of Strategic Intervention: Design propositions for scenario planning. *Organization Studies*, 29, 435-457.

*In voor zorg!*, (2013). *Hoe ga ik aan de slag met zelfsturende teams in mijn thuiszorgorganisatie*, Manuscript aangeboden voor publicatie.

Jaarsveld, J. van & Amelsvoort, P. van (2005). *Een aanpak voor het invoeren van zelfsturende teams*. ST-Groep, Vlijmen.

Jones, G.R. & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: implications for cooperation and teamwork, *The Academy of Management Review*, 23(3), 531-546.

Jong, A. de, Ruyter, K. de & Wetzels, M. (2005). Antecedents and consequences of Group potency: a study of self-managing service teams, *Management Science*, 51(11), 1610-1625.

Kuipers, H. (1989). *Zelforganisatie als ontwerpprincipe*, Technische Universiteit Eindhoven.

Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel zorgkundige, Verpleegkundige en Verzorgende 2020 Deel 2*, Beroepsvereniging V&VN (Verpleegkundige en Verzorgende Nederland), Utrecht.

Lindenberg, J., Ouderaa, F. van der, Polman-van Stratum, E., Schalkwijk, F., Vlek-Schmale, I. & Westendorp, R. (2013). *Grijs is niet zwart wit. Ambities van 55+*, Medical delta.

Mannix, E. & Neale, M.A. (2006). What differences make a difference, *Psychological science in the public interest*, 6(2), 31-55.

Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport, *Wetgeving op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, geraadpleegd via: <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/> (datum van raadpleging 29-06-2013).

Nijenhuis, M. te (2012). *Zelfsturende teams in de zorg, Een onderzoek naar de aanwezigheid van condities om zelfsturende teams effectief te laten functioneren bij Carintreggeland*, Universiteit Twente.

Peeters, M. (2013). *Rapportage retrospectieve analyse ZorgAccent*, *In voor zorg!*, Utrecht.

Peeters, M. (1995). *Groepswork in sociotechnisch perspectief, praktijkervaringen uit de confectie-industrie*, Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

Peeters, M. & Geest, L. van der (1996). *Zelfsturende teams, de praktijk aan het woord*, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer.

Rijksoverheid, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geraadpleegd via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/ontwikkelingen-in-de-awbz> (datum van raadpleging 11-03-2013).

Senior, B. (1997). Team roles and team performance: is there 'really' a link?, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70(3), 241-258.

Sips, K. & Keunen L., (1996). Het paradoxale proces van autonome groepen in organisatiecontext, *Organisatie en veranderen*, p. 235-255.

Stasz C. (1997). Do Employers Need the Skills They Want? Evidence from technical work, *Journal of Education and Work*, 10(3), 205-223.

Tjepkema, S. (2003). *Verscheidenheid in zelfsturende teams*, Verschenen in Handboek Weken, leren en leven met groepen, Oktober 2003, Kessels-Smit.

Ursum J., Rijken, M., Heijman, M., Cardol, M. & Schellevis, F. (2011). *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. NIVEL, Utrecht.

Velden L.F.J. van der, Francke, A.L. & Batenburg R.S. (2011). *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen*. NIVEL, Utrecht.

Veer, A.J.E. de, Boer, D. de, Spreeuwenberg, P., Brandt, H.E., Schellevis, F.G., & Francke, A.L. (2009). *Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief*, Nivel, Utrecht.

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

Vroemen, M. (1995). *Werken in teams*, Kluwer, Deventer.

Wageman, R.J. Hackman, R. & Lehman, E. (2005). Team Diagnostic Survey, Development of an Instrument, *Journal of Applied Behavioral Science*, 41(4), 373-398.



## Bijlage 1 Overzicht handelingen per niveau medewerker

Overzicht handelingen waarvoor medewerkers die werkzaam zijn bij H+B Thuiszorg bevoegd en bekwaam zijn.

1/2

nr	Handelingenoverzicht	Verpleegkundige	Verz. D	Verz. C	Verz. B
		Niveau 4/5	niveau 3 V.I.G.	niveau 3 niveau 2+ (302)	niveau 2
0	Aanbrengen condoomcatheter	x	x	x	x
1	Blaaskatheterisatie bij de man (verblijfs)	x	x		
2	Blaaskatheterisatie bij de vrouw (verblijfs)	x	x		
3	Blaasspoelen	x	x	x	
4	Blaaskatheter verzorgen	x	x	x	
5	Blaaskatheterzak verwisselen	x	x	x	
6	Blaaskatheter verwijderen	x	x		
7	Bloeddruk meten	x	x	x	
8	Bloedsuiker bepalen	x	x		
9	Crèmes smeren (lanette, vaseline of eigen verzorgingsproducten)	x	x	x	x
10	Hechtingen verwijderen	x	x		
11	Injectie klaarmaken	x	x		
12	Injecteren intramusculair	x	x		
13	Injecteren subcutaan	x	x		
14	Injecteren van insuline d.m.v. insulinepen	x	x		
15	Inbrengen van een subcutaan naaldje t.b.v. med.toediening	x	x		
16	Inbrengen van een maagsonde	x	x		
17	Klysma toedienen (laagopgaand en/of kant en klaar)	x	x	x	
18	Klysma toedienen (hoogopgaand)	x	x		
19	Laxeren via microlax	x	x	x	
20	Lichaamstemperatuur opnemen	x	x	x	x
21	Maagkatheter inbrengen en/of verwijderen	x	x		
22	Manueel faeces verwijderen	x	x		
23	Medicatie uitzetten	x	x	x	
24	Verzorging peg-sonde	x	x		
25	Verzorgen van een stoma	x	x		
26	Verwisselen supra-pubis-catheter	x	x		
27	Verzorgen van een supra-pubis-catheter	x	x		

nr	Handelingenoverzicht	Verpleegkundige	Verz. D	Verz. C	Verz. B
		Niveau 4/5	niveau 3 V.I.G.	niveau 3 niveau 2+ (302)	niveau 2
28	Medicatie toedienen:				
	A via de neus	x	x	x	
	B in het oog	x	x	x	
	C in het oor	x	x	x	
	D per inhalator/verstuiver	x	x		
	E per os (oraal)	x	x	x	
	F per os (oraal) vanuit weekdoos	x	x	x	
	G per rectum	x	x	x	
	H per vagina	x	x	x	
	I Via peg-sonde	x	x		
	J In opgeloste vorm intravenous,spinal, epiduraal	x			
29	Pols tellen	x	x	x	
30	Medicatie uitzetten	x	x	x	
31	Sonde voeding toedienen (PEG of Neussonde)	x	x		
32	Steunkousen aan- en uittrekken	x	x	certificaat x	x
33	Stomaverzorging (colon, ileo of suprapubisch)	x	x	x	
34	Stomazakje verwisselen bij een tweedelig systeem	x	x	x	
35	Tillen en verplaatsen m.b.v. een tillift (of ander hulpmiddel)	x	x	x	x
36	Trachea stoma verzorgen	x	x		
37	Uitzuigen mond en keelholte	x	x		
38	Urine controle m.b.v. sticks	x	x	x	
39	Vernevelen	x	x		
40	Voedingspomp controle en inspelen	x	x		
41	Verwijderen van tampons uit een natuurlijke holte of bij decubitus	x	x	x	
42	Wondverzorging algemeen	x	x	x	
43	Wondverzorging complex	x	x	x	
	Decubitus stadium 2 Blaren en ontvelling	x	x	x	
	Decubitus stadium 3a oppervlakkige wond	x	x		
	Decubitus 3b tot 4b diepe en/of geïnfecteerde wonden	x	x		
44	Zuurstoftoediening d.m.v. cilinder	x	x		
45	Zuurstoftoediening d.m.v. concentrator	x	x		
46	Zwachtelen; compressie/ ACT	x	x		
47	Zwachtelen; amputatie onderbeen/bovenbeen	x	x		

Kwalificatieniveau	Diploma vereist	Type zorg	Handelingen toegestaan	Opmerkingen
Thuishulp A	Geen	Zeer laag complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzorging van het huishouden</li> <li>• Wandeling maken</li> <li>• Boodschappen doen</li> <li>• Huisdieren verzorgen</li> </ul>	Signaleringsfunctie richting organisatie inzake meer zorg of ondersteuning
Verzorgingshulp B	Helpende 2	Laag complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Aan- en uittrekken van therapeutische kousen (na behalen certificaat)</li> <li>• Aanbrengen van huidzalf zonder medicijnen</li> <li>• Toedienen van oogdruppels zonder medicijnen</li> <li>• Ondersteuning bij lichamelijke verzorging, wassen/aan-uitkleden, etc.</li> <li>• Hulp bij het eten/ drinken</li> </ul>	
Verzorgende C	Diploma Verzorgende niveau 3 / Diploma Helpende 2+	Laag tot gemiddeld complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Toedienen van oogdruppels</li> <li>• Steunkousen aan- en uittrekken</li> <li>• Aanbrengen huidzalf met medicijnen</li> <li>• Medicijnen uitzetten en toedienen per os</li> <li>• Wondzorg (gele/rode wond)</li> <li>• Hulp bij het eten/drinken</li> </ul>	
Verzorgende D	Diploma Verzorgende niveau 3 IG Ziekenverzorgende Diploma MDGO VP	Gemiddeld complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injecteren subcutaan (huidplooi techniek, voorbehouden handeling)</li> <li>• Injecteren subcutaan (loodrechttechniek, voorbehouden handeling)</li> <li>• Injecteren intramusculair (voorbehouden handeling, alleen IG)</li> <li>• Injecteren insuline subcutaan (voorbehouden handeling)</li> <li>• Sondervoeding (PEG, risicovolle handeling)</li> <li>• Verwisselen van een katheter</li> <li>• Bloedglucosewaarde bepalen (voorbehouden handeling)</li> <li>• Medicijnen uitzetten en toedienen per os</li> <li>• Gereedmaken injectiespuit</li> <li>• Wondspoelen via katheter (voorbehouden handeling, alleen IG)</li> <li>• Zwachtelen</li> <li>• Verzorgen stoma (bij instabiele situatie alleen IG)</li> <li>• Toedienen zuurstof (niet bij kinderen), cilinder en concentrator klaar maken voor gebruik</li> <li>• Reinigen trachea-binnencanule en verzorgen treachastoma (voorbehouden handeling)</li> <li>• Vernevelen, m.u.v. vernevelen van Pentamidine</li> <li>• Aanbrengen huidzalf met medicijnen</li> <li>• Toedienen van oog/neus/oordruppels</li> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Wondverzorging</li> <li>• Gereedmaken injectiespuit</li> <li>• Palliatieve zorg</li> <li>• Kraamzorg</li> <li>• Hulp bij het eten/drinken</li> </ul>	

Kwalificatieniveau	Diplomaversie	Type zorg	Handelingen toegestaan	Opmerkingen
Verpleegkundige	Diploma MBO Verpleegkundige niveau 4	Gemiddeld tot hoog complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Assisteren bij inbrengen van perifere infuus</li> <li>• Wondverzorging</li> <li>• Palliatieve zorg</li> <li>• Gensedmaken injectieaput</li> <li>• Injecteren subcutaan [huidplooi techniek, voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren subcutaan [loodrechttechniek, voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren intramusculair [voorbehouden handeling, alleen IG]</li> <li>• Injecteren insuline subcutaan [voorbehouden handeling]</li> <li>• Sondervoeding [PED, risicovolle handeling]</li> <li>• Aanbrengen huidzalf met medicijnen</li> <li>• Verwisselen van een externe katheter</li> <li>• Bloedglucosewaarde bepalen [voorbehouden handeling]</li> <li>• Steunkouwen aan- en uittrekken</li> <li>• Medicijnen uitzetten en toedienen per os</li> <li>• Toedienen van oogdruppels</li> <li>• Wondposities via katheter</li> <li>• Zwachtelen</li> <li>• Verzorgen atoma</li> <li>• Toedienen zuurstof, cilinder en concentrator klaar maken voor gebruik</li> <li>• Reinigen trachea-binnencanule en verzorgen tracheotoma [voorbehouden handeling]</li> <li>• Vermevellen, m.u.v. vermevellen van Pentamidine</li> <li>• Diabetes prikken, bepalen bloedsuiker</li> <li>• Vermevellen, m.u.v. vermevellen van Pentamidine</li> <li>• Kraamzorg</li> <li>• Hulp bij het eten/drinken</li> </ul>	
Wijverpleegkundige	Diploma HBO Verpleegkundige niveau 5	Hoog complexe zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamsverzorging en observatie</li> <li>• Assisteren en toedienen van medicijnen</li> <li>• Inbrengen, goedmaken en verwisselen van infuus:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* perifere infuus</li> <li>* CVK</li> <li>* veneus poortstelsel</li> <li>* epiduraal</li> <li>* intrathecaal</li> <li>* hyodermoclyse</li> <li>* subcutaan</li> <li>* pompen</li> </ul> </li> <li>• Sondervoeding</li> <li>• Injecteren intracutane [voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren subcutaan [huidplooi techniek, voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren subcutaan [loodrechttechniek, voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren subcutaan bij een kind [voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren intramusculair [voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren intramusculair bij een kind [voorbehouden handeling]</li> <li>• Injecteren intraveneus [voorbehouden handeling]</li> <li>• Nier- en blaaskatheterisatie</li> <li>• Bloedglucosewaarde meten</li> <li>• Zuurstof toedienen</li> <li>• Wondverzorging</li> <li>• Drainage</li> <li>• Zwachtelen</li> <li>• Tractiebehandeling</li> <li>• Verzorgen en spoelen atoma</li> <li>• Tracheacanule reinigen en verzorgen</li> <li>• Vermevellen</li> <li>• Samen met de cliënt planning voor het huishouden maken</li> <li>• Palliatieve zorg</li> <li>• Kraamzorg</li> <li>• Hulp bij het eten/drinken</li> </ul>	
Niveau 5	SPH HBO-niveau	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hulp verlenen vanuit een pedagogische doelstelling</li> <li>• Begeleidende taken</li> <li>• Organisatorische taken</li> <li>• Activerende taken</li> </ul>	



## **Bijlage 2 Topiclist**

### **Topiclist organisatie met en zonder niveau-2-medewerkers in zelfsturend team**

#### **Waarom wel/ niet niveau-2**

- Afwegingen

#### **Wat kunnen de niveau-2**

- Functionele taken
- Organisatorische taken
- Communicatie
- Verschil vroeger en huidige situatie
- Statusverschillen
- Taakafhankelijkheid

#### **Veranderingen in de zorg**

- Bezuinigingen
- Signalerende functie
- Zelfredzaamheid

#### **Bij/omscholing**

- Functionele taken
- Organisatorische taken
- Communicatie
- Verder opleiden tot niveau-3?

## **Bijlage 3 CD**

Bijlage 3 de CD is los toegevoegd aan dit onderzoeksrapport. Op de CD zijn bestanden te vinden van de getranscribeerde interviews en de uitwerkingen van de interviews in NVivo.

# Publieke dimensie in de thuiszorg

---

Tamar Hoefsloot

**Studentennummer: 3601331**

**11-3-2013**

**Docent: Peter Leisink**

**Aantal woorden: 2331**

## Inleiding

Maatschappelijk verantwoord ondernemen en duurzame inzetbaarheid van medewerkers wordt steeds vaker benoemd door organisaties als belangrijk. Kijkend in de praktijk naar het gedrag van organisaties is het nog de vraag hoe zij dit uitdragen en hoe 'publiek' een organisatie werkelijk is. Het is van belang stil te staan bij de publieke dimensie van organisaties omdat de publieke dimensie niet enkel te vinden is bij publieke organisaties. Zoals eerder gezegd komt de publieke dimensie ook terug in veel andere (private) organisaties. In dit paper zal worden gekeken naar de publieke dimensie van organisaties, in het bijzonder naar een programma vanuit een samenwerkingsverband namelijk *In voor zorg!* Dit programma komt voort uit een samenwerking tussen Vilans en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Dit paper is onderdeel van een master scriptie van de opleiding Strategic Human Resource Management aan de Universiteit Utrecht en is als toevoeging bedoeld omdat het relevant is tijdens deze master scriptie te kijken naar hoe de onderzoeksorganisatie zich verhoudt tot zijn maatschappelijke omgeving met daarbij de publieke dimensie van het vraagstuk (USBO). Het vraagstuk dat in de scriptie zal worden behandeld luidt: Welke functie kunnen niveau2-medewerkers vervullen in zelfsturende teams in de thuiszorg? In de volgende paragrafen zal dit vraagstuk en het programma worden bekeken aan de hand van drie vragen namelijk, (1) wat is er publiek aan het programma, (2) in hoeverre is sociale legitimiteit een doelstelling van het programma en vraagstuk, en (3) mijn oordeel over de publieke dimensie van het programma en vraagstuk.

### **Wat is er publiek aan het programma *In voor zorg!*?**

Om te kunnen bepalen welke mate van publieke dimensie een organisatie heeft kan er naar verschillende aspecten worden gekeken. Volgens Rainey (2003) zijn hierbij drie aspecten van belang namelijk het eigendom, de financiering en de zeggenschap. Het programma waar dit onderzoek voor wordt uitgevoerd is een samenwerking tussen een publieke organisatie namelijk het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en een private organisatie Vilans. In de volgende alinea's zal kort uitgelegd worden wat deze organisaties publiek en privaat maakt. Daarna wordt ingegaan op het programma *In voor zorg!* zelf.

Het ministerie van VWS maakt het overheidsbeleid op het gebied van gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en sport (VWS). Het ministerie van VWS is een overheidsinstantie die mensen stimuleert tot gezond gedrag maar die er ook voor zorgt dat de mensen die problemen hebben met de gezondheid terecht kunnen bij verschillende vormen van de gezondheidszorg. Het ministerie wordt gefinancierd door de overheid. Ook de zeggenschap van het ministerie ligt volledig in handen van de overheid.

Vilans is een kenniscentrum voor langdurige zorg. Het is een stichting zonder winstoogmerk. De stichting is er op gericht samen met mensen uit de praktijk kennis verder te ontwikkelen en vernieuwen. Dit doen zij deels door een basissubsidie van het ministerie van VWS. Daarnaast worden zij ook gefinancierd door opdrachtgevers zoals beroepsverenigingen, zorgorganisaties en fondsen die belang hebben bij een hogere kwaliteit van de zorg. Vilans is er voor iedereen in de langdurige zorgsector. Dit niet alleen de overheid maar ook verzekeringen of cliëntvertegenwoordigers. De zeggenschap van Vilans kan hiermee gekenmerkt worden door zowel economische autoriteiten als publieke autoriteiten.

# Vier organisatorische posities



Figuur 1: Vier organisatorische posities van Noordgraaf en Teeuw (2003)

Het ministerie is de opdrachtgever van het programma *In voor zorg!* Vilans is de uitvoerder van het programma. In figuur 1 zijn de verschillende organisaties die verantwoordelijk zijn voor het programma in verhouding tot elkaar gezet in het schema van Noordgraaf en Teeuw (2003). Volgens Noordgraaf en Teeuw (2003) kan er naast de mate van publiek of privaat van de organisatie ook worden gekeken naar de mate van publiek of private identiteit. Kijkend naar de bovengenoemde organisaties wordt het ministerie gezien als publieke organisatie met een publieke identiteit. Vilans is daarentegen meer een private organisatie welke neigt naar een publieke identiteit. Deze identiteit is vast gesteld aan de hand van de vier aspecten van Noordgraaf en Teeuw (2003) namelijk het idee van doelgerichtheid, oorzakelijkheid, tijd en orde. Bij beide organisaties is een publieke opvatting van doelgerichtheid te zien namelijk teleologisch: “gerichtheid op het verwezenlijken van een hoger doel” (Noordgraaf en Teeuw 2003, p. 6). Beide organisaties zijn bezig in het beleid te rekening te houden met de maatschappij en organisaties in de zorg om gezamenlijk naar een bestendige oplossing te zoeken. Kijkend naar de oorzakelijkheid kan worden gesteld dat beide organisaties een holistische opvatting hebben. De werkelijkheid wordt gezien als complex waarbij er rekening gehouden moet worden met de effecten van handelingen of beslissingen op andere orde (Noordgraaf en Teeuw 2003, p. 7). Ook kijkend naar de opvattingen over de tijd en orde vallen zowel VWS als Vilans onder de publieke identiteit. De opvatting is dynamisch en horizontaal (Noordgraaf en Teeuw 2003, p. 7). Zij kijken naar de belangen van de toekomstige generatie en ontwikkelingen om ervoor te zorgen dat de zorg toekomst bestendig is. Ook gaan zij uit van wederzijdse afhankelijkheid. Alleen gezamenlijk met de bestaande zorginstellingen en de cliënten kunnen zij tot beslissingen en oplossingen komen. Op de website van Vilans staat over het Maatschappelijk belang van het programma het volgende: “Steeds meer mensen doen een beroep op de langdurende zorg. Het is niet alleen belangrijk dat er voldoende zorg is, betaalbaar en van goede kwaliteit. Maar ook dat mensen die zorg nodig hebben, een waardevol leven hebben en houden. Dat is alleen te

bereiken als zorgprofessionals, bestuurders en beleidsmakers gezamenlijk optrekken. Samen kunnen zij nieuwe oplossingen bedenken en succesvol doorvoeren. Vilans neemt daarin het voortouw. Zodat méér mensen, met mínder middelen, kwalitatief nóg betere zorg krijgen.”(Vilans).

Het programma *In voor zorg!* zal in het schema tussen beide organisaties in zitten. Het initiatief van het programma ligt bij de publieke organisatie, het VWS, de uitvoering ligt bij een non profit organisatie, Vilans. Noordgraaf en Teeuw (2003) verstaan zoals eerder gezegd onder publieke identiteit een organisatie dat zich richt op een hoger doel op de langere termijn. Het karakter van het programma *In voor zorg!* is publiek. Het beleid is gericht op een hoger doel namelijk het verbeteren van de thuiszorg in Nederland. Ook richt het zich op de lange termijn. Door het publieke karakter is *In voor zorg!* in het schema in figuur 1 in de linker boven hoek geplaatst.

Noordgraaf en Teeuw (2003) geven aan dat de mentaliteit in de publieke sector de laatste jaren is veranderd. Publieke ondernemingen zijn opzoek naar manieren om beter, innovatiever en anders te werken. Dit is ook terug te zien in de zorgsector. Zorginstellingen zijn bezig efficiënter en effectiever te gaan werken. Er moet echter nog veel gebeuren om dit te bewerkstellen. Daarom zijn er verschillende adviesorganen vanuit onder andere de overheid die de organisatie kunnen helpen bij het specificeren van de plannen en het logisch opstellen van beleid en management.

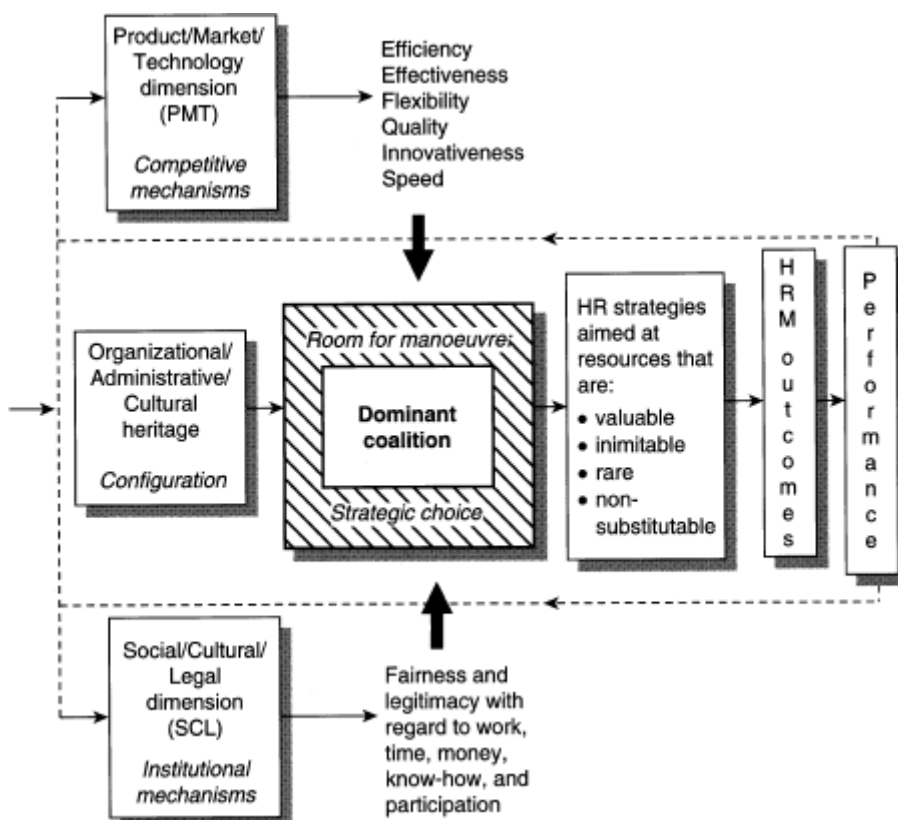
*In voor zorg!* is een initiatief van het ministerie van VWS en Vilans, die zorginstellingen helpt de werkprocessen in te richten met de blik op de toekomst, een toekomst bestendige zorg. Zij bieden kennis en praktische ondersteuning aan zorginstellingen. Zij zijn opgericht om zorginstellingen te adviseren in de toekomst in te kunnen spelen op de veranderingen in de vraag naar de zorg.

Terugkijkend naar de termen van Rainey (2003) kan worden gezegd dat het eigendom van het programma bij een non profit ligt namelijk Vilans. Het programma wordt gefinancierd door de overheid, deze is dan ook publiek. De zeggenschap over het programma ligt inhoudelijk bij Vilans maar de vraag kwam uit de overheid, wat kenmerkend is voor een polyarchie. Deze kenmerken laten volgens het schema van Perry en Rainey (1988) (in Rainey 2003 p. 71) zien dat *In voor zorg!* een Government-sponsored enterprise is.

## Social legitimacy als doelstelling ten aanzien van het (beleids)vraagstuk

Omdat in dit onderzoek niet wordt gewerkt vanuit het HR beleid van één organisatie maar er naar verschillende organisaties wordt gekeken, wordt in deze paragraaf niet de social legitimacy van het HR-beleid van Vilans of VWS, of een van de zorginstellingen die meewerken aan dit onderzoek besproken. Hier zal worden ingegaan op de social legitimacy van de motieven van de opdrachtgever om dit onderzoek uit te voeren. Eerst zal worden ingegaan op wat voor invloed social legitimacy kan hebben op het beleid van de organisatie. Daarna wordt gekeken naar de achtergrond van dit vraagstuk.

Bedrijven zijn niet alleen economische actoren, ze opereren ook in een samenleving. Ze moeten rekening houden met wetgeving over hoe men met medewerkers om dient te gaan, maar ook met de verwachtingen wat de rol van de organisatie is in de samenleving. Dit komt tot uiting in de sociale legitimiteit van het beleid van de organisatie (Boxall en Purcel 2011, p.19). Sociale legitimiteit kan worden gezien in de organisatie maar ook daarbuiten. Aan de ene kant moet rekening worden gehouden met de medewerkers, aan de andere kant met de samenleving. Ook dit vraagstuk richt zich naar binnen, naar de medewerkers op welke manier zij inzetbaar kunnen blijven in een nieuwe organisatievorm. Daarnaast richt het zich ook naar buiten, door het efficiënter en effectiever werken van de zorg en voor het behouden van zoveel mogelijk personeel in deze sector met kijk op de toekomst.



Figuur 2: The contextually based human resource theory (Pauwe, 2004, p. 91)

In bovenstaand model van Pauwe (2003) is te zien dat er van buiten af twee dimensies invloed hebben op de “Dominant coalition” waar het HR-beleid van en organisatie uitvloed. Aan de bovenkant wordt het beleid volgens Pauwe (2004) beïnvloed door de markt, dit gaat om economische rationaliteit en nationale en internationale concurrentie, wat betrekking heeft op de bedrijfsvoering, efficiëntie, effectiviteit, flexibiliteit, kwaliteit, innovatie en snelheid. Aan de onderkant wordt het volgens Pauwe (2004) beïnvloed door de sociale politiek, culturele en juridische context. Daarmee wordt aangegeven dat fairness, een eerlijk balans in

de relatie tussen werkgever en werknemer, en legitimiteit, de acceptatie van de organisatie in een bredere context waarin zij opereert, ook een impact zullen hebben op de totstandkoming van het HR-beleid van een organisatie.

Zoals gezegd, wordt in dit geval niet gesproken over het HR-beleid van de organisatie, maar zal er worden gekeken naar de sociale legitimiteit van dit vraagstuk. Hier zal eerst kort worden ingegaan op de achtergrond van het probleem waar dit vraagstuk mee te maken heeft.

De achtergrond van dit vraagstuk heeft te maken met de invoering van zelfsturende teams in de thuiszorg. Almekinders (2006) geeft aan dat de maatschappij aan het individualiseren is. De vroegere verzorgingsstaat staat daarmee ter discussie. Door de neo-liberalistische tijdsgeest is de solidariteitsgedachte van de samenleving minder aanwezig dan tijdens de verzorgingsstaat. Dit geldt ook in de politiek. Dit heeft tot gevolgen dat er minder geld beschikbaar is voor collectieve voorzieningen waardoor deze worden afgebouwd en versoberd (Almekinders 2006).

De overheid geeft daarbij zelf aan dat door de individualisering mensen minder verantwoordelijkheid nemen voor de maatschappelijke verbanden zoals familie, vrienden en burens (VWS, 2004, in Almekinders 2006, p. 20). Het aantal chronisch zieken zal in de komende 15 jaar bijna 40 procent groter zijn dan deze nu is (SCP, Almekinders, 2006, p. 20). Deze ontwikkelingen zullen samen leiden tot een groei in de vraag naar zorg van 3 procent per jaar in de komende jaren (CBS) dit terwijl het beschikbare verplegend personeel aan het dalen is. Daarnaast lopen de kosten in de zorg steeds hoger op.

Deze veranderingen vragen om een andere aanpak van de zorg. Andere organisatievormen kunnen zorginstellingen helpen de gaten op te vullen. Een organisatievorm welke steeds vaker wordt ingevoerd door zorginstellingen is zelfsturende teams. Door het invoeren van zelfsturende teams kunnen onder andere de overheadkosten worden verlaagd waardoor de gezondheidskosten ook lager uit kunnen vallen.

Omdat er steeds meer zorginstellingen zijn die met zelfsturende teams gaan werken is het van belang te weten hoe deze teams het best kunnen worden samengesteld. Buurtzorg, de organisatie die begonnen is met zelfsturende teams, werkt momenteel alleen met verzorgers van niveau 3 t/m 5. Bestaande zorginstellingen, die zelfsturende teams in de toekomst willen invoeren, werken vaak met verzorgers vanaf niveau 2. De vraag is of deze verzorgers ook de vaardigheden hebben om in zelfsturende teams te kunnen werken en hoe deze teams het best samengesteld kunnen worden.

Dit terwijl, zoals eerder genoemd, de vraag naar personeel en de zorgkosten in de komende jaren alleen maar zullen stijgen. Om deze redenen is het uitermate van belang dat er goed gaat worden gekeken hoe met deze groep niveau2-medewerkers om dient te worden gegaan en op welke manier zij behouden kunnen blijven voor de zorgsector. Dit maakt de publieke dimensie van dit vraagstuk groot. De legitimiteit, de acceptatie van de organisatie in een bredere context waarin zij opereert (Paauwe 2004, p. 91), komt in het programma naar voren omdat met het programma niet enkel de zorginstellingen geholpen worden maar ook de maatschappij, de medewerkers en de cliënten zelf. Dit wordt in de volgende paragraaf verder uitgelegd.

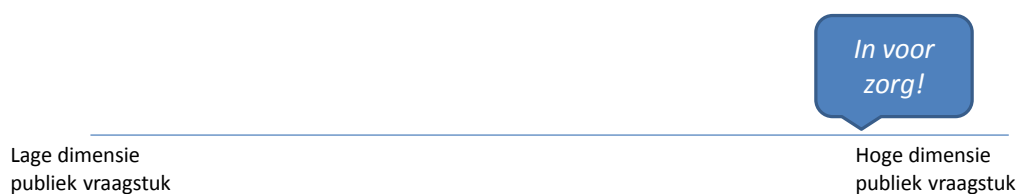
Zoals gezegd is *In voor zorg!* een programma die zorginstellingen wil begeleiden bij het inrichten van werkprocessen in de toekomst. Om dit goed te kunnen doen is dit onderzoek nodig zodat er meer duidelijkheid komt op welke manier zelfsturende teams optimaal kunnen werken en wat er met de verschillende medewerkers gedaan wordt.



## Mijn oordeel over de publieke dimensie van het programma en vraagstuk

De publieke dimensie van het vraagstuk waar ik mij in mijn scriptie mee bezig ga houden is naar mijn mening groot. Dit heeft te maken met het feit dat de resultaten van mijn onderzoek niet enkel voor de organisatie van toegevoegde waarden kan zijn maar juist voor de verschillende zorginstellingen die worden geadviseerd door middel van het programma *In voor zorg!*. Naast de organisaties die baat hebben bij de uitkomsten hebben ook de medewerkers, cliënten en de maatschappij baat bij de uitkomsten van mijn onderzoek. De medewerkers kan het helpen hun baan te behouden en de vaardigheden die vereist zijn te behalen. De cliënten kan het helpen doordat de dienstverlening verbeterd. De maatschappij kan het helpen doordat als de zorg efficiënt wordt ingevuld de kosten van de zorg zo veel mogelijk kunnen worden gedrukt.

## Oordeel publieke dimensie vraagstuk



Figuur 3: Oordeel publieke dimensie vraagstuk

## Bronvermelding

Almekinders, M. (2006) *'Teams beter thuis in de thuiszorg?'* Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen

Boxall, P. & Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management*. Houndmills/New York: Palgrave-Macmillan.

*In voor zorg!*, Over *In voor zorg!*, geraadpleegd op 1-3-2013

<http://invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/Overzichten-In-Voor-Zorg!-Over-In-voor-zorg!.html?hoofdthema=-1>

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, geraadpleegd op 1-3-2013,

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>

Noordegraaf, M., & Teeuw, M. M. (2003). Publieke Identiteit: Eigentijds Organiseren in de Publieke Sector. *Bestuurskunde*, 1, 2-13.

Paauwe, J. (2004). *HRM and Performance*. Oxford: Oxford University Press.

Rainey, H. (2003). What Makes Public Organizations Distinctive. *Understanding and Managing Public Organizations*, 55-78.

Universiteit Utrecht (2013) *Studiehandleiding Leerkring SHRM*, Master Strategisch Human Resource Management, februari-juli

Vilans, Over ons, geraadpleegd op 1-3-2013, <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Over-Vilans.html>