“Consciously, we teach what we know; unconsciously, we teach who we are” (Hamachek 1999, p. 209)

AFSTUDEERONDERZOEK

‘Welke ontwikkelingen moeten er binnen het team van zorglocatie ‘Trainingshuis Acht’ gerealiseerd worden zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep?’

Datum: 17-06-2016
Student: Yvette Schmitt
Studentnummer: 2168720
Fontys hogeschool voor Sociale Studies
Afstudeerrichting: Maatschappelijke dienstverlening
Docenten: Lydia van Dinteren & Judith Arts

Samenvatting

H1: Probleemanalyse

De zorgkosten zijn onafgebroken aan het stijgen sinds 1998 (CBS, 2015). Om de zorg betaalbaar te kunnen houden, heeft de overheid besloten te bezuinigen op de zorg. Deze hervormingen zijn ingegaan vanaf 1 januari 2015. De zorgtaken zijn overgedragen van de overheid naar de gemeenten. De gemeenten besluiten op welke vorm van zorg een individu met een zorgvraag recht heeft. Deze regels zijn strenger dan voor 1 januari 2015. Dit heeft als gevolg dat mensen langer thuis moeten blijven wonen en vaker een beroep moeten doen op het sociale netwerk om zorg te krijgen. (CIZ, 2015) Ook de zorg binnen instellingen is veranderd. Men kan na 1 januari 2015 alleen met een zwaardere beperking dan voorheen een indicatie krijgen om in een instelling te kunnen wonen. Dit heeft gevolgen voor de cliënt, maar ook voor de zorgverleners die binnen de instellingen werken. Zij krijgen te maken met een steeds zwaarder wordende doelgroep, maar ook met vermindering van personeel tijd. (Rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties, 2015) In dit onderzoek wordt onderzocht wat er moet gebeuren binnen een instelling om als zorgteam te kunnen blijven meebewegen met de veranderende doelgroep, zodat goede zorg gegarandeerd kan blijven. Dit is geformuleerd in de volgende hoofdvraag:

‘Welke ontwikkelingen moeten er binnen het team van zorglocatie ‘Trainingshuis Acht’ gerealiseerd worden zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep?’

H2: Theoretisch kader

Het theoretisch kader is opgebouwd uit theorieën over het bieden van goede zorg (Baars et al., 2006) en de relatie met het goed functioneren van een zelfsturend team (Van Amelsfoort). Onderzoek heeft uitgewezen dat goede zorg pas geboden kan worden als het team op een juiste manier functioneert. (Vissers, 2014)
Daarnaast wordt de competentiegerichte methodiek (Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 2008) en de theorie van de empowerment (Scheffers, 2015) besproken. De theorieën zijn met elkaar in dit hoofdstuk verbonden. Alle subhoofdstukken in het theoretisch kader dragen bij aan goede zorg.

H3: Methodologie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder een respondentengroep van 9 personen binnen zorglocatie Trainingshuis Acht, onderdeel van Lunetzorg. Er heeft een kwalitatief onderzoek met een ondersteunende topiclijst plaatsgevonden. Een kwalitatief onderzoek was het meest passend bij dit onderzoek omdat de ‘de vraag achter de vraag’ en de motiverende redenen van respondenten van waarde waren voor dit onderzoek. De interviews zijn auditief opgenomen met toestemming van de respondenten. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd, waaruit de codeboom is ontstaan. De codeboom is opgenomen in bijlage 3.

H4: Resultaten

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat respondenten ervaren dat er te weinig gecommuniceerd wordt tussen teamleden. Ook het geven van negatieve feedback is iets wat te weinig gebeurd. Gekoppeld aan de theorie kan gesteld worden dat de veiligheid binnen het team nog niet volledig aanwezig is. Veiligheid in het team zorgt voor een sociale omgeving waarin feedback gegeven kan worden (Vissers, 2014). Opvallend is dat wel benoemd wordt dat men fijn en prettig werkt in het team, maar als het aankomt op het geven van feedback en communiceren over hetgeen wat minder goed gaat, er toch geen veiligheid genoeg is om dit voldoende te kunnen uiten.
Er is door verschillende respondenten benoemd dat zij een behoefte hebben aan het opfrissen van de cursus 'ZIEN', om de bekwaamheid ten opzichte van de steeds zwaarder wordende doelgroep te vergroten.

H5: Conclusie en aanbevelingen

Vanuit de deelvragen is een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd. Er is geconcludeerd dat veiligheid binnen het team het overkoepelende thema is die bijdraagt aan het verbeteren en het blijven bieden van goede zorg. Onder andere de communicatie en het geven van feedback is nog niet zo aanwezig zoals dit zou moeten zijn binnen het team. Aan de basis van het geven van feedback staat veiligheid creëren binnen het team. Uit onderzoek is gebleken dat een sociale omgeving binnen een zelfsturend team draagt bij aan betere zorg. (Vissers, 2014)
Om veiligheid binnen het team te kunnen waarborgen, dient het team als geheel te blijven reflecteren op het handelen (Savage, 2015). Ook is het van belang om als zelfsturend team te werken aan teambuilding om het groepsgevoel te versterken. (Van Amelsfoort, 2015)

H6: Discussie

Wegens de relatief kleine respondentengroep van 9 personen binnen een afdeling voor jongvolwassenen met een verstandelijke handicap kan het zijn dat eenzelfde onderzoek binnen een andere instelling, andere resultaten geeft.
De theorieën uit het theoretisch kader en de probleemanalyse representeren de veranderingen in de zorg, het bieden van goede zorg en het inzetten van methodieken zoals empowerment en de competentiegerichte methodiek. Deze zijn toepasbaar op andere organisaties en doelgroepen.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie. Na jaren van hard werk is het dan zo ver, ik hoop middels dit onderzoek af te kunnen studeren. Wat heb ik veel geleerd over mezelf als persoon en als maatschappelijk dienstverlener. Ik heb geleerd dat ik als persoon veel sterker ben dan ik ooit voor mogelijk had gehouden. Ook ben ik erachter gekomen hoe veel liefde ik heb voor het vak. Ik ben dan ook zeer dankbaar dat ik na mijn afstuderen het geweldige vak in het sociale werk mag gaan uitvoeren.

Ik wil Fontys Hogeschool voor Sociale Studies dan ook heel erg bedanken voor het vertrouwen in mij. Het is geen makkelijke reis geweest, maar de eindbestemming had ik nooit bereikt zonder de fantastische en lieve leraren die altijd in mij hebben geloofd. Ondanks een periode van ziekte, is mij altijd de kans geboden om de opleiding af te ronden. Dat heeft heel veel voor mij betekend.
De spiegels die zij mij voorhielden waren vaak confronterend, maar ik had het voor geen goud willen missen.

Ook wil ik de respondenten van Trainingshuis Acht bedanken. Behalve dat zij zeer dierbare collega's van mij zijn, vanuit mijn stage en nu ook vanuit mijn werk, waren zij ook fantastische respondenten. Eerlijk, direct, geduldig en altijd oprecht. Dat zij met zo veel plezier tijd voor mij vrij wilde maken, heeft veel voor mij betekend. Dank jullie wel.

Rest mij nu nog niets anders dan u veel plezier te wensen met het lezen van mijn afstudeerscriptie.

Yvette Schmitt

Inhoudsopgave

Samenvatting **2**

Voorwoord **4**

Inleiding **7**

H.1: Context en probleemschets **8**

1.1 Probleemanalyse *8*

1.1.1 Veranderingen in de zorg 8

1.1.2. Decentralisatie van de zorg 10

1.1.3. Gevolgen veranderingen in de zorg binnen een zorglocatie 11

1.2 Probleemstelling (+ verificatie) *13*

Probleemstelling *13*

Verificatie *13*

1.3. Onderzoeksdoelstelling *13*

1.4. Hoofdvraag en deelvragen *13*

Met de volgende deelvragen dient er een antwoord gegeven te worden op de hoofdvraag: *14*

Deelvragen *14*

1.5 Begripsafbakening *14*

H.2: Theoretisch kader **16**

2.1 Goede zorg *16*

2.1.1 De kwaliteitscirkel van Deming 16

2.1.2 Wanneer is zorg, goede zorg? 17

2.2 Sterk zijn als team in de zorg: Theorie over zelfsturende teams *18*

2.2.1 Veiligheid binnen een zorgteam 20

2.3 Competentiegerichte methodiek *20*

Hoofdstuk 3: Methodologie **23**

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef *23*

3.2 Dataverzamelingsmethode: Kwalitatief onderzoek. *23*

3.2.1 Interne en externe validiteit van de dataverzamelingsmethode *24*

3.2.2 Betrouwbaarheid van de dataverzamelingsmethode *24*

3.3 Meetinstrument *24*

3.3.1 Interne en externe validiteit van het meetinstrument *25*

3.3.2 Betrouwbaarheid van het meetinstrument *25*

3.4 Data-analyse *25*

Hoofdstuk 4: Resultaten **27**

4.1 Deelvraag: Welke problemen ervaren medewerkers met het bieden van goede zorg doordat er een toestroom van de steeds zwaarder wordende doelgroep is? *27*

4.2 Deelvraag: Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop cliënten worden begeleid? *28*

4.3 Voelen medewerkers zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen werken? *29*

4.4 Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep? *30*

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen **32**

5.1 Conclusie *32*

5.1.1 Deelvraag: Welke problemen ervaren medewerkers met het bieden van goede zorg doordat er een toestroom van de steeds zwaarder worden doelgroep is? 32

5.1.2 Deelvraag: Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop de cliënten begeleid worden? 32

5.1.3 Voelen medewerkers zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen werken? 33
5.1.4. Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep? 33
5.3 Aanbevelingen *34*

Hoofdstuk 6: Discussie **36**
6.1 Betekenis en bruikbaarheid *36*
6.2. Sterkte- en zwakteanalyse *37*

Literatuurlijst **38**

Bijlage 1: Verificatie van het onderzoek **41**

Bijlage 2: Topiclijst **42**

Bijlage 3: Codeboom **43**

Inleiding

Elk individu in Nederland krijgt er in meer of mindere mate mee te maken: Veranderingen in de zorg.

De zorgkosten in Nederland zijn al jaren onafgebroken aan het stijgen. Om de zorg voor in de toekomst nog betaalbaar te kunnen houden, heeft de overheid besloten om de financiering van de zorg te veranderen en om te bezuinigen. Dit treft alle vormen van zorg, binnen en buiten instellingen. Van baby tot bejaarde en alles daar tussenin.

In dit onderzoek wordt bekeken wat de veranderingen in de zorg voor invloed hebben binnen een zorgorganisatie. Voor vele maatschappelijk dienstverleners is het werken in instellingen en het omgaan met de bezuinigingen een dagelijkse bezigheid.
In dit onderzoek is doormiddel van een kwalitatief onderzoek bekeken wat er binnen een zorginstelling moet gebeuren om goede zorg te kunnen garanderen wanneer er steeds minder financiële middelen zijn en daardoor ook minder tijd per cliënt. Daarnaast is er een sprake van een steeds zwaarder wordende doelgroep, doordat de indicaties voor intern wonen binnen een zorginstelling strenger zijn geworden.

In dit onderzoek worden kennis en inzichten gegeven die bijdragen aan het blijven bieden van goede zorg binnen een instelling. Wat kan een instelling doen om de tijd zo efficiënt mogelijk te kunnen gebruiken, wat moet er gebeuren aan de begeleidingsstijl en wat moet een team realiseren om zo goed mogelijk te blijven functioneren?
In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal:

'Welke ontwikkelingen moeten er binnen het team van zorglocatie 'Trainingshuis Acht' gerealiseerd worden zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep?'

Het onderzoek heeft de volgende opbouw. Allereerst wordt de probleemanalyse beschreven. Hierbij wordt op macro-, meso- en microniveau de problematiek zichtbaar. Uit deze probleemanalyse vloeit de probleemstelling. Hierop volgend staat het theoretisch kader beschreven, die theoretische inzichten geeft bij dit onderzoek en als kader fungeert voor de interviews die zijn gehouden. Daarna is de onderzoeksdoelstelling beschreven waar wordt verantwoord welke keuzes er zijn gemaakt bij dit onderzoek. Daaropvolgend worden de onderzoeksresultaten, conclusie en aanbevelingen gepresenteerd. Als laatst wordt de discussie beschreven waarbij kritisch wordt gekeken naar dit onderzoek.

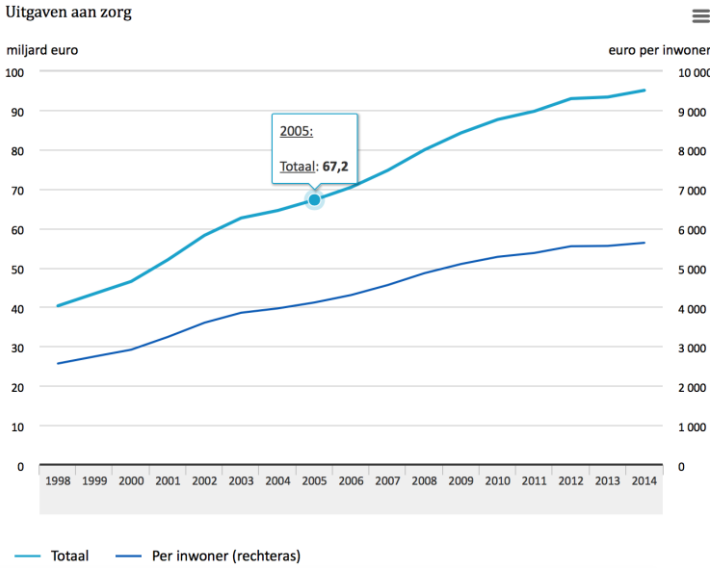
H.1: Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

In de probleemanalyse wordt het probleem dat is ontstaan geanalyseerd op verschillende niveaus. Bij hoofdstuk 1.1.1 wordt het macroniveau besproken. Hierbij worden de veranderingen in de zorg en de algemene gevolgen daarvan besproken. Verder wordt in hoofdstuk 1.1.2 dieper ingegaan op de rol van de gemeenten en de gevolgen van decentralisaties. Daaropvolgend wordt bij hoofdstuk 1.1.3., dieper ingegaan op het probleem op het microniveau. Dit alles wordt ondersteund door relevante literatuur.

1.1.1 Veranderingen in de zorg

De kosten van de zorg zijn de afgelopen jaren onafgebroken gestegen (zie figuur 1). De kosten voor de zorg in 2014 zijn ten opzichte van 2013 met 1,8% gestegen. Dit komt neer op een bedrag van 95 miljard euro (CBS, 2015). Als deze groei zich op deze wijze doorzet, is de zorg straks niet meer te bekostigen. Hierdoor zou niet iedereen meer zorg kunnen krijgen die dat nodig heeft. Om dit te voorkomen, heeft het kabinet besloten om veranderingen door te voeren.



Figuur 1: Overzicht van uitgaven in de zorg van 1998 tot 2014. (CBS, 2015)

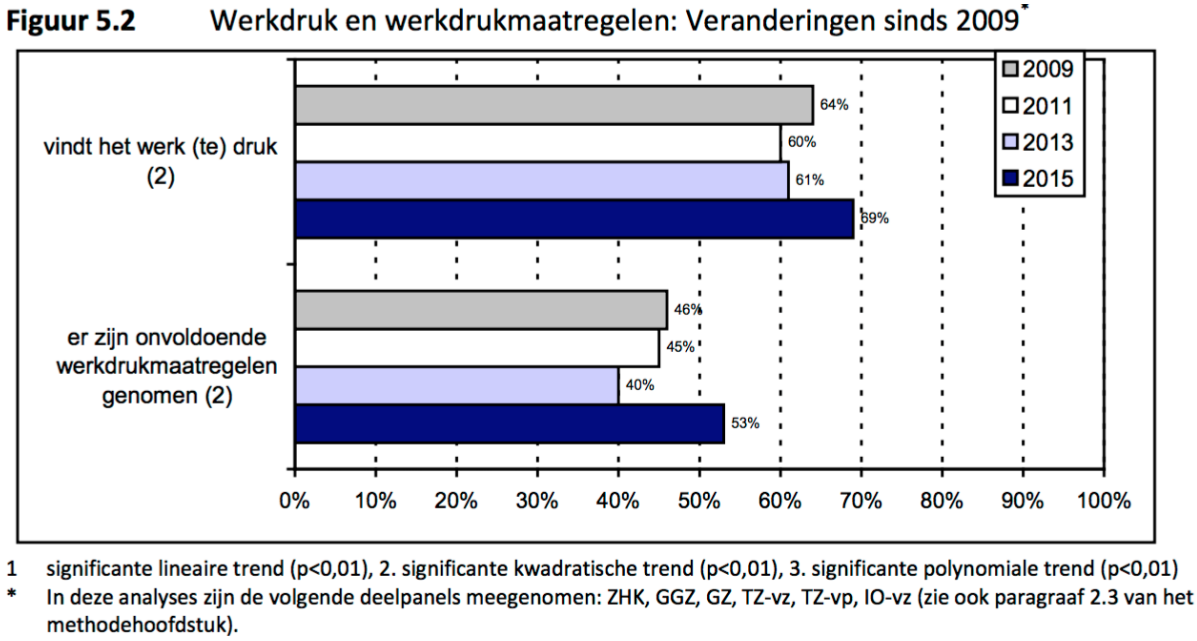
Om de zorg te kunnen blijven bekostigen, is per 1 januari 2015 is de nieuwe Wet Langdurige Zorg ingevoerd (WLZ). Door de invoering van de WLZ is de oude wet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, komen te vervallen. De WLZ bestaat uit meerdere wetten, waaronder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), een vernieuwde jeugdwet en de Zorgverzekeringswet. (ZvW). (Zorgwijzer, 2016)

Het kabinet wil met deze hervormingen van de zorg bereiken dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Er wordt eerst gekeken naar de eigen mogelijkheden en het sociale netwerk van de persoon. Hierbij wil het kabinet de zelfredzaamheid vergroten, waardoor iemand langer thuis kan blijven wonen. Eventuele hulp aan huis wordt gefinancierd vanuit de gemeente en de zorgverzekering. De rol van de gemeenten komt uitgebreid aan bod bij hoofdstuk 1.1.2

De WLZ is bestemd voor ouderen, geestelijk- en lichamelijk gehandicapten waarbij het niet mogelijk is om thuis te blijven wonen. De ondersteuning vanuit de gemeente, het sociaal netwerk en de zelfredzaamheid is dan niet voldoende om iemand de juiste ondersteuning te bieden en dus kunnen deze personen een beroep doen op de WLZ. Zij hebben 24 uur per dag nabijheid nodig van zorgverleners.
Door het vervangen van de AWBZ door de WLZ en het beroep dat gedaan wordt op de zelfredzaamheid, krijgt men met de nieuwe wet minder snel een indicatie om binnen een instelling te wonen. De personen die hier wel aanspraak op maken, hebben een zwaardere beperking dan de personen die een aantal jaar geleden nog via de AWBZ een indicatie kregen.

Landelijk gezien moeten alle zorg verlenende organisaties zich aanpassen aan de veranderingen in de zorg. Door de nieuwe wet moeten mensen langer thuis blijven wonen en krijgen zij minder snel een intramurale indicatie. De mensen met een lichtere beperking, dus die in de huidige wetgeving thuis moeten blijven wonen, werden voorheen sneller opgenomen in een instelling. Organisaties hebben als het ware te maken met een ‘oude’ en een nieuwe populatie van cliënten. Bij de nieuwe populatie is sprake van een zwaardere beperking.
Wanneer cliënten voor de WLZ al een indicatie hadden om in een instelling te mogen wonen, behouden zij deze indicatie. Deze indicaties veranderen niet. (Zorghulpatlas, 2016)

Ook voor werknemers in de zorg is de verandering zichtbaar. Sinds 2009 is er een stijging te herkennen als het gaat over de ervaren werkdruk door de hulpverleners en werkdrukmaatregelen binnen zorginstellingen in Nederland. In figuur 2 is te zien dat de werkdruk, met de veranderingen in de zorg, ook toe is genomen. (Nivel, 2015)



Figuur 2: Bevindingen van werkdruk en werkdrukmaatregelen vanaf 2009 (Nivel, 2015)

Zorgteams ontwikkelen zich landelijk steeds vaker tot zelfsturend. Dit houdt in, dat het team zelf beslissingen maakt zonder dat daar een manager aan te pas komt. Uit onderzoek van Effectory onder 20.000 mensen die in zelfsturende teams werken, is gebleken dat er problemen ondervonden worden met de taken die bij een zelfsturend team horen. (Effectory, 2014) Uit het onderzoek is gebleken dat mensen het idee hebben meer werk in hun vrije tijd te moeten doen, omdat er steeds meer taken bij komen. Ook dit is een gevolg van de landelijke veranderingen in de zorg.

1.1.2. Decentralisatie van de zorg

Waarbij de zorg voorheen werd toegekend vanuit de overheid, is deze taak nu overdragen naar de gemeenten.
De gemeenten zijn vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de verdeling en organisatie van de zorg. Deze decentralisatie moet ervoor zorgen dat de zorgaanbieders dichter bij de burger komen te staan en er een betere controle gevoerd kan worden op de zorgbehoevenden, zo stelt de overheid. (Rijksoverheid, 2015)
De gemeenten hebben als taak om individuen met een hulpvraag zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Onder thuis wonen wordt verstaan dat deze individuen hulp aan huis krijgen. Dit kan zijn vanuit het sociale netwerk[1], maar ook vanuit thuiszorg. De gemeenten bepalen wat er mogelijk is in de wijk m.b.t. ondersteuning en doen een beroep op het sociale netwerk van de inwoners. (Movisie, 2015)

Bovenstaande heeft als gevolg dat, volgens cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), meer gevraagd wordt van het sociale netwerk van een cliënt (SCP,2015). Er zal meer gerealiseerd moeten worden voor de cliënt vanuit het sociale netwerk en de wijk. Echter, er is sprake van een groep mensen in Nederland die geen aanspraak maken op een sociaal netwerk, omdat zij een beperkt sociaal netwerk hebben. Het Sociaal Cultureel (SCP) Planbureau heeft onderzocht dat 1 op de 10 Nederlanders geen sociaal netwerk heeft. Bij ouderen en mensen met een beperking is dit 1 op de 5 (SCP, 2016).
Daarnaast is het voor veel individuen met een hulpvraag niet altijd vanzelfsprekend om de hulp te vragen van het netwerk dat zij nodig hebben. Voor onder andere deze doelgroep zijn wijkteams opgericht (MOgroep voor Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening, 2015). De sociaal werkers uit de wijkteams zorgen ervoor dat deze kwetsbare doelgroep de ondersteuning krijgt die zij nodig hebben.
I&O Research heeft een groot landelijk onderzoek verricht naar de ervaringen van de decentralisatie in de zorg en wat er in het sociale domein wordt ervaren. (I&O Research, 2016)
Zoals te zien is in figuur 2 is de decentralisatie die 1 januari 2015 is ingegaan, in december 2015 geëvalueerd. In de tabel is te zien dat de waardering van de sociale wijkteams is gedaald. Ook

[1] Definitie sociaal netwerk: ”Mensen in onze omgeving, inclusief onze partner en familie, vormen samen ons sociale netwerk. Zo’n netwerk ontstaat geleidelijk, breidt zich uit en krimpt soms ook weer in. (In voor zorg, 2011)

hebben hulpbehoevenden minder hulp gekregen. Er is een daling te zien van 3% ten opzichte van december 2014. Daarmee samenhangend is er bij zelfredzaamheid ook een daling te zien van 5%, dat houdt in dat het beroep dat gedaan wordt op de zelfredzaamheid, er niet voor gezorgd heeft dat deze zelfredzaamheid tot nu toe ook is toegenomen. Deze is juist afgenomen. De decentralisatie heeft tot nu toe dus nog niet op alle aspecten die met zorg te maken hebben het gewenste resultaat. (I&O Research, 2016)

	DEC '14	MEI '15	DEC '15
Kreeg professionele hulp (basis: situatie meegemaakt)	63%	58%	65%
Kreeg professionele hulp (basis: allen)	21%	18%	18%
Waardering professionele hulp	7,7	7,3	7,4
Zelfredzaamheid t.o.v. professionele hulp/zorg	6,9	7,0	7.3
Contact met sociaal wijkteam (basis: zocht professionele hulp)		10%	10%
Waardering sociaal wijkteam		6,9	6,7
Keukentafelgesprek gehad (basis: zocht professionele hulp)		14%	18%
Waardering keukentafelgesprek		6,4	6,8
Zelf ingeschatte zelfredzaamheid (schaal 1-10)	6,9	7,0	7,3
Aandeel dat zichzelf niet zelfredzaam vindt.	29%	29%	24%

Figuur 2: Belangrijkste uitkomsten decentralisatie in drie metingen (I&O Research, 2016)

De gevolgen van de decentralisatie van zorg is ook op organisatieniveau zichtbaar. Uit een onderzoeksrapport van de Federatie Opvang, Monitor decentralisaties is gebleken dat cliënten in maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en beschermd wonen de maatregelen van de bezuinigingen in de zorg voelen. Zij ontvangen minder uren aan zorg, omdat de zorgaanbieders daarmee de bezuinigingen opvangen. In het onderzoek is gebleken dat binnen 20 instellingen het aantal medewerkers is verminderd of nog gaat verminderen en hier wordt last van ondervonden. Men ondervindt dat het werk in de zorg nu niet optimaal uitgevoerd kan worden. (Rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties, 2015)

1.1.3. Gevolgen veranderingen in de zorg binnen een zorglocatie

Zoals het rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties binnen 20 instelling heeft laten zien dat er verschillende problematieken heersen, worden in dit hoofdstuk de gevolgen van de veranderingen in de zorg en de steeds zwaarder worden doelgroep binnen één organisatie geanalyseerd.

Bij de desbetreffende locatie wonen jongvolwassenen met een verstandelijke beperking in een Trainingshuis. In dit Trainingshuis kunnen zij toe werken naar een zo zelfstandig mogelijk leven, door middel van het volgen van trainingen die ontwikkeld zijn vanuit de competentiegerichte methodiek (Haspels et al., 2015). Deze methodiek is vastgesteld vanuit specialisten binnen de organisatie. Deze

methodiek kan niet aangepast worden tenzij een groep van specialisten beoordeelt dat een verandering nodig is. Er is niet beoordeeld dat de methodiek wordt veranderd, de methodiek wordt daarom in dit onderzoek besproken als hoofdmethodiek. (Lunetzorg, 2016)

Door de decentralisatie in de zorg is er bij de desbetreffende locatie een verschuiving van cliënt te herkennen. Waar voorheen cliënten met een Licht Verstandelijk Gehandicapte (LVG)-indicatie konden wonen bij het Trainingshuis, is dit nu pas mogelijk vanaf een Verstandelijk Gehandicapt-3 of hoger indicatie. (CIZ,2015) Dit wil zeggen, dat de cliënten die nu intern komen wonen bij de zorginstelling, een zwaardere beperking hebben. De verschuiving heeft plaatsgevonden van een licht verstandelijke gehandicapte cliënt naar een verstandelijk gehandicapte cliënt die voor de rest van zijn leven een vorm van zorg nodig heeft (CIZ,2015). Deze indicatie wordt bepaald onder andere door het intelligentie coëfficiënt. Voorheen was er sprake van cliënten met een intelligentie coëfficiënt van 85, waarbij de steeds zwaarder wordende doelgroep een intelligentie coëfficiënt heeft van maximaal 75. (DSM-IV, 2014)

Naar aanleiding van de veranderingen in de zorg, de hervormingen binnen de organisatie en de decentralisatie is er een onderzoek uitgevoerd vanuit het bestuur van de specifieke zorglocatie waarbij dit onderzoek plaatsvindt. Dit onderzoek is afgenomen onder alle medewerkers van Eindhoven.
Uit het onderzoek zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen:

- Werkdruk
- Methodiek/methodisch handelen (methodiek kalender)
- Inzetten familie en vrijwilligers
- Beslissingen in het team
- Stafdiensten
- Kwaliteiten teamleden
- Veiligheid in het team

(Lunetzorg, 2015)

De aandachtspunten uit het onderzoek binnen de organisatie komen overeen met het onderzoek van Nivel (Nivel, 2015). Er is te herkennen dat binnen de organisatie dezelfde problemen naar voren komen als op landelijk en gemeentelijk niveau. Door middel van het onder onderzoek onder zorgmedewerkers binnen Eindhoven kan geconcludeerd worden dat binnen de organisatie de gevolgen van de veranderingen in de zorg ook aanwezig zijn en gevolgen hebben op onder andere de werkdruk en de veiligheid binnen een team.
De aandachtspunten ‘beslissingen in het team, kwaliteit teamleden en veiligheid in het team’ hebben ook raakvlakken met het landelijk onderzoek van Effectory (Effectory, 2014) waarin is gebleken dat er problemen worden ervaren met het functioneren als zelfsturend team. Deze drie aandachtspunten zijn onderdelen van verbeterpunten binnen een zelfsturend team. (Effectory, 2014)
Daarmee kan geconcludeerd worden dat de problemen op macro- en mesoniveau, ook op microniveau aanwezig zijn.

1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Probleemstelling:

Op dit moment is het onduidelijk binnen een specifieke zorglocatie wat er moet gebeuren binnen het team zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep. Doordat deze kennis ontbreekt ontstaat het probleem dat begeleiders door het team niet volledig stevig is en er niet de beste mogelijke zorg gerealiseerd kan worden voor cliënten. Dit heeft als gevolg dat de zorg die geboden wordt niet volledig tot zijn recht komt ten opzichte van de cliënt.

Verificatie

Het onderwerp van dit onderzoek, de probleemstelling en het probleem op zich is overlegd met de coördinerend begeleider van locatie binnen de organisatie waarop wordt ingezoomd. Het probleem dat geschetst is, is binnen de zorglocatie een bekend probleem. Dit is door de coördinerend begeleider bevestigd. Zij heeft bij haar bevestiging aangegeven dat zij akkoord is gegaan met het onderzoek.
De aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien worden door de locatie als zeer waardevol geacht. Het probleem dat gekozen is, is een probleem dat al geruime tijd speelt en al voor het plaatsvinden van dit onderzoek aan de orde was. De behoefte voor aanbevelingen voor dit probleem is dan ook meerdere malen uitgesproken.
De officiële verificatie van het onderzoek is opgenomen in bijlage 1.

1.3. Onderzoeksdoelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is: ‘Aan de hand van dit onderzoek wordt kennisgegeven over de aanpassingen die gedaan moeten worden binnen het team van een specifieke zorglocatie om de zorg optimaal aan te laten sluiten bij de cliënt die deel uit maakt van een doelgroep met een zwaardere beperking. Met deze kennis worden in dit onderzoekrapport aanbevelingen gedaan voor de begeleiders van de organisatie waarmee zij in staat zijn om de manier van begeleiden beter aan te laten sluiten bij de cliënt’.

1.4. Hoofdvraag en deelvragen

Om het resultaat van de doelstelling te bewerkstellingen, dient er een antwoord gevonden te worden op de volgende hoofdvraag:

‘Welke ontwikkelingen moeten er binnen het team van zorglocatie ‘Trainingshuis Acht’ gerealiseerd worden zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep?’

Met de volgende deelvragen dient er een antwoord gegeven te worden op de hoofdvraag:

Deelvragen

- Welke problemen ervaren medewerkers met het bieden van goede zorg doordat er een toestroom van de steeds zwaarder wordende doelgroep is?
- Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop de cliënten worden begeleid?
- Voelen medewerkers zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen werken?
- Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep?

1.5 Begripsafbakening

Zwaarder wordende doelgroep:

Onder zwaarder wordende doelgroep wordt verstaan dat de cliënt van nu, ten opzichte van de cliënt die intern kon wonen binnen een zorginstelling voor 1 januari 2015, een hogere indicatie voor intern wonen heeft. Met hogere indicatie wordt bedoeld dat de cliënt een zwaardere beperking heeft. Een lager intelligentie coëfficiënt van maximaal 75 en een levenslange zorgbehoefte. Voorheen hadden cliënten geen levenslange zorgbehoefte en een intelligentie coëfficiënt van maximaal 85. (CIZ 2015)

Goede zorg:

Om goede zorg te definiëren wordt er een definitie van Glöckler gebruikt. Glöckler (Glöckler, 2015) spreekt van een samenvattende theorie over goede zorg die alle ethische aspecten van goede zorg omvat. Er kan gesproken worden van goede zorg wanneer de drie belangrijkste basiswaarden in balans zijn. Deze basiswaarden zijn gelijkheid, tegenwoordigheid van geest en dienstbaarheid. (Baars et al, 2006)

Trainingshuis:

Volgens de organisatie relevant aan dit onderzoek wordt een Trainingshuis als volgt gedefinieerd: ‘Jongeren van 15 tot 25 jaar met een licht verstandelijke beperking bereiden zich net als hun leeftijdsgenoten voor op zelfstandig leven. In trainingshuizen leren ze zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Ze trainen verschillende vaardigheden die nodig zijn voor het leven thuis, op school, tijdens werk en vrije tijd. Bovendien leren ze hun eigen mogelijkheden in te schatten en krijgen advies over hun toekomstige, zelfstandigere woonsituatie’. (Lunetzorg,2016)

Ontwikkelingen:

Onder ontwikkelingen wordt in deze context verstaan: Verbeteringen die bijdragen aan zo goed mogelijke zorg.

Bekwaam:

Bekwaamheid in de zorg wordt gedefinieerd door het Beroepen Individuele Gezondheidszorg wet (de wet BIG, 2016) door de aanwezigheid van drie attitudes: Kennis, kunde en professionele houding. De zorgverlener is zelf verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat hij zich sterk genoeg voelt om te kunnen werken in de zorg en de drie attitudes optimaal aanwezig zijn. Wanneer dit niet het geval is, is het aan de zorgverlener om te zorgen dat hij zich wel bekwaam voelt. (BIG, 2016)
In deze context: Door bijvoorbeeld hulp te vragen wanneer hij zich niet zeker genoeg voelt om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te werken.

H.2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk komen theoretische inzichten aan bod die relevant zijn aan het onderzoek. Deze theorieën zorgen in zijn geheel voor het meetinstrument en de kaders voor het onderzoek. De resultaten die gepresenteerd worden in hoofdstuk 4 worden teruggekoppeld aan de theorieën van dit hoofdstuk.

2.1 Goede zorg

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld wat een specifieke zorglocatie kan doen om mee te kunnen blijven bewegen met de veranderingen in de zorg, waarbij er een steeds zwaarder wordende doelgroep te herkennen is. Hierbij staat het bieden van goede zorg centraal. In dit hoofdstuk komen theorieën over goede zorg en hoe deze gegarandeerd kan blijven aan bod.

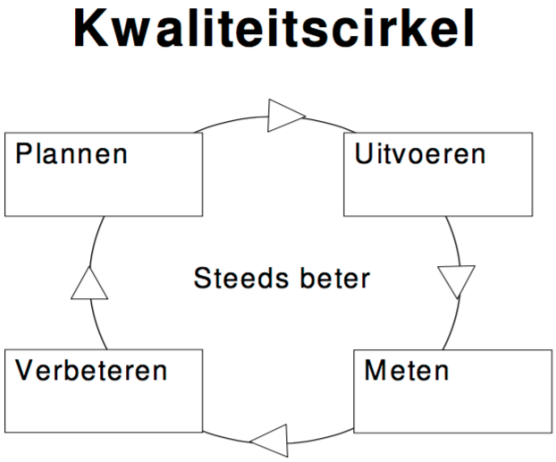
2.1.1 De kwaliteitscirkel van Deming

De kwaliteitscirkel van Deming is een manier van reflecteren en verbeteren binnen zorgteams zodat zij goede zorg kunnen bieden. In het Engels wordt deze methode de Plan Do Check Act cycle genoemd (PDCA).
Uit grootschalig wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat bedrijven en organisaties die deze manier van kwaliteitsverbetering toepassen, betere resultaten behalen dan bedrijven en organisaties die dit niet doen. (PCDA, 2016)
Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, is een onderdeel van het bieden van goede zorg in zijn geheel. (Savage, 2015) Reflecteren is daar een belangrijk onderdeel van. (Van Deur & Van Odenhoven, 2008)
De kwaliteitscirkel van Deming is vernoemd naar één van de grondleggers van de kwaliteitszorg, Willem Edwards Deming. De cirkel van Deming zorgt ervoor dat door middel van een continu proces van reflecteren, er sprake is van een constant verbeterproces. De ontwikkelingen staan hier mee nooit stil, er wordt telkens opnieuw naar verbetering gezocht. Het is de bedoeling, aldus Deming, dat er geen stilstand plaatsvindt en een zorgteam niet blijft draaien om de eigen as. Er dient altijd gestreefd te worden naar vooruitgang. (Savage, 2015)
Bij de cirkel van Deming is, zoals te zien is in figuur 3, sprake van vier fases. Elk van deze fases heeft zijn eigen aanpak, die samen een geheel van reflectie vormen. De fases bevatten elk de volgende aanpak:

- Fase ‘Plannen: Bij deze fase wordt een planning gemaakt van de te behalen kwaliteitsnormen. Deze planning wordt met het gehele zorgteam gemaakt. Hierbij wordt gekeken wat er moet gebeuren om de kwaliteit van zorg te verbeteren en worden doelen geformuleerd.
- Fase ‘Uitvoeren’: Bij deze fase worden de gestelde doelen tot uitvoering gebracht.
- Fase ‘Meten’: Wanneer de doelen zijn uitgevoerd, wordt bij deze fase geëvalueerd wat er goed ging en op welke punten verbetering plaats zou kunnen vinden.

- Fase ‘Verbeteren’: Wanneer er duidelijk is waar verbetering plaats zou kunnen vinden, worden bij deze fase de punten van verbetering nader bekeken en worden de te behalen kwaliteitsnormen opnieuw bekeken. Hierna begint men weer bij de fase ‘plannen’, en begint de kwaliteitscirkel van Deming opnieuw.

(Savage, 2015)



Figuur 3: De kwaliteitscirkel van Deming (Van Deur & Van Odenhoven, 2008)

2.1.2 Wanneer is zorg, goede zorg?

In het boek ‘Ethische en methodische aspecten’, (Baars et al., 2006) wordt gesproken over het onderwerp ‘goede zorg’. Ethisch en filosofisch gezien is hier zo veel over geschreven, dat een vereenvoudigde theorie een zo compleet mogelijk beeld geeft van al deze theorieën bij elkaar. Andere benaderingen en invalshoeken zijn altijd mogelijk, maar in zijn algemeenheid is de theorie over goede zorg samen te vatten in drie basiswaarden. (Glöckler, 2002)

De eerste waarde van de theorie over goede zorg, is gelijkwaardigheid. De zorg heeft zich in de loop der jaren steeds verder ontwikkeld van ongelijkwaardigheid in de zorg, naar gelijkwaardigheid in de zorg. Deze gelijkwaardigheid is steeds meer tot stand gekomen in de maatschappelijke en gehandicapten zorg, omdat men een persoon niet meer als patiënt, maar als cliënt ging zien. Een persoon met een hulpvraag is gelijk aan de sociaal werker, met als enig verschil dat de sociaal werker door middel van zijn kennis een hulpvraag kan verlichten. Verder zijn de sociaal werker en de persoon met een hulpvraag gelijkwaardig aan elkaar. (Baars et al., 2006)

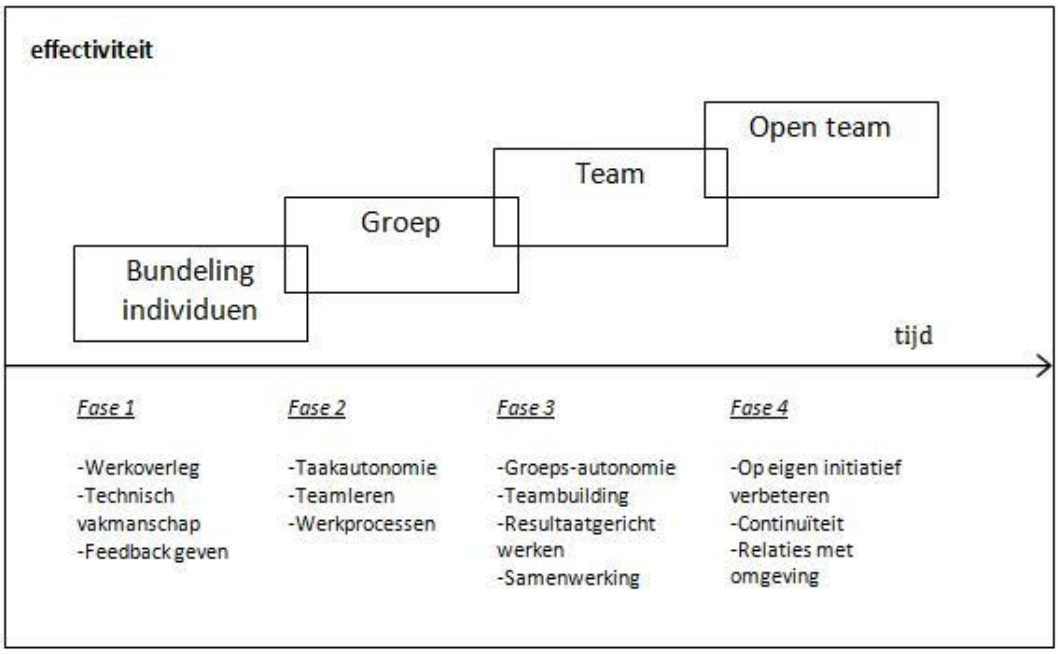
Gelijkwaardigheid wordt als een fundamentele waarde gezien als het gaat om goede zorg. De theorie stelt dat de overtuiging van de cliënt en hulpverlener gelijkwaardig zijn aan elkaar. Zij geven elkaar de motivatie om zowel aan het probleem te werken als het probleem op te lossen omdat beiden niet belemmerd worden door de verschillen die er zijn, maar gesterkt worden door de gelijkenissen die aanwezig zijn. De gelijkwaardigheid geldt hierbij dus als een gemeenschappelijke connectie. (Baars et al., 2006)

De tweede waarde van de theorie over goede zorg, is dienstbaarheid. Deze waarde gaat over de hulpverlener zelf en de intrinsieke waarde om in de zorg te werken. Deze waarde wordt gehanteerd

doordat de hulpverlener altijd streeft naar het beste voor de cliënt. De hulpverlener zet zichzelf als het ware in dienst van de cliënt, om de cliënt naar een zo waardig en goed mogelijk leven te begeleiden. De hulpverlener gaat dus altijd voor de hoogste kwaliteit van leven voor de cliënt.
De derde en laatste grondwaarde van goede zorg, is de tegenwoordigheid van geest. Deze waarde stelt dat de hulpverlener altijd scherp zijn werk doet. Dat de hulpverlener weet wat hij aan kan en wat niet, taken naar een collega durft over te dragen en volledige verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen kan nemen. Deze waarde gaat gepaard met een belangrijk goed: Reflecteren. De hulpverlener moet reflecteren opnemen in zijn dagelijks handelen en denken. De hulpverlener dient zich met regelmaat af te vragen of het ethisch verantwoord is wat hij doet en of zijn eigen welzijn niet lijdt onder het werken in de zorg. Wanneer de hulpverlener zijn tegenwoordigheid van geest bewaart door regelmatig te reflecteren, stelt de theorie dat de hulpverlener dan ook scherp en verantwoordelijk zijn beroep kan uitoefenen zonder dat het welzijn van cliënt en hulpverlener eronder lijdt. (Baars, et al., 2006)
Wanneer men de drie waarden, gelijkwaardigheid, dienstbaarheid en tegenwoordigheid van geest hanteert als basiswaarden, mag men ervan uit gaan dat de zorg op een complete manier verloopt en dus zo goed mogelijk verloopt. De drie waarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, men moet alle drie hanteren en wanneer dit gebeurd, spreekt men in de ethiek van goede zorg. (Baars, et al., 2006)

2.2 Sterk zijn als team in de zorg: Theorie over zelfsturende teams

Wanneer de kwaliteitscirkel van Deming (Deming, 2015) en de drie waarden van goede zorg (Glöckler) gehanteerd worden, is het ook van belang als zelfsturend team sterk te staan. Wanneer het binnen een team wankelt, kan optimale zorg niet worden gewaarborgd. (Vissers, 2014)
In dit hoofdstuk wordt de theorie over het optimaal functioneren van zelfsturende teams besproken. Deze theorie geeft inzichten in zelfsturende teams binnen zorginstellingen, waarbij gekeken wordt hoe teams zo veel mogelijk kracht kunnen putten uit het team als geheel zonder dat daar een manager aan te pas komt. De theorie geeft inzichten over het zo veel mogelijk kunnen realiseren vanuit een team en het zo veel mogelijk benutten van de kracht. De theorie die hierbij gebruikt wordt is het model van de faseontwikkeling. In figuur 4 wordt het model schematisch weergegeven.
Wanneer de stappen van de faseontwikkeling door een team doorlopen worden, komt een zelfsturend team sterker te gaan als geheel. Wanneer een team sterk is, weet wat ieders kracht is binnen het team en van deze kracht gebruik maakt, is het team ook sterker om bijvoorbeeld een steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen vragen. De focus hoeft dan in mindere mate te liggen op het wankelen en zwakke punten van een team. Daarentegen ligt de focus in meerdere maten op de uitdaging die hem tegemoetkomt. (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015)



Figuur 4: Het ontwikkelingsmodel van Amelsvoort & Scholtes. (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015)

Het ontwikkelingsmodel laat zien dat een team 4 stadia moet doorlopen om tot een volledig goed functionerend zelfsturend team te komen. De volgende fasen worden onderscheiden:

- Fase 1: In fase 1 is er sprake van een aantal individuen bij elkaar, die nog geen eenheid vormen. Hierbij is het bundelen van individuen de belangrijkste stap. Er wordt middels een werkoverleg bekeken welke taken bij welke individuen het best tot zijn recht zou kunnen komen. Dit vergroot het effectief te werk gaan omdat ieder individu een taak krijgt waar hij goed in is. In deze fase worden ook werkafspraken gemaakt.

- Fase 2: In fase 2 worden de individuen steeds meer een eenheid, een groep. Er wordt in deze fase toegewerkt naar zo veel mogelijk zelfstandigheid van het team. Er worden regeltaken toegewezen aan de teamleden.

- Fase 3: In fase 3 staat voorop dat het team zo goed mogelijk met elkaar leert samenwerken. Hierbij is teambuilding een belangrijk goed. Teambuilding houdt in dat het team zo veel mogelijk aan elkaar gewend raakt en dat onderling sprake is van een prettige werksfeer. Bij feedback wordt het team als geheel aangesproken op hun verantwoordelijkheid, de individuen worden hierbij niet in de eerste lijn verantwoordelijk gesteld. Het team werkt samen met elkaar en draagt verantwoording voor feedback ook met elkaar.

- Fase 4: De laatste fase wordt getypeerd als de fase van het open team. Het team presenteert zich als geheel naar de buitenwereld toe, als een eenheid. Zij dragen allen verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de kwaliteit van zorg. De kwaliteitscirkel van Deming kan hierbij houvast geven. De individuen binnen het team komen op eigen initiatief met verbeterpunten en gaan hierover het gesprek aan met het team, om vervolgens als team te kunnen handelen naar verbetering.

2.2.1 Veiligheid binnen een zorgteam

Vanuit de ontwikkelingstheorie van Van Amelsvoort en Scholtes (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015) over zelfsturende teams en het belang van geven van feedback voor de ontwikkeling van een team, wordt verder ingezoomd op het belang van veiligheid. Hieronder wordt verstaan, veiligheid binnen een zorgteam om bijvoorbeeld te kunnen vertrouwen op elkaar en elkaar feedback te kunnen geven.
Een belangrijk component voor het ontwikkelen team is veiligheid. Wanneer deze veiligheid ontbreekt, kan een team niet doorgroeien tot volledig zelfsturend (Van Amelsvoort, 2015) Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat wanneer zorgmedewerkers zich veilig voelen binnen een team, dit een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg. (Aniba, 2014) Zoals te zien is in figuur 5, is het in verschillende sectoren binnen de zorg vaak niet vanzelfsprekend dat er gewerkt wordt in een team waarin medewerkers zich veilig voelen. Ondanks dat in de geestelijke- en gehandicaptenzorg beter wordt gescoord dan bij ziekenhuizen, is er een daling te herkennen bij de geestelijke- en gehandicaptenzorg.

Figuur 5: Ervaren veiligheid binnen zorgteams (Vissers, 2014)

Door aandacht te besteden aan sociale veiligheid binnen een team, wordt ook de kwaliteit van zorg beter. Elkaar aan kunnen spreken op gedrag, heeft een positieve invloed op het functioneren van een team. Het is daarom belangrijk om ervoor te zorgen dat deze veiligheid er komt. (Effectory, 2014) Deze veiligheid kan vergroot worden door meer aandacht te besteden aan teambuilding. (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015)

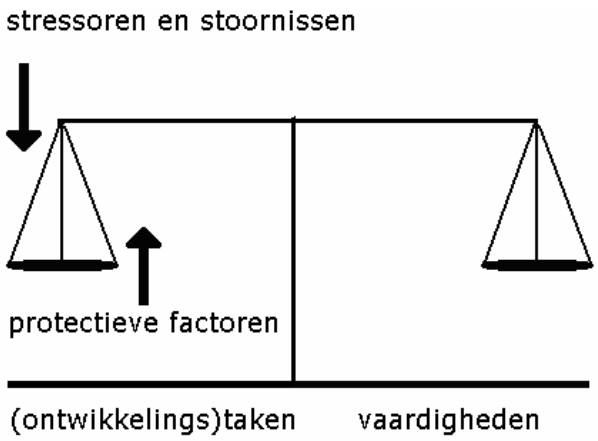
2.3 Competentiegerichte methodiek

Vanuit goede zorg vanuit de zorgverlener zelf en de waarden die daar bij belangrijk zijn, wordt verder bekeken hoe de competentiegerichte methodiek kan bijdragen aan zo goed mogelijke zorg van cliënten. Allereerst wordt de theorie van de competentiegerichte methodiek besproken.

De cliënten die binnen de desbetreffende locatie wonen en waarbij dit onderzoek plaats vindt, worden intensief begeleid om zo zelfstandig mogelijk te worden. Er wordt specifiek gekeken naar competenties en welke leerdoelen zij bij welke competentie hebben. ‘Competentie wordt binnen het

Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie (Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 2008) gedefinieerd als het vermogen om adequaat te kunnen handelen in specifieke beroepscontexten op basis van een combinatie van kennis, vaardigheden, houdingen en eigenschappen' (Grit, Guit & Van der Sijde, 2004)

Deze competenties zijn: sociale contacten en vriendschappen, zelfredzaamheid (plannen, klokkijken etc.), onderwijs & werk, vrije tijd, wonen (huishouden, milieu, etc.), financiën, instanties, vervoer, gezondheid, verzorging, veiligheid, Intimiteit, seksualiteit en persoonlijke (psychische) problematiek (Haspels et al.,2015)
Vanuit deze competenties is een trainingsmap ontwikkeld waaruit de begeleiding samen met de cliënt traint. De competentiegerichte methodiek gaat ervan uit dat de draaglast en draagkracht van alle aspecten van het leven van cliënten in evenwicht komt door vaardigheden aan te leren (zie figuur 3). Zo kan de cliënt uiteindelijk met zijn vaardigheden meer taken zelfstandig uitvoeren, waardoor er minder stressoren en stoornissen ontstaan in het dagelijks leven. De vaardigheden haalt de stress rondom taken uitvoeren weg of vermindert deze.



Figuur 3: Een schematische weergave van de werking van de competentiegerichte methodiek
(Van der Horst, E. 2009)

Competentiegericht werken legt de focus van het begeleiden op het positieve. Deze positieve focus is een methode die zeer effectief is gebleken na grootschalig onderzoek. Een voorbeeld van een empirisch onderzoek rondom competentiegericht werken is een onderzoek dat plaats heeft gevonden binnen behandelgroepen voor kinderen met emotionele- en gedragsproblemen. Het onderzoek stelde vast dat de focus op het positieve gedrag bij cliënten, het negatieve gedrag deed verminderen. (Cristalli, Glanton & Kalke, 2006)
Samenhangend met de competentiegerichte methodiek en de positieve begeleidingsstijl die daarbij gehanteerd wordt, is de theorie van empowerment.

2.3.1. De theorie van empowerment

Samenhangend met de competentiegerichte methodiek en de kwetsbare doelgroep waarmee wordt gewerkt binnen de organisatie, is empowerment een belangrijke competentie binnen de begeleidingsstijl en benadering. Dit is een belangrijk component omdat empowerment bijdraagt aan de zelfredzaamheid van cliënten, iets wat bij de desbetreffende zorglocatie en de competentiegerichte methodiek centraal staat. (Scheffers, 2015)
Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat empowerment een positieve werking heeft op de mentale en fysieke gezondheid van een cliënt. (Wallerstein, 2006)
Empowerment is een positieve benadering die er vanuit gaat dat de eigen kracht van de cliënt centraal staat. (Wallerstein, 2006) De krachten en de talenten van de cliënt vormen het vertrekpunt voor het werken aan doelen. Waar de competentiegerichte methodiek de kaders biedt voor de begeleiding, is empowerment de basishouding van de sociaal werker.
Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat er binnen empowerment zes basiswaarden zijn te onderscheiden. Deze basiswaarden zijn:

- Het vertrouwen in eigen vaardigheden (Gericht op competenties)
- Het maken van eigen keuzes, ook wel zelfbeschikking genoemd
- Een positief gevoel over zichzelf.
- Het gevoel zelf betekenis te kunnen geven aan het leven
- Zelf op de omgeving kunnen oriënteren
- Het gevoel invloed te hebben op de omgeving

(Scheffers, 2015)
Daaropvolgend dient de sociaal werker een aantal houdingsaspecten aan te nemen. Deze houdingsaspecten zijn:

- De betekenisgeving van de cliënt is de leidende factor
- Gelijkwaardigheid, er dient naast de cliënt gestaan te worden
- De ‘niet weten’ houding. De cliënt zelf tot een oplossing laten komen, met de sociaal werker als ondersteunende rol

(Scheffers, 2015)
Empowerment is een benadering die toepasbaar is op vele doelgroepen. Zolang de basiswaarden en de basishouding door de sociaal werker gehanteerd worden, draagt empowerment bij aan een meerlagige interafhankelijkheid van de cliënt. Dat wil zeggen, het streven naar zo zelfstandig mogelijk functioneren op zo veel mogelijk leefgebieden met de regie altijd bij de cliënt. (Kuyenhoven, 2011)

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt benoemd welke methoden zijn gebruikt bij dit onderzoek. De onderzoekspopulatie wordt besproken, waarna de dataverzamelingsmethode en de keuze voor kwalitatief onderzoek wordt uitgelegd. Ook wordt het meetinstrument, de validiteit en de betrouwbaarheid onderbouwd. Dit alles met relevantie literatuur.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Medewerkers van organisatie Lunetzorg die betrokken zijn bij locatie Acht vormen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek. De onderzoekspopulatie bestaat uit 9 respondenten.
Om de betrouwbaarheid van het onderzoek zo veel mogelijk te waarborgen vindt dit onderzoek plaats binnen één locatie. Dit met als reden dat de relatief kleine onderzoekspopulatie van 9 respondenten een zo realistisch mogelijk beeld weergeeft van een team binnen de organisatie. (Boeije, 2014) Dit is realistisch, omdat de respondentengroep met verschillende functies een compleet team waar ook al deze functies voorkomen representeren.
Dit is dus gewaarborgd door alle functies die binnen het team aanwezig zijn te interviewen. De onderzoekspopulatie bestaat in uit een teamcoach, een coördinerend begeleider, een zorgbemiddelaar, vier cliëntbegeleiders en 2 woonbegeleiders. Er is gekozen voor een zo divers mogelijke populatie voor het onderzoek zodat het risico van een te eenzijdige populatie, en dus een te onvolledige uitkomst van het onderzoek te voorkomen. De uitkomst moet valide zijn. De respondenten zijn daarom niet te eenzijdig gekozen, om een valide uitkomst zo veel mogelijk te waarborgen. Wanneer een zo valide mogelijke uitkomst gewaarborgd moet worden, is het van belang verschillende ‘lagen’ binnen een team te interviewen. (Boeije, 2014)
De onderzoekspopulatie is niet gespecificeerd op sekse. Dit aspect speelt in de organisatie geen rol en is daarmee ook niet van invloed op dit onderzoek.
Er heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden, waarbij 9 interviews zijn afgenomen. Alle respondenten zijn op voorhand geïnformeerd dat deze interviews anoniem plaatsvinden en zijn daar ieder mee akkoord gegaan. Zij zijn ook allen akkoord gegaan met een audio-opname van de interviews.

3.2 Dataverzamelingsmethode: Kwalitatief onderzoek.

‘In kwalitatief onderzoek bestuderen we het perspectief van degenen in wie we zijn geïnteresseerd. Dit houdt in dat we ons in ons onderzoek empirische gegevens verzamelen die ons iets leren over dat perspectief’. (Boeije, 2014)
In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek met een half gestructureerd interview door middel van een topiclijst. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat voor het te onderzoeken onderwerp de achterliggende waarden en gedachten van de respondenten een meerwaarde is. Het perspectief van de respondenten is door middel van empirisch onderzoek duidelijk geworden.

Er wordt een beeld geschetst van wat er leeft onder de onderzoekspopulatie en waarom de respondenten te werk gaan zoals zij te werk gaan. Daarnaast kon door middel van het kwalitatieve onderzoek bevraagd worden wat de respondenten graag anders zouden willen zien aan de situatie. Omdat deze redenen zeer uiteenlopend kunnen zijn, is dit niet te omschrijven in een kwantitatief onderzoek. Er worden ervaring gemeten en geen cijfers en percentages.
Het kwalitatieve onderzoek geeft een beeld van wat er leeft in de respondentengroep.
Het theoretisch kader en de interviews zijn de dataverzamelingsmethoden voor dit onderzoek.

3.2.1 Interne en externe validiteit van de dataverzamelingsmethode

De interne validiteit is gewaarborgd doordat het onderzoek is afgenomen binnen een omgeving waarbij men niet gestoord kon worden tijdens het interview. Het is in de zogeheten 'tuinkamer' afgenomen, waarbij alleen bij nood gestoord kon worden. Hierdoor konden de interviews op een rustige en stille manier plaatsvinden, waardoor de focus op de interviews lag en er geen factoren van buitenaf afleidend waren.
De externe validiteit van de dataverzamelingsmethode is in mindere maten representatief voor een grote groep. Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft met 9 respondenten, is er sprake van een relatief kleine respondentengroep. Omdat de dataverzamelingsmethode een kwalitatief onderzoek bevat een topiclijst, die half-gestructureerd is, kunnen resultaten verschillen. De resultaten kunnen dus ook binnen een andere respondentengroep verschillen. Eenzelfde onderzoek binnen een andere instelling kan dus een andere uitkomst geven.

3.2.2 Betrouwbaarheid van de dataverzamelingsmethode

De dataverzamelingsmethode is betrouwbaar omdat de topiclijst is gecontroleerd door derden in de praktijk. Hierdoor is de lijst gecontroleerd op fouten en onderwerpen die niet relevant waren aan het onderzoek. Daarnaast heeft er een proefinterview plaatsgevonden met een derde persoon, waardoor extra gecontroleerd is of de onderwerpen voldoende informatie opleverden voor het onderzoek. De dataverzamelingsmethode is ook overlegd met derden in de praktijk, waarbij goedkeuring is uitgesproken. Dit bevestigd dat de instelling waarbij het onderzoek plaats heeft gevonden, het onderzoek als betrouwbaar en relevant aan de praktijk heeft beoordeeld. Dit vergroot de betrouwbaarheid, omdat door derden is bevestigd dat de informatie op waarheid berust.

3.3 Meetinstrument

Voor het interview is een topiclijst gebruikt. De onderwerpen die op deze topiclijst staan, zijn voortgekomen uit het theoretisch kader, probleemanalyse, de deelvragen, de hoofdvraag en literatuuronderzoek. Door deze topiclijst samen te stellen worden er geen belangrijke onderwerpen overgeslagen waardoor het onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk is. (Boeije, 2014) Bij elke respondent is dezelfde topiclijst gebruikt. Dit met als reden dat de topiclijst houvast biedt tijdens het

interview en de respondenten hun mening kunnen geven over deze onderwerpen. (Fischer, Julsing, Peters & Velden, 2013)
De topiclijst is opgenomen als bijlage. (Bijlage 2)

3.3.1 Interne en externe validiteit van het meetinstrument

Het onderzoek is afgenomen binnen een respondentengroep van 9 personen. De interviews zijn bij elke respondent volgens dezelfde topiclijst afgenomen. Hierdoor zijn dezelfde onderwerpen telkens bevraagd, waardoor er bij de resultaten een zo eenduidig mogelijk antwoord geformuleerd kon worden op de deelvragen. Het meetinstrument is ontstaan vanuit uitgebreide literatuurstudie en het theoretisch kader. Hierdoor heeft het meetinstrument wetenschappelijk en theoretische kaders gekregen waar de resultaten mee vergeleken konden worden. Dit vergroot de interne validiteit, omdat de theorie de onderzoeksresultaten onderbouwd.
De externe validiteit van het meetinstrument is gewaarborgd doordat de respondenten zo veel mogelijk aselectief zijn gekozen. De personen zijn van verschillende leeftijden, functies en is niet gespecifieerd op sekse. Hierdoor wordt een grotere groep respondenten gerepresenteerd in de onderzoekspopulatie. De functies, voorkomend onder de respondentengroep, komen overeen met de functies binnen andere zorginstellingen. Hierdoor representeert de respondentengroep ook andere teams binnen andere instellingen. Dit vergroot de externe validiteit.

3.3.2 Betrouwbaarheid van het meetinstrument

De betrouwbaarheid van het meetinstrument is zo veel mogelijk gewaarborgd omdat de topiclijst is gecontroleerd door derden uit de praktijk, zodat systematische fouten eruit gehaald konden worden. Daarnaast is het interview geoefend met een testpersoon, waardoor gecontroleerd kon worden of de topiclijst de hoofd- en deelvragen kon beantwoorden.

3.4 Data-analyse

De interviews zijn auditief opgenomen. Hierna worden deze interviews aan de hand van de opname, getranscribeerd. Deze gegevens kunnen altijd opgevraagd worden waardoor de echtheid van het onderzoek gecontroleerd kan worden. Vanuit de transcribeerde data heeft het coderen plaatsgevonden. ‘Bij het coderen onderscheiden de onderzoekers thema’s of categorieën in de onderzoeksgegevens en zij benoemen deze met een code’. (Boeije, 2014).
Het coderen heeft plaatsgevonden in drie stappen. Allereerst heeft er een open codering plaats gevonden. Hierbij is aan de relevant fragmenten uit het onderzoek een steekwoord toegekend. Daarna heeft er een axiale codering plaats gevonden. Door middel van het axiaal coderen zijn fragmenten die bij elkaar horen met elkaar vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Als laatste stap is er een selectieve codering gemaakt. Met deze selectieve codering zijn de gevonden codes onderzocht op uitzonderingen. De codeboom die hieruit voort is gevloeid is opgenomen in bijlage 3.

Vanuit deze codeboom zijn de resultaten beschreven, waarna er aanbevelingen zijn gedaan en daaropvolgend een conclusie is getrokken. (Fischer et al., 2013)

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Dit vindt plaats per deelvraag. Bij alle deelvragen is er sprake geweest van een kwalitatief onderzoek, doormiddel van half gestructureerde interviews. De resultaten zijn voortgekomen uit een onderzoekspopulatie van zorgteam Trainingshuis Acht, onderdeel van organisatie Lunetzorg. Bij de resultaten wordt de koppeling gemaakt met de theorieën van het theoretisch kader en worden deze met elkaar vergeleken.

4.1 Deelvraag: Welke problemen ervaren medewerkers met het bieden van goede zorg doordat er een toestroom van de steeds zwaarder wordende doelgroep is?

Resultaat:
Er worden problemen ervaren bij het bieden van goede zorg bij de steeds zwaarder wordende doelgroep. Zoals beschreven staat in de theorie van Glöckler (Glöckler, 2002) is de definitie van goede zorg dat de drie waarden ‘gelijkheid, dienstbaarheid en tegenwoordigheid van geest’ in balans dienen te zijn. Wanneer dit het geval is, kan men spreken van goede zorg.
Uit dit onderzoek is gebleken dat de medewerkers ervaren dat deze waarden niet altijd in balans zijn. Er zijn geen negatieve ervaringen genoemd met betrekking tot gelijkheid en dienstbaarheid. Echter, er zijn negatieve ervaringen genoemd die indirect ook negatieve gevolgen hebben voor gelijkheid en dienstbaarheid. Zoals de theorie van Glöckler dus stelt, komt wanneer een waarde in disbalans is, geen optimale zorg geboden wordt.
De waarde waar negatieve ervaringen bij genoemd zijn, is de tegenwoordigheid van geest. Uit de antwoorden van de respondenten is gebleken dat vrijwel alle medewerkers vinden dat er niet voldoende wordt gereflecteerd en gecommuniceerd. Doordat er niet genoeg wordt gereflecteerd en daar niet voldoende over wordt gecommuniceerd, ontstaat het probleem dat het team niet op één lijn functioneert en niet weet wat er speelt bij elkaar. Er wordt onvoldoende feedback uitgewisseld.
Een voorbeeld is dat er wordt ervaren dat een respondent te veel verteld aan cliënten waardoor er onrust ontstaat. Er wordt door de respondent ervaren dat het lastig is om dit te overleggen met de cliënt, omdat er geen veiligheid wordt ervaren om dit te kunnen delen met de collega.

“Een collega vertelde me dat hij zo’n goede gesprekken heeft gehad met een cliënt, en dat ze het over haar hele levensverhaal hebben gehad. Maar dan denk ik: Dat is helemaal niet goed! En ik vind het moeilijk om het hier met hem over te hebben”. – Respondent

Door alle respondenten is benoemd dat feedback geven wel gebeurd, maar nog niet zo veel zoals gewenst is. Alle respondenten hebben aangegeven behoefte te hebben aan het krijgen en ontvangen van meer feedback. Ook is er uitgesproken dat dit als spannend wordt ervaren. Alle respondenten benoemen daarentegen wel dat feedback bijdraagt aan zo goed mogelijke zorg en dus heel belangrijk is. De respondenten geven aan dit te willen veranderen zodat er betere zorg geboden kan worden.

4.2 Deelvraag: Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop cliënten worden begeleid?

Resultaat:
De visie van medewerkers op de manier waarop cliënten begeleid worden wordt over het algemeen als goed ervaren. Alle respondenten zijn het erover eens dat er een goede basis is binnen het team en dat alle vaardigheden in huis zijn om de cliënten zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. Een respondent benoemde dat er, doordat er minder tijd is per cliënt maar zij wel steeds meer zorg nodig hebben, veel specifieker met de tijd wordt omgegaan. Volgens deze respondent word je hiertoe gedwongen omdat er gewoon niet meer tijd is, maar dat dwingt je ook om zo efficiënt en specifiek mogelijk te werken. Hierdoor werkt de respondent op een veel intensiever niveau met de cliënt, waarbij hij ziet dat in de praktijk dit de cliënt ten goede komt.

“Ik kijk nu veel intenser en specifieker naar een cliënt. Dat vind ik een vooruitgang ten opzichte van vroeger” – Respondent

Door de andere respondenten is benoemd dat zij een hoge werkdruk ervaren. Deze wordt door één respondent als te hoog ervaren, en de andere respondenten vinden het nog werkbaar.

“Van mij mag er wel personeel bij, want ik krijg mijn werk gewoon niet af” – Respondent

De visie op de manier waarop cliënten begeleid worden vanuit de competentiegerichte methodiek (Haspels et al.,2015) is divers te noemen. Het werken met de levensgebieden die in de competentiegerichte methodiek worden gesteld en de trainingen die daaruit voortkomen, worden door de respondenten niet als ‘goed’ of ‘slecht’ bestempelt. Echter, de respondenten hebben een eigen kijk op de invulling van het hanteren van de competentiegerichte methodiek. Hier is geen eenduidige lijn in te herkennen. De respondenten zijn het erover eens dat de trainingen op niveau moeten worden aangepast, maar op welke manier dit zou moeten gebeuren is divers. De een wil de trainingen er per se inhouden, maar dan gesimplificeerd. Een andere respondent wil de trainingen niet per se inzetten, maar wil het als optie behouden en laat de cliënt zelf kiezen. Iedere respondent heeft een andere visie op het inzetten van de trainingen vanuit de competentiegerichte methodiek. Echter, zij zijn het er unaniem over eens dat de zorg ‘zorg op maat’ moet zijn. Per cliënt moet bekeken worden wat bij hem past en daar moet een passende manier van begeleiden op worden gemaakt. Dit past volgende de respondenten wel binnen de kaders van de competentiegerichte methodiek, maar dan gespecifieerd op iedere cliënt

“Zorg op maat is nu het allerbelangrijkst” – Respondent

De respondenten geven allen aan dat dit een wederkerend onderwerp is van gesprek en zijn het erover eens dat dat goed is. Echter, zij geven ook aan dat er nog meer gesproken kan worden over de

manier waarop cliënten begeleid worden dan nu het geval is. Dat komt volgens hen de begeleiding ten goede.
Alle respondenten zijn het unaniem eens met de theorie van de empowerment (Scheffers, 2015). Ieder gebruikt dit in zijn handelen en heeft dit hoog in het vaandel staan. Eigen kracht van de cliënt en het benutten van talenten van de cliënt wordt als zeer belangrijk gezien en hier wordt dan ook naar gehandeld.

4.3 Voelen medewerkers zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen werken?

Resultaat:
De waarden 'dienstbaarheid' en 'tegenwoordigheid van geest' uit de theorie van Glöckler spelen spelen hierbij een belangrijke rol. (Baars et al.,2006) Deze waarden uit de theorie van Glöckler stellen dat medewerkers in de zorg zelf verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van zichzelf en garant staan voor het eigen handelen en waarborgen van professionaliteit. De medewerker in de zorg dient zichzelf te ontwikkelen tot bekwaam wanneer hij dit niet is.
Alle respondenten hebben aangegeven dat zij er in zijn algemeenheid in geloven dat hij zich bekwaam voelt om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te werken.
Wat echter door verschillende respondenten is aangegeven, is dat zij behoefte zouden hebben aan het opnieuw volgen van de cursus ZIEN (Lunetzorg, 2016). ZIEN is een cursus die binnen de gehele organisatie wordt gevolgd of gevolgd is. De respondenten behoren tot de groep die de cursus als eerste van de gehele organisatie heeft gehad. Dit is een cursus die het gehele team gevolgd heeft een aantal jaar geleden. Er is behoefte aan omdat de begeleiders bij deze cursus zichzelf filmt met een cliënt, waarbij achteraf gezien kan worden door middel van de beelden hoe de begeleider precies te werk gaat. Ervaren trainers geven hier feedback op en daardoor wordt er op een directe manier geleerd naar het eigen handelen te kijken, hoe men daarop moet reflecteren en hoe het handelen kan verbeteren. Respondenten hebben aangegeven dat deze 'verfrissing' hen weer op scherp zou kunnen zetten waardoor de bekwaamheid nog meer gewaarborgd kan worden. Zij ervaren de cursus als prettig.

"Er is denk ik niet echt behoefte aan extra bijscholing, maar bijvoorbeeld de cursus ZIEN weer opfrissing zou wel een keer goed zijn denk ik" – Respondent

Zoals de kwaliteitscirkel van Deming (Savage, 2015) stelt moet er steeds opnieuw volgens de cyclus gekeken worden hoe de kwaliteit van het team verbeterd kan worden. Alle respondenten laten zien dat zij reflecteren op het bekwaam zijn in de praktijk, maar hier weinig tot geen actie op ondernemen. De werkdruk wordt hiervoor als reden gegeven.
Een enkele respondent heeft benoemd dat er sprake is van een collega die niet bekwaam wordt geacht. Deze respondent geeft aan dat de cursus ZIEN deze bekwaamheid zou kunnen vergroten.

De meerderheid van de respondenten heeft aangegeven het overleg te missen onderling. Zij benoemen dat dit overleg bijdraagt aan hun gevoel van bekwaamheid. Alle respondenten hebben aangegeven het prettig te vinden om casussen uitvoerig te bespreken met elkaar, zodat men van elkaar kan leren. Dit draagt volgens deze respondenten bij aan het vergroten van het gevoel van bekwaamheid. Deze stap past ook in de kwaliteitscirkel van Deming (Savage, 2015) bij het stuk 'verbeteren'.

4.4 Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep?

Resultaat:
In zijn algemeenheid benoemen alle respondenten dat het team goed genoeg functioneert. Er worden echter verbeterpunten genoemd. Wanneer het ontwikkelingsmodel van Amelsvoort en Scholtes (van Amelsvoort & Scholtes, 2015) vergeleken wordt met het team waarvan de respondenten deel uit maken, is niet eenduidig te zeggen in welke fase het team zich bevindt. Waar een respondent aangeeft geen last te hebben van het geven van feedback, geeft een andere respondent aan dit heel moeilijk te vinden. De een ervaart dat het team in fase 4 zit, een ander ervaart een fase 1 of 2.
In zijn algemeenheid zijn de taken verdeeld naar kwaliteiten en het team voelt zich als geheel verantwoordelijk voor het functioneren. Toch geven respondenten ook aan dat hier te weinig over gesproken wordt. Er zijn respondenten die aangeven dat een samenwerking tussen collega's niet gaat zoals het zou moeten zijn. Respondenten geven aan dat het team wel steviger staat dan een aantal jaar geleden. Sommige respondenten vinden het lastig om te benoemen waar dat aan ligt, maar ervaren deze grotere stabiliteit wel als zeer prettig. Een enkele respondent benoemd dat het team stabieler is omdat zij de laatste jaren meer feedback zijn gaan geven aan elkaar. Maar, zo benoemt de respondent, het kan nog beter. De andere respondenten vinden dat er geen voldoende feedback wordt gegeven en dat dit veel meer zou moeten zijn. Vooral negatieve feedback geven aan elkaar gebeurd in de praktijk nog niet vaak genoeg is de ervaring.

"Ik merk dat een collega onvoldoende rapporteert, waardoor ik achteraf pas hoor wat er allemaal is gebeurd is. Ik vind dat heel lastig" –Respondent

Enkele respondenten geven als reden dat de veiligheid nog niet geheel aanwezig is binnen het team, waardoor feedback geven nog niet altijd plaatsvindt. Zij zien belang in het vergroten van deze veiligheid (Effectory, 2014)
Verder zijn er nog enkele verbeterpunten voor het team zijn genoemd door alle respondenten tezamen. Alle respondenten geven unaniem aan dat de communicatie beter kan. Onder deze communicatie wordt rapporteren en mondeling overleg bedoeld. Ook wordt benoemd dat er een verschuiving van het belang van communicatie plaatsvindt. Voorheen werden de dagelijkse gebeurtenissen rondom cliënten nog niet van zo'n grote waarde beschouwd in tegenstelling tot nu. Hierin geven respondenten informatie te missen in de communicatie. Bijna alle respondenten geven aan dat zij soms informatie missen in het rapportagesysteem. Zij horen dan gebeurtenissen terug in

een mondeling overleg, die zij graag via de rapportage hadden willen lezen. Dit in het belang van het evalueren van de doelen van cliënten en om als team meer handvatten te creëren om de steeds zwaarder wordende doelgroep te begeleiden.

“Er mag meer gerapporteerd en gecommuniceerd worden over dagelijkse dingen. Want dat is heel belangrijk” – Respondent

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Binnen dit hoofdstuk worden de conclusies besproken die uit de onderzoeksresultaten naar voren zijn gekomen, waarbij een relatie zichtbaar wordt met de hoofdvraag. Door middel van de deelvragen wordt een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd.
Vanuit de conclusies worden de aanbevelingen gedaan. Hierbij is een koppeling gemaakt met de probleemanalyse.

5.1 Conclusie

Uit de interviews met de respondenten kan geconcludeerd worden dat communicatie en het geven van feedback de belangrijkste waarden waarbij ontwikkeling plaats kan vinden.

5.1.1 Deelvraag: Welke problemen ervaren medewerkers met het bieden van goede zorg doordat er een toestroom van de steeds zwaarder worden doelgroep is?

Conclusie: Het probleem die door medewerkers worden ervaren met het bieden van goede is dat er niet voldoende gecommuniceerd en gereflecteerd wordt in het team. Hierdoor kan er geen optimale zorg worden geboden. Er dient meer overleg en reflectie tussen medewerkers plaats te vinden om de tegenwoordigheid van geest te bevorderen (Glöckler,2002). Concluderend kan er gesproken over een mindere mate van veiligheid, waardoor het team niet volledig op zichzelf vertrouwd als zelfsturend team en daardoor geen optimale zorg kan verlenen. Omdat deze veiligheid niet gewaarborgd is, is er ook sprake van een bepaalde mate van sociale veiligheid waardoor medewerkers niet de ruimte voelen om vrij te kunnen communiceren, reflecteren en feedback geven. (Vissers, 2014).

5.1.2 Deelvraag: Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop de cliënten begeleid worden?

Conclusie: De visie van medewerkers op de manier waarop cliënten begeleid worden, is divers te noemen. De diversiteit is te herkennen in het hanteren van de competentiegerichte methodiek. Hoewel iedere respondent het erover eens is dat de competentiegerichte methodiek de beste methodiek is, heeft eenieder andere ideeën bij het gebruik van deze methodiek.
Volgens de theorie van Van Amelsvoort en Scholtes over zelfsturende teams (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015), kan geconcludeerd worden dat er voor het team nog gewerkt moet worden aan teambuilding zodat zij op een lijn komen te zitten, waarna zij in fase 4 kunnen werken aan het verspreiden van de individuele ideeën op eigen initiatief waardoor ideeën bekend worden bij de rest en er een lijn getrokken kan worden. Deze eenheid is nog niet aanwezig.
Uit empirisch onderzoek binnen 20 instellingen van de Federatie Opvang Monitor was gebleken dat door de bezuinigingen wordt ervaren dat het werk in de zorg niet optimaal uitgevoerd kan worden door gebrek aan tijd en personeel. (Rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties, 2015) Uit dit onderzoek onder de 9 respondenten binnen een zorglocatie is gebleken dat dit bij een bepaald aspect

binnen deze zorglocatie niet het geval is. Er wordt specifieker en intenser met de tijd omgegaan, waardoor de cliënten beter worden begeleid dan voorheen. Dit is positief.
In tegenstelling tot het rapport van de Federale Opvang Monitor decentralisaties (Monitor federale opvang decentralisaties, 2015) en de cijfers van het landelijke onderzoek naar ervaren werkdruk van Nivel (Nivel, 2015), is bij deze zorglocatie in mindere mate tijdsdruk aanwezig. De tijdsdruk is wel aanwezig, maar komt niet overeen met de 69% van Nivel omdat maar één respondent heeft aangegeven de taken niet af te krijgen door de te hoge werkdruk. De overige respondenten geven aan dat het wel druk is, maar ervaren niet een te hoge werkdruk. De werkdruk staat het begeleiden van cliënten niet zo duidelijk in de weg als uit de cijfers van Nivel is gebleken.

5.1.3 Voelen medewerkers zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te kunnen werken?

Conclusie: Medewerkers hebben unaniem aangegeven zich bekwaam genoeg te voelen om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te werken. Zij benoemen allen dat de vaardigheden en kennis aanwezig zijn bij zichzelf, en in het team.
Ook worden er verbeterpunten genoemd om de bekwaamheid nog te vergroten. Er is behoefte aan het herhalen van de cursus ZIEN. Ook is er meer behoefte aan onderling overleg en ‘spuien’ met elkaar over casussen. Hiermee kunnen de zorgverleners elkaar helpen om vooruit te komen. De theorie van sociale veiligheid binnen zorgteams (Vissers, 2014) kan bijdragen aan het vaker voorkomen van overleg met elkaar. De theorie stelt dat wanneer er geen vrije ruimte gevoeld wordt om alles te kunnen zeggen, het team ook nog niet optimaal functioneert als een zelfsturend team. Om de bekwaamheid te vergroten doormiddel van meer overleg met elkaar moet dus de veiligheid binnen het team worden vergroot. (Vissers, 2014) (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015)

5.1.4. Wat is de visie van de medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep?

Conclusie: De visie van medewerkers op de manier waarop het team omgaat met de steeds zwaarder wordende doelgroep, is divers te noemen.
Door verschillende respondenten is genoemd dat kleine, dagelijkse gebeurtenissen, vaak over het hoofd worden gezien. Deze gebeurtenissen waren bij de oude doelgroep minder van belang als bij de steeds zwaarder wordende doelgroep. De respondenten geven aan vanuit het team informatie te missen in rapportage en mondeling overleg, waardoor er niet optimaal gewerkt kan worden met de steeds zwaarder wordende doelgroep.
Ook hierbij kan geconcludeerd worden dat veiligheid binnen het team een rol speelt. Respondenten geven ook bij deze deelvraag aan dat zij het lastig vinden feedback te geven. Wanneer deze feedback niet wordt uitgesproken, is het ook niet bekend bij het gehele team dat deze problemen spelen. Pas wanneer de veiligheid in het team volledig gewaarborgd is, is er meer ruimte voor het geven van feedback. (Vissers, 2014)

5.2 Antwoord op de hoofdvraag:

Welke ontwikkelingen moeten er binnen het team van zorglocatie ‘Trainingshuis Acht’ gerealiseerd worden zodat de zorg goed blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep?’

Door middel van het beantwoorden van de deelvragen, kan geformuleerd worden welke ontwikkelingen er binnen het team van zorglocatie ‘Trainingshuis Acht’ gerealiseerd moeten worden zodat de zorg beter blijft aansluiten bij de steeds zwaarder wordende doelgroep. Deze ontwikkelingen zijn op het gebied van communicatie binnen het team, het geven van feedback en het creëren van eenduidigheid over de hantering van de competentiegerichte methodiek. Vanuit de theorie kan geconcludeerd worden dat ‘veiligheid binnen het team’ de overkoepelende factor is die invloed heeft op het verbeteren van communicatie, het geven van feedback en het creëren van eenduidigheid over de methodiek. (Vissers, 2014) Wanneer veiligheid binnen het team wordt gewaarborgd, ontstaat er meer ruimte voor alle medewerkers van het team om feedback te delen en vaker te communiceren over casussen en hetgeen waar zij tegen aan lopen tijdens hun werk. Ook kan doormiddel van communicatie binnen het team, meer eenduidigheid gecreëerd worden over het hanteren van de competentiegerichte methodiek (Cristalli, Glanton &Kalke, 2006). Deze veiligheid binnen het team zorgt dus voor meer communicatie, feedback en overleg. Dit zorgt er dan voor dat het team gerichter gaat handelen en zichzelf blijft verbeteren doordat feedback plaats vindt. Uiteindelijk verbetert dit dan het bieden van goede zorg. Het waarborgen van de veiligheid staat dus aan de basis van het bieden van goede zorg, en kan als belangrijkste ontwikkelpunt worden gezien waaraan gewerkt moet worden. (Aniba, 2014)

5.3 Aanbevelingen

- Zoals uit het algemene onderzoek binnen alle zorglocaties in Eindhoven naar voren is gekomen dat veiligheid binnen de organisatie een aandachtspunt is (Lunetzorg, 2015), is dit binnen deze zorglocatie ook een aandachtspunt gebleken. Het is niet expliciet benoemd, maar impliciet komt naar voren dat feedback geven en communiceren over casussen niet genoeg gebeurd. Hierdoor wordt goede zorg niet optimaal gewaarborgd. Het creëren van veiligheid is het belangrijkste component om dit probleem aan te kunnen pakken. Het is daarom belangrijk dat deze zorglocatie, om de veiligheid meer te waarborgen, investeert in teambuilding en het één worden als team. Teambuilding vergroot de veiligheid binnen het team, omdat individuen elkaar beter leren kennen en zich vertrouwd gaan voelen met elkaar. Hierdoor kan fase 4 bereikt worden van een goed functionerend zelfsturend team (Van Amelsvoort & Scholtes, 2015), dat weer aan de basis ligt voor het bieden van goede zorg (Aniba, 2014).

- Zoals is gebleken uit onderzoek van het Federale Rapport Opvang Monitor decentralisaties (Rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties, 2015) is er minder tijd beschikbaar binnen organisaties voor cliënten door bezuinigingen en het verminderde aantal personeel. Uit dit onderzoek onder de respondenten is bevestigd dat er ook bij deze zorglocatie minder tijd is voor cliënten dan voorheen en dat dit het bieden van goede zorg in de weg staat. Er moet specifieker met de tijd omgegaan worden om de vermindering van tijd te kunnen dragen.
  Er is benoemd dat men vaak informatie mist in rapportages, waardoor doelen niet goed geëvalueerd kunnen worden. Doordat er veel taken gedaan moeten worden, met veel cliënten, wordt belangrijke informatie sneller het hoofd gezien.
  Het is daarom van belang dat elke begeleider zich verdiept in de doelen van alle cliënten, zodat men weet waarop specifiek gelet moet worden tijdens het begeleiden en er specifieker gekeken kan worden omgegaan met de tijd.
  Er kan efficiënter omgegaan worden met de tijd, zodat de begeleiding gerichter te werk gaat en beter let op aspecten die belangrijk zijn voor de cliënt. Hierdoor worden minder snel kleine details, die wel heel belangrijk zijn, over het hoofd gezien.
  Deze gerichte manier van aanpak draagt bij aan het bieden van goede zorg.

- Cijfers van I&O research onder de tevredenheid onder hulpbehoevenden na de decentralisatie heeft uitgewezen dat de ervaren professionaliteit onder hulpverleners sinds 2014 met 0,3% is verminderd. Het team waarbij dit onderzoek heeft plaatsgevonden heeft aangegeven dat zij de cursus ‘ZIEN’ zouden willen volgen om de professionaliteit weer te vergroten. Men voelt zich bekwaam genoeg om met de steeds zwaarder wordende doelgroep te werken, maar wil de bekwaamheid vergroten. Het volgen van ZIEN is financieel en qua tijd mogelijk gebleken, dus het team kan deze cursus bij collectief behoefte opfrissen.
  Daarnaast kan de professionaliteit vergroot worden door vaker te overleggen met elkaar en het geven van feedback zodat men het handelen kan blijven aanpassen en zichzelf kan blijven ontwikkeling. Zoals de kwaliteitscirkel van Deming beschrijft, dient een goed functionerend team zichzelf te blijven ontwikkelen door steeds het eigen handelen te evalueren en nieuwe doelen te creëren. (Deming, 2015)
  Dit draagt bij aan het bieden van goede zorg. (Deming, 2015)

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie met de probleemanalyse verbonden. Daarnaast vindt er een kritische analyse plaats van het onderzoek waarbij de sterkte en zwakke punten worden besproken. De kwaliteit van het onderzoek wordt daardoor op waarde geschat.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

De validiteit van het onderzoek is gewaarborgd doordat er met regelmaat controle is geweest op het onderzoek door derden uit de praktijk. Hierbij is steeds geverifieerd dat het onderzoek op waarheid berust. Daarnaast is de manier van interviewen, met gebruik van de topiclijst, ook valide omdat deze is gecontroleerd door externe personen. Hierbij zijn systematische fouten er zo veel mogelijk uit gehaald. (Boeije, 2014)
De interviews zijn op een rustige plek afgenomen binnen de instelling, waarbij de desbetreffende respondent nooit in dienst was. Hierdoor werd het onderzoek niet onderbroken door cliënten. Alle functies binnen de instelling zijn aan het woord geweest. Hierdoor representeert de groep respondenten een groter geheel, omdat deze functies ook voorkomen binnen andere instellingen. De steekproef is zo veel mogelijk aselectief uitgevoerd. De uitkomst van het onderzoek kan minder valide worden geacht, wegens de relatief kleine respondentengroep. Doordat het een kwalitatief onderzoek omvat waarbij gevraagd werd naar beweegredenen van respondenten, kan het voorkomen dat eenzelfde onderzoek bij andere respondenten, een andere uitslag geeft.
De resultaten van dit onderzoek zijn logisch voortgevloeid uit de probleemanalyse en het theoretisch kader. In de probleemanalyse is gebleken dat door veranderingen in de zorg (Zorghulpatlas, 2016), problemen ontstaan op het gebied van werkdruk, (Nivel, 2015) binnen teams en het functioneren van teams (Effectory, 2014). Landelijk, in gemeenten en binnen de organisatie waarbij dit onderzoek plaats heeft gevonden. Het theoretisch kader heeft handvatten geboden voor deze problematiek, door theoretisch te onderbouwen wat een team een goed functionerend team maakt (Van Amelsvoort & Scholte, 2015) en hoe een team goede zorg kan bieden (Baars et al., 2006). Vanuit de resultaten is gebleken dat het team niet optimaal functioneert, omdat veiligheid niet volledig gewaarborgd is. Hierdoor functioneert het team niet optimaal, wat betekent dat de geboden zorg ook niet optimaal is. (Vissers, 2014) De resultaten zijn een logisch gevolg van de geschetste problematiek en theoretisch kader.
Het onderzoek is niet geheel uniek in zijn soort. Er hebben andere onderzoeken plaatsgevonden naar de gevolgen van de bezuinigingen binnen zorgteams. Ook hebben er andere onderzoeken plaatsgevonden waarbij is onderzocht hoe teams beter zouden kunnen presteren. Echter, een combinatie van deze twee aspecten is minder voorkomend. In dit onderzoek komen aspecten van veranderingen in de zorg, het functioneren binnen teams en de invloed daarvan op goede zorg naar voren. Deze combinatie is minder voorkomend, maar niet uniek. Eenzelfde onderzoek binnen deze desbetreffende instelling heeft nog nooit plaats gevonden, en is daarbij wel uniek.
De theorieën uit het theoretisch kader en de probleemanalyse zijn toepasbaar op alle andere doelgroepen en teams in de zorg. Deze zijn niet aan een bepaalde doelgroep verbonden. Daardoor

geeft dit onderzoek ook handvatten voor eenzelfde soort onderzoek binnen een andere doelgroep samenstelling.

6.2. Sterkte- en zwakteanalyse

Dit onderzoek vindt plaats binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Om de lijn met maatschappelijke dienstverlening te blijven waarborgen is vooral onderzocht hoe er als team in de zorg omgegaan moet worden met veranderingen in de zorg en wat er binnen een team kan verbeteren om zo goed mogelijk mee te kunnen blijven bewegen met een (veranderende) doelgroep. Deze wordt niet alleen binnen instellingen voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking zwaarder (Rapport Federale Opvang Monitor decentralisaties, 2015), maar ook daarbuiten en onder alle andere doelgroepen (Zorghulpatlas, 2016) (Nivel, 2016). Ondanks dat dit onderzoek dus heeft plaatsgevonden binnen een instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, kan door middel van de genoemde theorieën en probleemanalyse toch een koppeling gemaakt worden met de zorg in andere instellingen in het algemeen. Deze zijn ook toepasbaar binnen andere instellingen. Elk team heeft immers handvatten nodig om zo goed mogelijk te kunnen functioneren. Een hogere mate van werkdruk en veranderingen in de zorg zijn thema's die bij elk zorgteam spelen. (Nivel, 2015)

Toch heeft het feit dat het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking ook een zwak punt. Als zwak punt van dit onderzoek kan genoemd worden dat het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een instelling met relatief weinig respondenten. Hierdoor is de dataverzamelingsmethode in mindere mate extern valide, omdat het half gestructureerde interview met de topiclijst uiteenlopende reacties kan hebben. Dit vergroot de kans dat eenzelfde onderzoek bij een andere instelling, een andere uitkomt heeft.
Dit vermindert de waarde van het onderzoek.

Literatuurlijst

Boeken

- Amelsvoort, P. Van., & Scholtes, G. (2008) Zelfsturende teams: Ontwerpen, invoeren, begeleiden. Ettenleur: Budgetboek
- Baars, E., Blomaard, P., Bijloo, M., Heldt, B., Koning, W. de., & Niemeijer, M. (2006). Goede zorg: Ethische en methodische aspecten. Zeist: Christofoor.
- Baljon, M. (2008) Competentiegericht opleiden, een uitdaging voor de cliëntgerichte benadering. *Cliëntgerichte psychotherapie jaargang 46*, (nummer 2)
- Beer, Y. De. (2011). De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Deventer: Kluwer.
- Boeije, H. (2014). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Boschman, M. (2005). Communiceren met mensen met een verstandelijke handicap. Soest: Nelissen.
- Christans, B. (2012). Toward relational empowerment. *American Journal of community psychology. 50 (1),* 114-128
- Cristalli, M., Glanton, A., & Kalke T. (2006). Positive behavioral interventions and supports: using strength-based approaches to enhance the culture of care in residential and day treatment education environments. Child Welfare, 86, 151-174.
- Deur, H. Van., & Odenhoven, R. Van. (2008). Handboek doorbraak in de jeugdzorg: Beter presenteren door blijven verbeteren. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut
- Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. van der. (2013) Analyseren in kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff
- Groothuis, R. (2015). Competentiegericht werken en kwaliteit van leven. (Master afstudeeropdracht). Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Utrecht, Utrecht
- Haak, M., Haspels, M., & Hemminga, Y. (2015). Competentiegericht begeleiden van kwetsbare mensen. Amsterdam: SWP.
- Horst, E. van der. (2009). Onderzoek naar de toepassing van het sociale competentiemodel binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Amsterdam: Cordaan.
- Lunetzorg. (2015). Medewerkersonderzoek. Eindhoven: Auteur
- Pareren, Y. Van. (2008). Ondersteunende begeleiding: Van jong tot oud een kwetsbare doelgroep. *TSG-jaargang 86* (nummer 3)
- Ponsioen, A.J.G.B & Ramakers, G. J. A. (2007). Neurologische kenmerken van kinderen en adolescenten met (licht) verstandelijke beperking. [Online publicatie] gedownload op 30-03-2016 van http://link.springer.com/article/10.1007/BF03061025#/page-1
- Savage, T. (2014). PCDA. Queensland: Emerero Publicing
- Scheffers, M. (2015). Sterk met een vitaal netwerk, empowerment en de sociaal netwerkmethodiek. Bussum: Coutinho.
- Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: Network report.

- Douma, J., de., Moonen, X., & Wit, M. (2011). Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrag veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Websites

- Boer, T. Prenatale screenings: Voors en tegens van de NIPT test. (2015). Geraadpleegd op 9-5-2016, van http://www.lindeboominstituut.nl/prenatale-screening-voors-en-tegens-van-de-nipt-test/
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2016). Geraadpleegd op 18-02-2016, van https://www.ciz.nl/zorg-uit-wlz/Paginas/default.aspx
- Effectory: Sociale veiligheid: Cruciaal voor de kwaliteit van zorg. (2014). Geraadpleegd op 25-04-2016, van https://www.effectory.nl/kennis/blog/sociale-veiligheid-cruciaal-voor-de-kwaliteit-van-zorg-in-ziekenhuizen/
- I&O Research (2016). Een jaar na de decentralisaties: Kwaliteit zorg niet verbeterd. Geraadpleegd op 5-5-2016 van, http://www.ioresearch.nl/home/nieuws/artmid/445/articleid/730/e233n-jaar-na-de-decentralisaties-kwaliteit-zorg-niet-verbeterd#.V1VFZ4SKTgI
- Jeninga, A. (2015). Behandeldienst van de ouderenzorg, wat staat er te gebeuren? Geraadpleegd op 25-02-2016, van http://cczorgadviseurs.nl/behandeldienst-binnen-de-ouderenzorg-wat-staat-er-te-gebeuren/
- Lunetzorg. (2016). Geraadpleegd op 22-02-2016, van http://www.lunetzorg.nl/veranderingen-zorg
- Movie. (2015). Geraadpleegd op 24-02-2016, van https://www.movisie.nl/artikel/wijzigingen-awbz-wmo-overzicht
- Nederlands Jeugd Instituut. (2015). Geraadpleegd op 19-02-2016, van http://www.nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd
- PDCA Cyclus. (2016). Geraadpleegd op 1-5-2016, van https://www.pdcacyclus.nl/pdca-cyclus-een-passionned-product/
- Rapport Monitor van Decentralisaties (2015). Geraadpleegd op 18-04-2016, van http://www.opvang.nl/files/def_Rapport_Monitor_decentralisaties_maart_2015.pdf
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2016). Geraadpleegd op 13-04-2016, van https://www.scp.nl/Nieuws/Bijna_17_van_de_Nederlanders_ontvangt_zorg_en_ondersteuning
- Sociale Veiligheid: cruciaal voor kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. (2014). Geraadpleegd op 23-04-2016, van https://www.effectory.nl/kennis/blog/sociale-veiligheid-cruciaal-voor-de-kwaliteit-van-zorg-in-ziekenhuizen/
- Sweers, A. (2014). Hoe pak je problemen in zelfsturende teams aan? Geraadpleegd op 27-05-2016 van https://www.zorgwelzijn.nl/ouderenzorg/nieuws/2014/12/hoe-pak-je-problemen-in-zelfsturende-teams-aan-1659448w/
- De zorghulpatlas. (2016). Geraadpleegd op 25-02-2016, van http://www.zorghulpatlas.nl/wet-maatschapplijke-ondersteuning-wmo-/

- De zorgplanner. (2016). Geraadpleegd op 18-02-2016, van http://dezorgplanner.nl/CGraadZorgNavigator/data/GZzzps.pdf
- De Zorgwijzer. (2016). Geraadpleegd op 22-02-2016, van http://www.zorgwijzer.nl/faq/veranderingen-in-de-zorg

Bijlage 1: Verificatie van het onderzoek

De volgende verificatie is gegeven door de coördinerend begeleider van Trainingshuis Acht, Lunetzorg:

Hoi Yvette,

Je hebt de vraag zoals we die gesteld hebben goed verwoord en sluit goed aan bij wat we graag onderzocht willen hebben.
Wij zijn dus akkoord.

Met vriendelijke groet,

Ingrid Bongers[2]
Coördinerend begeleider Trainingshuis Acht
M 06 10102296 |E i.bongers@lunetzorg.nl
Ijsselstraat 2, 5626 BL Eindhoven

[2] Er is toestemming verleend om de naam in deze te bijlage te noemen.

Bijlage 2: Topiclijst

Topics:

- Introductie
- Nogmaals Informeren over transcriberen en opname
- Doel van afstudeeronderzoek
- Werkervaring
- Trainingshuis als werkplek
- Veranderingen in de zorg
- Ervaringen/ visie veranderingen
- Trainingshuis als woonplek
- Doelgroep verandering
- Omgaan organisatie
- Professionalisering, bekwaamheid
- Samenwerken met collega's

Bijlage 3: Codeboom

Label	Code
Professionalisering	Geen behoefte aan bijscholing
	Geen behoefte aan extra cursussen
	Opnieuw ‘ ZIEN’ volgen
	Opfrissen van ‘ZIEN’
	Team is bekwaam genoeg
	Meer gezamenlijk overleggen
	Meer praten over casussen Veiligheid binnen het team Veiligheid
Ervaring zwaardere doelgroep	Leuker dan gedacht
	Meer behoefte aan nabijheid
	Een leuke uitdaging
	Een uitdaging
	Meer personeel nodig bij deze doelgroep
	Trainingshuis blijft een geschikte plek, ook met een zwaardere doelgroep
	Nabijheid is heel belangrijk
	De zorg moet op het individu gericht zijn
	De zorg wordt steeds gerichter
	Zorg op maat het belangrijkst
Ervaren problemen	Niet alle collega’s communiceren genoeg
	Meer rapporteren, ook over ‘ dagelijkse’ zaken
	Soms moet er personeel bij, ik kom niet uit met m’n taken door de drukte
	Beantwoorden van mail laat soms op zich wachten
	Er wordt te weinig feedback gegeven Er is te weinig veiligheid binnen het team
De methodiek	Meer zorg op maat nodig
	Meer behoefte aan gezamenlijke momenten
	Meer behoefte aan nabijheid
	Minder zelfstandigheid
	Van competentiegericht naar zorg op maat
	Aangepaste trainingen
	Trainingsmap moet blijven, met aanpassingen
Visie op oplossen problemen	Communicatie via rapportage moet beter
	Communicatie via rapportage kan uitgebreider
	Trainingshuis op een andere locatie, dan kan de slaapdienst weg
	Vaker rapporteren over ‘ dagelijkse’ zaken die toch heel belangrijk zijn
	Cliënten niet overvragen door te veel informatie
	Taken cliëntbegeleider en begeleider nog beter afstemmen
	Er moet meer personeel bij
	Meer contract tussen cliëntbegeleider en maatje
	De zorg moet betaalbaar blijven, ik zie geen probleem
	Vaker overleggen over casussen
	Nog gerichter met cliënt bezig zijn
	Mail vaker beantwoorden
	Alle begeleiders moeten de doelen van cliënten beter kennen
	Gerichter werken op doelen

Samenwerking binnen het team	Kan nog beter
	Vaker overleggen
	Meer feedback geven aan elkaar
	Feedback geven
	Feedback draagt bij aan goede zorg
	Zo blijven doorgaan