



Van goed naar geweldig door leiderschap

Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg

Juni 2017

KPMG.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	4
1.1 Achtergrond	5
1.2 Aanleiding voor het onderzoek	5
1.3 Succesfactoren voor kwaliteit	6
1.4 Begeleiding van het onderzoek	6
1.5 Leeswijzer	6
2. Methoden	7
3. Resultaten	10
3.1 Leiderschap als basis voor kwaliteit	12
3.1.1 Handelen naar een heldere visie gebaseerd op persoonsgerichte, warme en veilige zorg	12
3.1.2 Leidinggeven met lef	14
3.1.3 Lange-termijngerichtheid	15
3.1.4 Aandacht voor technologie en innovatie	15
3.1.5 Focus op een wijkgerichte organisatie en ketenbenadering	16
3.2 Uitkomsten met betrekking tot bedrijfsvoering	18
3.2.1 Gezonde financiële positie hangt alleen voor grote zorgorganisaties samen met ervaren kwaliteit	18
3.2.2 Bij kleine zorgorganisaties hangt een kleiner aantal locaties samen met hogere ervaren kwaliteit	19
3.2.3 Het aandeel overhead in het personeelsbestand heeft geen relatie met de ervaren kwaliteit	20
3.2.4 In grote organisaties is de ervaren kwaliteit hoger bij relatief lagere personeelskosten	20
3.3 Organisatiecultuur	21
3.3.1 Leren en verbeteren	21
3.3.2 Persoonlijk leiderschap op alle lagen: eigen verantwoordelijkheid nemen	23
3.3.3 Investeren in deskundigheid	23
3.3.4 Zichtbaar en aanspreekbaar management	24
3.4 Organisatiestructuur	25
3.4.1 Een platte organisatie en korte lijnen	25
3.4.2 De woonomgeving van een cliënt als succesfactor voor kwaliteit	27
4. Conclusies en aanbevelingen	29
Bijlagen	
Bijlage A: gehanteerde methodiek	
Bijlage B: uitkomsten digitale vragenlijst	
Bijlage C: verdiepende analyses bedrijfsvoering	

Managementsamenvatting

De verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg is een onderwerp waar iedereen wel een mening over heeft. Maar ga er maar eens écht aan staan: met een beperkt budget een verpleeghuis leiden voor ouderen met nog maar een korte levensverwachting en een vaak loodzware zorgbehoefte. Hoe maak je als organisatie dan het verschil voor mensen?

Elk verpleeghuis wil zorg bieden van de hoogst mogelijke kwaliteit. Zorg die persoonsgericht is, en veilig. Maar in de praktijk zien we verschillen in hoe succesvol verpleeghuizen hierin zijn. Dit onderzoek wil die verschillen verklaren.

De kern van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van mogelijke verklaringen voor kwaliteitsverschillen tussen verpleeghuizen in Nederland. Welke factoren blijken in de praktijk een succesfactor voor kwaliteit? Aanleiding hiervoor is een motie van Tweede Kamerlid Voortman. Er is in het onderzoek gekeken naar onderwerpen die zowel relevant zijn voor de systeemwereld als voor de leefwereld van kwaliteit.

Elke dag zetten duizenden professionals, managers en bestuurders zich in om met passie, kennis en kunde de beste kwaliteit van zorg te leveren voor hun cliënten. Die kwaliteit wordt primair geleverd in de relatie tussen de zorgprofessional en de cliënt waarin aandacht, oprecht luisteren en inspelen op behoeften centraal staan. Hoe kunnen organisaties dit zo goed mogelijk faciliteren? Er bestaat geen receptenboek voor kant-en-klare kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Maar er blijken wél veel specifieke ingrediënten te zijn die ten goede van kwaliteit kunnen worden ingezet.

Drie domeinen komen aan bod: bedrijfsvoering, organisatiecultuur en organisatiestructuur. Dat levert boeiende uitkomsten op, en handvatten voor verbetering. Verhelderend is ook, dat een aantal correlaties juist niet blijkt te bestaan. De grootte van een instelling staat los van de ervaren kwaliteit van zorg, net als de omvang van de overhead. Wat de verpleeghuiszorg nodig heeft, luidt de hoofduitkomst van het onderzoek, is sterk leiderschap. Leiderschap dat faciliteert en ondersteunt, en gewenst gedrag en (persoonlijke) ontwikkeling stimuleert in alle lagen van de organisatie.

Opzet en methode

Dit onderzoek bestaat uit drie hoofdonderdelen:

1. Kwalitatief onderzoek bij 17 zorgorganisaties en op 35 unieke locaties;
2. Kwantitatief (vragenlijst)onderzoek onder management en zorgprofessionals van 236 verschillende locaties;
3. Een analyse van de relatie tussen aspecten van bedrijfsvoering en ervaren kwaliteit (bij 125 organisaties)

KPMG Plexus deed dit onderzoek met veel plezier. We raakten opnieuw onder de indruk van het werk dat professionals in de verpleeghuiszorg iedere dag opnieuw doen voor onze ouders en grootouders. We hopen met deze rapportage een bijdrage te leveren aan het realiseren van liefdevolle zorg van goede kwaliteit in alle verpleeghuizen in Nederland.

Wat moeten verpleeghuizen doen om succesvol te zijn?

1. Creëer een cultuur van **leren en verbeteren**. Uit het onderzoek blijkt dat aandacht voor leren en verbeteren organisaties helpt om kwaliteit te kunnen leveren. Stimuleer medewerkers tot dialoog en tot bespreken van dilemma's. Fouten maken mag, en deel die ervaringen. Laat leren en verbeteren niet eenmalig zijn, maar een continu proces.
2. Geef **ruimte om te handelen** en daarover **verantwoordelijkheid** te nemen. Uit het onderzoek blijkt dat **persoonlijk leiderschap**, in alle lagen van de organisatie, helpt om kwaliteit te kunnen leveren. Het gaat om individuele verantwoordelijkheid en eigenaarschap op alle lagen, en ook om voorbeeldgedrag van bestuur en leidinggevenden. Dat toezichthouders de juiste, kritische vragen stellen, met als leidraad de kernwaarden van de organisatie. En dat alle medewerkers zichzelf dagelijks de vraag stellen: doe ik de juiste dingen, en doe ik ze goed?
3. Blijf **investeren in deskundigheid**: zowel vakbekwaamheid als leiderschapsvaardigheden zijn volgens dit onderzoek succesfactoren. De zorgbehoefte van cliënten wordt zwaarder en gevarieerder, en personeel moet hiervoor geëquipeerd zijn. Dit is niet vrijblijvend: bestuurders en leidinggevenden moeten hiervoor tijd en budget reserveren.
4. Breng de organisatie **financieel in control**. Dit lijkt een open deur, maar helaas hebben veel organisaties dit nog niet op orde. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er geen relatie is tussen overhead en ervaren kwaliteit, en ook niet tussen omzet en ervaren kwaliteit. Wel hangt voor grotere organisaties (groter dan 50 miljoen omzet) een gezonde financiële positie samen met kwaliteit. En geldt voor alle organisaties dat een gezonde financiële positie meer ruimte geeft voor nieuwe prioriteiten - denk aan innovatie en technologie, en aan opleidingen voor medewerkers.
5. Richt het **vizier** meer naar **buiten**, en kijk niet alleen naar de eigen organisatie. Dit onderzoek laat zien dat een focus op een wijkgerichte organisatie en ketenbenadering een succesfactor is voor kwaliteit. De wereld om de verpleeghuizen is in beweging en er komen steeds meer ouderen met complexe zorgvragen. Neem de regie in de keten en verbind ketenpartijen rondom samenhangende zorg voor de cliënt.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

De kwaliteit van verpleeghuizen is een veelbesproken onderwerp, niet alleen op de 'Haagse vierkante kilometer' maar ook in de samenleving zelf. Dit onderzoek is gedaan in een periode waarin de ouderenzorg, en speciaal de verpleeghuiszorg, sterk in beweging is. Veel zorgorganisaties zijn bezig met het ontwikkelen van een vernieuwde visie en ambitie, die past bij persoonsgerichte en veilige zorg gericht op het welbevinden van de cliënt. Ze spannen zich ook in om dit te vertalen naar de zorgprocessen in de praktijk. Ook werken veel zorgorganisaties aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen.

Het afgelopen decennium onderging de langdurige zorg een transitie, waarin systeemveranderingen moesten leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. Een aantal initiatieven biedt hierbij ondersteuning en praktische handvatten. Denk aan het begin dit jaar vernieuwde *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* en programma's als *In voor Zorg en Waardigheid* en *Trots*.¹

Kwaliteit wordt geleverd in de relatie tussen de zorgprofessional en de cliënt. De professional moet door de organisatie optimaal gefaciliteerd worden om kwaliteit te verlenen. Dit onderzoek kijkt naar hoe die optimale facilitering in de praktijk vorm kan krijgen. Om met de woorden van Pauline Meurs te spreken: *"Het heeft weinig toegevoegde waarde om te blijven aanschoppen tegen 'het systeem' of 'de regels'. De slagzin 'van systeemwereld naar leefwereld' zet ons op het verkeerde been. Beide werelden zijn van waarde en zijn elkaars voorwaarde. [...] Bij goede leefsysteem gaat het om werkzame combinaties. [...] Aan de ene kant een gelijke behandeling en aan de andere kant een ongelijke behandeling, maatwerk met aanzien des persoons. Beide principes zijn tegelijk aan de orde en soms fundamenteel met elkaar in strijd. Beide dienen te worden gekoesterd."*² In dit onderzoek is dan ook door de combinatie van onderzoeksmethoden getracht de aandacht niet alleen op de leefwereld van cliënten óf op de systeemwereld van zorgorganisaties te leggen, maar te zoeken naar die factoren die beiden versterken. Dit onderzoek maakt mogelijke verklaringen voor kwaliteitsverschillen tussen verpleeghuizen in Nederland inzichtelijk. Welke factoren spelen in de praktijk echt een rol?

1.2 Aanleiding voor het onderzoek

Elke zorgorganisatie wil persoonsgerichte, veilige zorg leveren die gericht is op het welbevinden van de cliënt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bracht in 2016 een rapport uit over de kwaliteit van verpleeghuizen. Dat liet zien dat er in de praktijk grote verschillen zijn in hoe zorgorganisaties vorm geven aan persoonsgerichte en veilige zorg; en ook grote verschillen in hoe succesvol zij hierin zijn. Ook gaf de IGZ aan zich over een aantal verpleeghuizen zorgen te maken op het punt van kwaliteit.

Op 6 juli 2016 nam de Tweede Kamer, naar aanleiding van een debat over de kwaliteit in verpleeghuizen, een motie aan van kamerlid Voortman.³ Hierin wordt de regering gevraagd om onderzoek te doen naar mogelijke verklaringen voor het verschil in kwaliteit tussen verpleeghuizen. En om hierbij in elk geval te kijken naar de rol van de financiële situatie van een zorgorganisatie, naar het aantal locaties, en naar het aandeel overhead in het personeelsbestand.

Voor u ligt de eindrapportage van dit onderzoek, dat focust op factoren die samenhangen met **ervaren** kwaliteit. Waar in dit verslag wordt gesproken over kwaliteit van zorg, betreft dit de ervaringen van de respondenten in een enquête die wij hielden onder zorgprofessionals, managers en bestuurders, en de ervaren kwaliteit zoals gemeten op *ZorgkaartNederland*. (Dat laatste is een ervaringswebsite waar cliënten met een rapportcijfer en een review hun waardering kunnen achterlaten. Zie hoofdstuk 2 'methoden' voor een toelichting). Er wordt in dit onderzoek geen objectieve en vergelijkende kwaliteitsmaat gehanteerd, omdat die niet beschikbaar is.

In het onderzoek staan de volgende vragen centraal:

1. In welke mate beïnvloeden specifieke onderdelen van de bedrijfsvoering⁴ de kwaliteit van verpleeghuiszorg?
2. In welke mate beïnvloeden specifieke onderdelen van de organisatiecultuur en organisatiestructuur de kwaliteit van verpleeghuiszorg?
3. In welke mate is er sprake van een best practice, en in welke mate kan van zorgorganisaties worden verwacht dat niveau te halen? En welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?

¹ Zie bijvoorbeeld Kamerbrief Waardigheid en Trots: aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg. 04-07-2016

² Pauline Meurs, essay "Weg met het transitie-denken", Lucide, herfst 2016

³ Kamerstuk 31765, nr 228

⁴ In ieder geval wordt gekeken naar de onderdelen uit de Motie Voortman: de financiële situatie van zorgorganisaties, het aantal locaties en het aandeel overhead in het personeelsbestand.



FIGUUR 1 Opbouw van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in de intramurale verpleeghuiszorg. Dat betekent dat extramurale zorg, bijvoorbeeld in de vorm van een modulair pakket thuis (mpt) of volledig pakket thuis (vpt) niet is onderzocht. Ook de thuiszorg valt buiten de afbakening van het onderzoek.

1.3 Succesfactoren voor kwaliteit

Dit onderzoek richt zich op de **succesfactoren binnen verpleeghuizen**. Een succesfactor is een element of factor die ertoe leidt dat in de praktijk betere kwaliteit geleverd kan worden, volgens de respondenten in het onderzoek. Wat maakt nu dat in het ene verpleeghuis de zorgprofessionals, managers, vrijwilligers en mantelzorgers tezamen in staat zijn om goede kwaliteit van zorg te borgen, terwijl dit in het andere verpleeghuis minder goed lukt? Welke precies die succesfactoren zijn, is gedestilleerd uit de ervaringen van respondenten, en resulteert in een to-do lijst voor verpleeghuizen.

Om echt te begrijpen wat er speelt in de alledaagse praktijk van de verpleeghuiszorg en wat de ene situatie onderscheidt van de ander is gekozen voor een praktijkgerichte benadering. Figuur 1 laat schematisch zien hoe de verschillende onderzoeksvragen en -onderdelen samenhangen. We keken naar (onderdelen van) bedrijfsvoering, organisatiecultuur en organisatiestructuur. Ook de uitkomsten zijn volgens dit schema gestructureerd.

1.4 Begeleiding van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van een commissie met vertegenwoordigers van: het ministerie van VWS (in de rol van opdrachtgever), ActiZ, Branchebelang Thuiszorg (BTN), Patiëntenfederatie Nederland (voorheen NPCF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Verenso, Zorginstituut Nederland en LOC Zeggen-schap in zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg nam deel als toehoorder. Onafhankelijk voorzitter was dr. Barbara Baarsma, onder meer hoogleraar economie aan de Universiteit van Amsterdam en kroonlid van de Sociaal-Economische Raad.

1.5 Leeswijzer

Het rapport start met een uitleg van de ingezette onderzoeksinstrumenten en een toelichting op het conceptueel kader (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 staan de resultaten, in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen aan het veld en zorgorganisaties.

2. Methoden

Het onderzoek combineerde drie methoden, waarvan twee kwantitatief één kwalitatief:

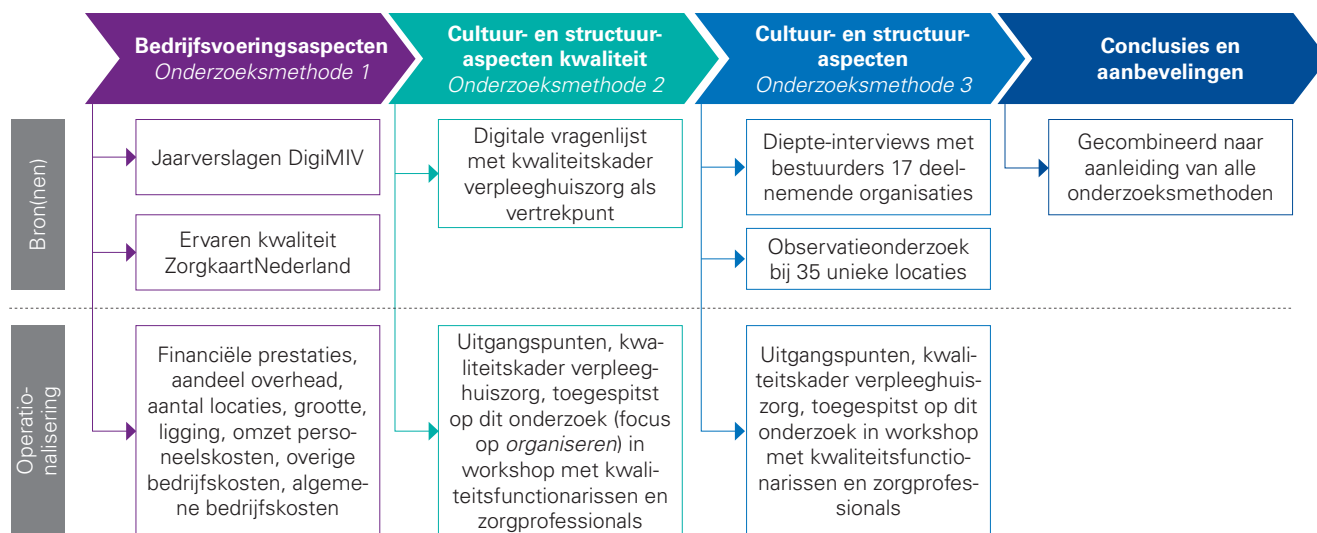
1. een analyse van de relatie tussen (onderdelen van) bedrijfsvoering en door cliënten ervaren kwaliteit ($n=125$ zorgorganisaties op basis van DigiMV en ZorgkaartNederland);
2. een digitale vragenlijst over de verschillende aspecten van kwaliteit gebaseerd op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ($n=236$ zorglocaties op basis van openbare vragenlijst);
3. kwalitatief-verdiepende observatiebezoeken aan 35 verpleeghuislocaties (van 17 zorgorganisaties).

Figuur 1 geeft de opzet schematisch weer. Methode 1 richt zich op bedrijfsvoeringsaspecten en maakt gebruik van bestaande kwantitatieve bronnen. Voor onderzoeksmethode 2 is een conceptueel kader opgesteld dat is ontwikkeld in een workshop met kwaliteitsfunctionarissen en zorgprofessionals (waaronder verpleegkundigen en behandelaren). Dit conceptueel kader is de bron geweest voor een digitale vragenlijst, breed uitgezet in het veld. Tot slot is onderzoeksmethode 3 door middel van diepte-interviews en observatieonderzoek het praktijkonderzoek uitgevoerd.

In onderstaande paragrafen gaan we nader in op de ingezette onderzoeksmethoden.

Bedrijfsvoeringsaspecten gerelateerd aan ervaren kwaliteit

Om de relatie tussen bedrijfsvoeringsaspecten en kwaliteit te onderzoeken zijn twee verschillende bronnen gecombineerd. Om bedrijfsvoeringsaspecten in kaart te brengen is informatie van DigiMV⁵ gebruikt. Om kwaliteit als uitkomstmaat in kaart te brengen is informatie over de ervaren kwaliteit van ZorgkaartNederland⁶ gebruikt. Er is helaas geen objectieve en vergelijkbare uitkomstmaat voor kwaliteit beschikbaar die informatie geeft voor alle – of in ieder geval over een groot aantal – zorgorganisaties in Nederland. Wel is een subjectieve en veelgebruikte uitkomstmaat beschikbaar via ZorgkaartNederland. Via deze website geven cliënten beoordelingen over de zorgorganisaties waar zij contact mee hebben (gehad)⁷. De beoordelingen worden gegeven als rapportcijfer en kunnen worden toegelicht. De informatie uit DigiMV is op organisatieniveau gekoppeld aan de beoordelingen van ZorgkaartNederland.



FIGUUR 2 Schematische weergave onderzoeksvragen en onderzoeksmethoden

⁵ Zie www.jaarverantwoordingzorg.nl voor meer informatie.

⁶ ZorgkaartNederland is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland. Zie www.zorgkaartnederland.nl voor meer informatie. Zie bijlage A voor een toelichting op het gebruik van deze bron. Deze bron is gehanteerd vanwege de omvang van vergelijkbare informatie die te koppelen is aan bedrijfsvoering en openbaar beschikbaar is.

⁷ Organisaties met 30 of meer beoordelingen zijn geïncludeerd ten behoeve van de betrouwbaarheid van de uitkomsten. ZorgkaartNederland is primair een ervaringswebsite en is niet opgezet als kwaliteitsmeting. Een onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam en het Talma Institute naar de validiteit en betrouwbaarheid van ZorgkaartNederland toont aan dat vanaf 30 metingen (beoordelingen) per organisatie er sprake is van een betrouwbaar beeld.

Thema's kwaliteit

Voor de methoden 2 (vragenlijst) en 3 (diepteonderzoek) is een conceptueel kader ontwikkeld, als kapstok voor de uitvoering. Waar dat passend was, is aansluiting gezocht bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg,⁸ dat beschrijft wat cliënten en naasten van verpleeghuiszorg mogen verwachten. Dit zorgde ook voor eenheid van taal. Het conceptueel kader is besproken in een uitgebreide werksessie met 35 kwaliteitsfunctionarissen en zorgprofessionals (een mix van verplegenden en behandelaren⁹) van 25 zorgorganisaties. Hieruit kwam een aantal onderwerpen die door het veld zijn benoemd als mogelijke succesfactoren, die daarna als volgt zijn onderverdeeld:

- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning:** de cliënt als uitgangspunt; kennis van zijn of haar behoeften, wensen en keuzes als basis voor het leveren van zorg en ondersteuning.
- **Welzijn:** aandacht voor het welzijn van de cliënt.
- **Wonen:** specifiek de aanwezigheid van een huiselijke sfeer en van wooncomfort.
- **Veiligheid:** bijvoorbeeld medicatieveiligheid, en zo veel mogelijk maar wél veilige bewegingsvrijheid met zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen.
- **Leren, en verbeteren van kwaliteit:** aandacht voor de 'lerende organisatie', op zowel individueel niveau van cliënt en medewerker als op team- en organisatieniveau.
- **Leiderschap, governance en management:** een richtinggevende en heldere visie, (persoonlijk) leiderschap op alle niveaus binnen de organisatie, en goed functionerend management binnen een helder bestuursmodel.
- **Samenstelling personeel:** voldoende beschikbaar personeel met de juiste deskundigheid en het juiste vakmanschap, passend bij de zorgvraag van de cliënten op de locatie.
- **Samenwerking met ketenpartners¹⁰:** contact met uiteenlopende disciplines, maar ook met ketenpartners zoals als verzekeraars, ziekenhuizen of lokale organisaties en welzijn.
- **Betrokkenheid van informele zorg:** betrokkenheid van het eigen sociale netwerk van de cliënt, en inzet van informele zorg (het sociaal netwerk en vrijwilligers).
- **Gebruik van hulpbronnen:** efficiënte inzet van interne middelen zoals faciliteiten, ICT en technologie.
- **Gebruik van informatie:** beschikbaarheid en inzet van relevante stuurinformatie op alle niveaus in de organisatie.

Thema's kwaliteit, gerelateerd aan organisatiecultuur en organisatiestructuur: digitale vragenlijst

Aan de hand van bovenstaande thema's is een digitale vragenlijst opgesteld, om twee dingen te achterhalen. In welke mate vinden respondenten die thema's belangrijk voor kwaliteit? En in welke mate lukt het om ze op locatieniveau in de praktijk te brengen?

Thema's kwaliteit, gerelateerd aan de organisatiecultuur en organisatiestructuur: diepteonderzoek

Voor inzicht in best practices in de sector is gekozen voor kwalitatief diepteonderzoek. Bij 17 zorgorganisaties hielden wij semi-gestructureerde diepte-interviews met de bestuurders. Bij diezelfde organisaties zijn ook observaties gedaan op de locatie(s). Tijdens een bezoek van een dagdeel:

- is een gesprek gevoerd met de locatiemanager, bij aanvang en afronding van de observatie;
- is meegelopen met de verpleegkundige;
- zijn spotobservaties gedaan, in bijvoorbeeld het restaurant, een woonkamer of bij de receptie; dit om sfeer te proeven, horen, zien, et cetera, waarbij de observant slechts op de achtergrond aanwezig is;
- zijn korte gesprekken gevoerd met cliënten, en indien mogelijk ook met vrijwilligers en activiteitenbegeleiders; van tevoren was met cliënten geen afspraak gemaakt, de gesprekken vonden plaats op koffie-, ontbijt- en lunchmomenten, en indien mogelijk ook tijdens de ronde met de verpleegkundige; de focus lag op zaken waar cliënten wel of niet tevreden over zijn, met beginvragen als '*Als u morgen hier de baas bent, wat zou u dan doen?*' en '*Wat zou u absoluut niet willen missen?*'.

Doel van de observaties: focus op het organiseren van kwaliteit

Een observatie blijft altijd een momentopname. Het doel was om succesfactoren en best practices in de verpleeghuiszorg te observeren. Voor een geobjectiveerd beeld van de kwaliteit op een locatie is een ander type, meer gedetailleerd en longitudinaal onderzoek nodig.

⁸ Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Daarnaast biedt dit document opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het leren vermogen te versterken. Het vormt het kader voor extern toezicht en voor inkoop en contracteren van zorg. Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

⁹ De focus in dit onderzoek heeft gelegen op het perspectief van het verzorgend en verplegend personeel. Verenso laat momenteel onderzoek uitvoeren naar de succesfactoren vanuit het perspectief van behandeling, getiteld "De rol en positie van de specialist ouderengeneeskunde in beeld". Naar verwachting is dit rapport eind juni gereed.

¹⁰ In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg valt 'samenwerking met ketenpartners' en 'betrokkenheid van informele zorg' onder 'gebruik van hulpbronnen'. Gezien de input vanuit de werksessie met zorgprofessionals is ervoor gekozen om deze thema's apart te benoemen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gecombineerd behandeld. Het hoofdstuk is opgebouwd langs de belangrijkste conclusies. Onderstaande figuur laat de resultaten zien, en in welke paragraaf deze zijn beschreven. De reflectie op de resultaten is opgenomen in hoofdstuk 4. In bijlage B vindt u een overzicht van de uitkomsten van de digitale vragenlijst.

In de volgende paragrafen wordt deze hoofdconclusie nader onderbouwd aan de hand van de rol van leiderschap (3.1), bedrijfsvoering (3.2), organisatiecultuur (3.3) en organisatiestructuur (3.4).

De figuur leest van onder naar boven. Boven de paarse balk 'Leiderschap' staan de drie domeinen waarin succesfactoren voor kwaliteit zijn onderzocht: bedrijfsvoering, organisatiecultuur en organisatiestructuur. De belangrijkste uitkomst: leiderschap vormt de algemene basis, want verbetert alle andere uitkomsten.



FIGUUR 3 Uitkomsten onderzoek

Leiderschap als basis voor kwaliteit

Een hoofdconclusie van het onderzoek is: **leiderschap vormt de basis voor kwaliteit**. Goed leiderschap versterkt de succesfactoren in alle drie de specifiek onderzochte domeinen: bedrijfsvoering, organisatiestructuur en organisatiecultuur. Het gaat hier om goed leiderschap van bestuurders, management en teamleiders (zie paragraaf 3.1.1). Het onderzoek laat zien dat goed leiderschap dé basis is voor kwaliteit. Het gaat hier specifiek om leiderschap dat faciliteert en ondersteunt, en gewenst gedrag en (persoonlijke) ontwikkeling stimuleert in alle lagen van de organisatie¹¹. Dit is in lijn met uitkomsten van eerder onderzoek naar de kwaliteit in verpleeghuizen, met richtinggevend gidsen en vertrouwen als gesignaleerde succesfactoren¹².

‘Zorgen dat alle medewerkers voelen dat ik het net zo belangrijk vind dat het goed gaat als een ander. Weten wat er speelt. De hiërarchie eruit halen. Jouw rol [van de individuele medewerker] is net zo belangrijk als mijn rol. Je ziet dat het echt effect heeft! Zorgen dat het niet alleen over geld gaat, niet alleen over structuur gaat etc. Zorgen dat je telkens verbindt wat er gebeurt.’ (bestuurder)

Het belang van leiderschap komt op alle niveaus van de organisatie terug. De mate waarin het leiderschap de organisatie faciliteert, in plaats van directief aanstuurt, werkt versterkend op de overige succesfactoren (bedrijfsvoering, organisatiecultuur en organisatiestructuur). Dit geldt van zelfsprekend voor leiderschap door Raad van Bestuur, management en teamleiders. Maar ook in niet-leidinggevende functies zien we leiderschap: persoonlijk en individueel, binnen de professionele autonomie. Ook deze laatste variant van leiderschap is een succesfactor, en wordt binnen een goede organisatiecultuur gestimuleerd en geborgd. Daarom gaat paragraaf 3.3, in het gedeelte over organisatiecultuur, nader in op persoonlijk leiderschap.

Goed leiderschap uit zich in vijf succesfactoren:

- handelen naar een **heldere visie** gericht op persoonsgerichte, warme en veilige zorg;
- leidinggeven met **lef om te denken vanuit de cliënt**;
- **lange-termijn**gerichtheid;
- aandacht voor **technologie en innovatie**;
- focus op een **wijkgerichte organisatie** en **ketenbenadering**.

Hier volgt een onderbouwing van deze conclusies. De uitkomsten van de verschillende onderzoeksmethoden worden geïntegreerd behandeld en daar waar relevant toegelicht.

3.1.1 Handelen naar een heldere visie gebaseerd op persoonsgerichte, warme en veilige zorg

Persoonsgerichte zorg, welzijn (warme zorg) en veiligheid worden door de respondenten in het onderzoek als meest belangrijke thema's gezien. De uitkomsten uit de digitale vragenlijst ondersteunen de bevinding dat persoonsgerichte en warme zorg als meest belangrijke elementen voor kwaliteit worden gezien. Ze vinden dan ook een duidelijke weerslag in de visie van zorgorganisaties.

Alle deelnemende zorgorganisaties en bezochte locaties zitten naar eigen zeggen in een transitie naar meer **persoonsgerichte zorg**. Men richt zich hierbij op het voorop stellen van welzijn, op het opnieuw in waarde herstellen van de mens, op zorg met gevoel, en op een ontwikkeling naar meer waardegestuurd (in plaats van kostengestuurd) werken. Belangrijke leidraad is 'zo thuis mogelijk': ook intramuraal moeten mensen hun leven kunnen leiden zoals zij dat altijd al deden. De zorgorganisatie wordt gezien als aanvullend op dat wat mensen zelf nog kunnen en willen.

‘We investeren in kwaliteit van leven van mensen, en dat houdt in dat mensen in staat zijn om hun leven te leiden zoals ze dat altijd al deden en dat hun zelfzorggewoontes daar een rol in hebben.’ (bestuurder)

Een veel genoemd uitgangspunt is dat je zorg en ondersteuning wilt leveren die je ook je eigen ouders zou gunnen. Met andere woorden: zorg waar je trots op bent.

‘Waar worden wij het meest blij van? Als personeel zijn of haar ouders [de organisatie] adviseren. Als medewerkers trots vertellen dat ze in de ouderenzorg werken en bij [de organisatie]. Dat voor iedereen een passende woning wordt gezocht. Met de goede zorg en dat mensen zichzelf mogen zijn. Dus: zorgen dat we een woonomgeving bieden waarin ze zich zelf mogen zijn. En wij moeten ervoor zorgen dat er veilige zorg wordt gegeven.’ (bestuurder)

¹¹ In managementliteratuur wordt deze vorm van leiderschap ook wel "dienend leiderschap" of "transformationeel leiderschap" genoemd.

¹² Dageraad: Het hart klopt, de bedrijfsvoering ook. December 2016

In de visie van zorgorganisaties komt het aspect van **welzijn** steeds vaker naast de zorg en behandeling te staan. Welzijn geldt niet als ondergeschikt aan of volgend op het medische aspect van zorg, maar is als 'warmte van zorg' juist een essentieel kwaliteitselement. Zorg, behandeling en welzijn moeten met elkaar in balans zijn. Er zijn voorbeelden waar wordt gewerkt met een manager gastvrijheid, als een soort tegenhanger van de manager met een focus op zorg. Aandacht voor welzijn uit zich in een focus op het kennen van de cliënt en zijn of haar levensverhaal, in 'gezelligheid', in het aanbieden van activiteiten die passen bij de behoeften.

'Welzijn/welbevinden is voor ons de kern van kwaliteit in de ouderenzorg. Dit komt er niet bij, maar hoort centraal te staan. [...] Welzijn gaat om luisteren naar en interesse hebben in de wensen van de klant en daaraan zoveel mogelijk tegemoet komen. De relatie tussen verzorgende en klant staat centraal.'
(bestuurder)

Ook het bieden van **veilige zorg** horen we vaak expliciet terug als onderdeel van de visie van zorgorganisaties. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in beleid gericht op fixatievrij werken. Gevraagd naar de mate waarin cliënten zich veilig voelen op de locatie, geven respondenten (van de digitale vragenlijst, dus zorgmanagement en zorgprofessionals) gemiddeld een 7,5. Bij de statements over de mate waarin zaken ook echt in de praktijk worden gebracht, is dit een van de hogere uitkomsten.

Tijdens de observaties is vaak genoemd dat de inzet van technologie kan ondersteunen bij het creëren van een veilige omgeving. Dit loopt van een simpel codeslot op de deur tot bijvoorbeeld camera's voor valbewaking. Opvallend is dat op een aantal locaties bewust wordt aangegeven dat 'zo thuis als mogelijk' wordt vertaald in open afdelingen (met leefkringen, wandelcircuits) en het bewust verminderen van toezicht. Ook als mensen thuis wonen, komt het soms voor dat ze alleen zijn. Op één geobserveerde locatie is de ervaring dat het minderen van fysiek toezicht cliënten rustiger en meer ontspannen maakt.

Het belang van persoonsgerichte, warme en veilige zorg wordt ook op de werkvloer in grote lijnen herkend. Op de locaties in de observaties bleek dat onderwerpen als gastvrijheid en het kennen van het verhaal van de cliënt, ook voor zorgverleners vertrouwde concepten zijn. De visie van de organisatie wordt dus intern breed herkend.

Hoe brengen zorgorganisaties de visie in de praktijk?

Uit de observaties blijkt dat **maatwerk leveren** wordt gezien als belangrijkste instrument om de visie van zorgorganisaties in de praktijk te brengen. Aansluiten dus bij het ritme en de wensen van de cliënt. Niet bij alle onderzochte locaties lukt dit in de praktijk even goed. Maar zowel de observaties als de

uitkomsten van de digitale vragenlijst laten zien dat vier elementen overall worden nagestreefd:

- Een dialoog tussen cliënt en medewerker, met aandacht voor warmte, hartelijkheid en zingeving. Factoren die hieraan bijdragen, zijn: kennis van de achtergrond en van het levensverhaal van de cliënt; kleinere teams; en het actief betrekken van verwanten.
- Het stimuleren van eigen regie, dus ruimte voor zeggenschap en inspraak van de cliënt (of verwant). De wens van de cliënt is leidend.
- Afstemming van zorg- en ondersteuning op de behoeften van de cliënt. Zaken als voeding, ethische aspecten en dagbesteding moeten aansluiten op de leefwereld van de cliënt zelf.
- Aandacht voor de mening van de cliënt over kwaliteit van geleverde zorg.

Voor ieder van de vier elementen geldt de vraag: hoe wordt dit in de praktijk gebracht?

Dialoog nog beperkt in de praktijk gebracht

In hoeverre is er een dagelijkse dialoog met cliënten en naasten over wensen en behoeften? Als respons op de digitale vragenlijst geven zorgmanagers hier gemiddeld 7,7, maar bij zorgprofessionals is dit maar 6,5. In de observaties bleek een aantal mooie voorbeelden van maatwerkdoor-dialoog. Het gaat dan in eerste instantie om het goed begrijpen wie de cliënt is en wat diens wensen zijn. Op meerdere locaties wordt bij de intake de cliënt (en indien mogelijk ook de familie) gevraagd naar het levensverhaal, om iemand zo te leren kennen. Eén organisatie investeert (met de extra gelden van Waardigheid en Trots) in leuke extra's door met cliënten in gesprek gaan over hun 'hartenwensen'. Nog weer een locatie heeft in de hal een 'wensenbox' hangen.

Eigen regie krijgt krappe voldoende

Cliënten zelf invloed laten uitoefenen op de tijdstippen van dagelijkse activiteiten zoals eten en douchen, lukt voldoende maar (nog) niet goed. Zorgprofessionals geven hier een score van 6,1. Wel zagen we in de observaties mooie voorbeelden van eigen regie in de praktijk gebracht, zoals werken met een 'intern PGB':

'Wij geven onze cliënten een intern PGB. Hiermee kunnen klanten zelf bepalen wat zij [aan activiteiten] inkopen. We hebben 265 ondersteunende activiteiten van een prijs voorzien. Van bewegen tot maaltijden. In de prijsstelling belonen wij eigen regie. Met de cliëntenraad hebben we hierover afspraken gemaakt.'
(bestuurder)

Een andere locatie maakt gebruik van foto's om met PG-clieñten te kijken wat zij die dag willen ontbijten. Maar

we zagen ook voorbeelden waar eigen regie tot nu toe niet lukt. Zo geven op één locatie de verpleegkundigen aan dat cliënten nog volgens een vaste dagelijkse ronde geholpen worden, dus niet zelf de tijdstippen bepalen van bijvoorbeeld opstaan en douchen. Zorgprofessionals schrijven dit vooral toe aan de beperkte personele inzet en daaruit voortvloeiend gebrek aan tijd. Daarnaast kan het ook gaan om houding en de mate waarin je gewend bent om vanuit de wens van de cliënt te werken.

'Ik zou hier niet veel veranderen. Het is echt een geoliede machine en cliëntgericht werken gaat goed. Dat komt ook omdat wij wel wat gewend zijn – we hebben hier veel gekke gedragingen [gedragsproblematiek]. We zeggen daardoor veel minder snel "ja maar..." wanneer een cliënt iets wil. We zijn gewend te zoeken naar een manier om iets toch mogelijk te maken. Als arts vind ik dat prima.'
(specialist ouderengeneeskunde)

Afstemming op behoeften lukt al goed

In hoeverre zijn de behoeften en mogelijkheden van de cliënt de basis zijn voor de zorg- en ondersteuningsdoelen (bijvoorbeeld in het zorgplan)? Respondenten van de digitale vragenlijst zijn hierover positiever dan op het punt van dialoog en eigen regie. Zorgprofessionals geven hier een 7,5. Management geeft een 8,2. De overige beroepen scores hier tussenin. Op verschillende locaties zien we mooie voorbeelden:

'Wanneer iemand wordt opgenomen vragen we de familie naar een levensverhaal. Op deze manier kunnen we beter reageren op de cliënt. Daarnaast heeft de cliënt zelf de keuze: wanneer hij of zij niet wil eten of slapen dan hoeft dit ook niet. 'Wij willen ook wel eens uitslapen, waarom zouden de bewoners dat dan niet mogen.' (verpleegkundige)

Afstemmen op de ondersteuningsbehoeften van de cliënt komt onder andere terug in het activiteiten aanbod. Veel organisaties werken aan een passend activiteitenprogramma, waarbij wordt gezocht naar mogelijkheden voor meer aansluiting bij de individuele cliënt. Zo wordt er vaak met cliënten besproken aan welke activiteiten en dagbesteding zij graag willen deelnemen. Maar er zijn ook onderzochte locaties waar het in de praktijk nog niet altijd lukt om ook daadwerkelijk passend aanbod te realiseren.

Zorgorganisaties maken voor activiteiten en uitjes steeds meer gebruik van vrijwilligers. Dit sluit aan bij een bredere trend, van verschuiving van welzijnsactiviteiten van zorgprofessionals naar vrijwilligers (KPMG en Vilans, 2017¹³). De mogelijkheid om activiteiten te bieden, wordt hierdoor kwetsbaarder. Het vinden van voldoende vrijwilligers wordt een randvoorwaarde. Ook moeten cliënten zelf openstaan voor de contacten met vrijwilligers.

Er is aandacht voor de mening van de cliënt

Tot slot geven de respondenten in de vragenlijst aan dat aandacht voor de mening van de cliënt in de praktijk al relatief goed lukt. Op de vraag of cliënten en het sociaal netwerk regelmatig gevraagd wordt hoe dingen gaan en hoe de dienstverlening kan verbeteren, is de score 7,4.

'We hebben een kwaliteitstool die we elke dag invullen voor elke cliënt, hierin staat wat de cliënt fijn vond en wat niet. Zo komen we er bij onze doelgroep (PG) achter wat ze fijn vinden en wat niet.'
(clusterhoofd)

Gevraagd naar de mate waarin cliëntervaringen ook echt worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering, blijkt de score gemiddeld 7,6.

3.1.2 Leidinggeven met lef

De resultaten uit het onderzoek onderstrepen dat ook in de verpleeghuiszorg 'lef' een succesfactor is voor kwaliteit. Leidinggeven met lef houdt in: een uitdagende koers. Het leiderschap bepaalt deze koers en draagt die uit; motiveert en luistert; en gaat consequenties, ook voor zichzelf, niet uit de weg. Integer en volhouden zijn kernwoorden. Belangrijk is ook dat je moet kunnen uitleggen waarom je kiest voor een bepaalde koers, of waarom je doet wat je doet.

Lang niet alle zorgorganisaties in dit onderzoek brengen de 'leffactor' ook echt in de praktijk, zo blijkt uit het diepteonderzoek. Bijvoorbeeld omdat, geven zij zelf aan, ze deze succesfactor wel herkennen maar in de praktijk nog obstakels tegenkomen:

'Wat is nodig? Struikelruimte om nieuwe zorgtypes te ontdekken. En dus lef om te kijken naar wat de cliënt nodig heeft en niet wat de systemen vragen. [...] Nu worden we nog vaak het systeem in gezogen, zodat ruimte voor creativiteit en lef niet meer ingezet wordt.'
(bestuurder)

Lef in de praktijk van leidinggeven is blijkens de uitkomsten van het onderzoek nog lang niet overal werkelijkheid. Dat is jammer, want waar dit wél lukt, kan het juist veel opleveren om ondanks de soms beperkende randvoorwaarden, wel met lef de visie te realiseren:

'We nemen risico. Als we een plan goed vinden, dan voeren we het ook uit. Burgerlijke ongehoorzaamheid – maar wél kunnen uitleggen aan een ander waarom je iets doet met het oog op waardevolle zorg. Wij bouwden bijvoorbeeld al eenpersoonskamers voordat dit beleid werd, ondanks de hogere kosten. Zo leveren wij constant kwaliteit.' (bestuurder)

¹³ Evaluatie uitvoeringspraktijk Wlz: V&V en GHZ (KPMG en Vilans, 2017)

3.1.3 Lange-termijngerichtheid

Onderhouden zorgorganisaties relaties die ook echt duurzaam zijn? Dat wil zeggen: de relatie met de cliënt en het sociaal netwerk om de cliënt heen, maar ook bijvoorbeeld de relatie met andere zorgorganisaties (zoals eerstelijns, welzijn, vrijwilligers)? Eerder onderzoek toonde al aan dat lange-termijngerichtheid een succesfactor is voor kwaliteit¹⁴. Dit onderzoek onderstreept deze bevinding. Organisaties die tijdig anticiperen op belangrijke ontwikkelingen zoals het scheiden van wonen en zorg en de veranderende zorgvraag, blijken ook de organisaties te zijn met een gezonde bedrijfsvoering en een effectieve organisatiestructuur.

Ook goede afspraken met het zorgkantoor zijn in eerder onderzoek benoemd als lange-termijngerichtheid die als succesfactor werkt¹⁴. Ons onderzoek bevestigt het nut van een goede relatie met financiers. Het is belangrijk om wederzijds goed geïnformeerd te zijn. En een goede relatie met het zorgkantoor helpt bij effectief onderhandelen, als wederzijds informatie wordt uitgewisseld over resultaten en uitkomsten van zorg. Op die manier kan financiële ruimte optimaal gezocht en benut worden.

Een klein aantal bestuurders zegt een goede financiële positie hebben, onder andere doordat zij een goede relatie met het zorgkantoor hebben en van daaruit ook een sterke onderhandelingspositie. Maar uit gesprekken met andere bestuurders blijkt dat de samenwerking met het zorgkantoor, en het maken van lange-termijnafspraken, nog niet altijd wordt gezocht. Ook wordt nog weinig samenwerking gezocht met de gemeente, als 'nieuwe' partner op inhoud (zie zo direct ook onder 'Focus op een wijkgerichte organisatie').

3.1.4 Aandacht voor technologie en innovatie

Met technologie worden hier dingen bedoeld zoals domotica, e-health en een modern en goed functionerend ECD. Het is dus een breed begrip. Uit het onderzoek blijkt dat een slimme inzet van technologie een succesfactor is voor kwaliteit, doordat het ruimte creëert om met minder mensen meer voor cliënten te doen, zoals betere veiligheid of meer leef- of bewegingsruimte.

'De inzet van technologie kan leefkwaliteit toevoegen, en helpt om met minder mensen betere veiligheid te kunnen bieden. Ook kunnen we onze mensen veel beter begeleiden. Bijvoorbeeld door in de nachtdienst door middel van sensoren te meten of iemand uit bed gaat of valt, en door spreek-luisterverbindingen in kamers. De nachtdienst kan volgen zonder controles te lopen. Dit geeft meer rust bij cliënten, omdat zij niet worden gestoord. Het gebruik van polsbandjes helpt bijvoorbeeld om dwalen terug te dringen: de eigen voordeur gaat automatisch open. En wanneer iemand altijd op de derde verdieping heeft gewoond en nu op de eerste verdieping woont, maakt het niet uit op welk knopje in de lift wordt gedrukt: mensen stappen uit op de juiste verdieping. Wij zetten technologie in ten dienste van de mensen.' (bestuurder)

De **eHealth-monitor** van Nictiz (2016) laat zien dat 97% van de managers en bestuurders in de care vindt dat innovaties nodig zijn om voorbereid te zijn op de toekomst. Maar tegelijk geeft de monitor aan, dat inzet van innovaties in de praktijk nog beperkt is. Maar 23% van de verpleegkundigen maakt bijvoorbeeld gebruik van medicijn dispensers, en 20% van beeldbellen. En maar 40% van de organisaties in de verpleging en verzorging werkt met een ECD¹⁵.

De resultaten uit ons eigen onderzoek laten zien dat in de praktijk van de verpleeghuiszorg nog weinig gebruik wordt gemaakt van technologie en innovaties. Maar duidelijk blijkt ook, dat daar waar wél inzet is van bijvoorbeeld domotica, dit een duidelijke succesfactor is voor kwaliteit.

Op de vraag in welke mate inzet van ICT en andere technologie belangrijk is voor het organiseren van kwaliteit, wordt in de digitale vragenlijst gemiddeld met 7,4 geantwoord. Hiermee staat dit onderwerp op plaats 9 van de 12 als het gaat om de zaken die belangrijk zijn voor kwaliteit. Maar gevraagd hoe het lukt om slimme inzet van technologie in de praktijk te brengen, komen de respondenten niet verder dan een 6,3. Vooral regio- en locatiemanagers zijn negatief: zij geven een 5,9.

Het beeld uit de observaties bevestigt de uitkomsten uit de digitale vragenlijst: weinig zorglocaties maken serieus

¹⁴ Gupta Strategists, Verkenning van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg. Mei 2015

¹⁵ Lopend onderzoek van ActiZ toont naar verwachting aan dat dit aantal flink toeneemt en dat 40% een onderschatting is. Dit onderzoek is nog niet gepubliceerd (naar verwachting begin juni 2017).

gebruik van technologie. Bij maar een beperkt aantal van de onderzochte locaties wordt al (veel) met domotica gewerkt.

Mooie voorbeelden zijn er gelukkig wel, zoals GPS-trackers waarmee mensen de vrijheid krijgen om zelf te besluiten om naar buiten te gaan. De zorgorganisatie kan dan vaststellen of een cliënt bijvoorbeeld verdwaald is. Dan gaat er een Amber Alert uit naar de wijk, met een foto van de cliënt en het verzoek te bellen en bijvoorbeeld de cliënt een kop koffie aan te bieden. Hiervoor zijn afspraken gemaakt met de winkeliers in de buurt.

ICT kan ook ingezet worden om meer regie bij het sociaal netwerk te leggen. Door middel van een integraal dossier, het flexibel inplannen van activiteiten en het delen van informatie hierover kan de betrokkenheid van het sociaal netwerk worden vergroot.

Overigens is technologie niet het enige middel om slimigheden aan te brengen om bijvoorbeeld dwalen terug te brengen. Een aantal locaties heeft een foto op de toegangsdeur van een gesloten afdeling of heeft deze "vermomd" als boekenkast: zo wordt er voor gezorgd dat de cliënten van gesloten afdelingen niet naar de deuren toe gaan en daardoor onrustig worden omdat de deur op slot is.

Waarom staat dit onderwerp bij relatief veel zorgorganisaties niet heel hoog op de agenda? Een verklarende factor is de huidige inrichting van het ICT-landschap. Die is niet altijd zo modern dat er snel stappen gemaakt kunnen worden met een ECD of domotica. Recent is het IBO-rapport "Innovatie in de zorg: vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie" gepubliceerd¹⁶. Het rapport concludeert dat Nederland uitblinkt in productinnovatie, zoals nieuwe medicijnen of technologieën. De IBO-werkgroep heeft echter geconstateerd dat de grootste knelpunten liggen in het opschalen van kansrijke innovaties en het implementeren van de daarvoor vaak benodigde procesinnovaties. Belemmeringen zijn volgens het rapport onder andere de inrichting van het zorglandschap en kennis en kunde.

Ook geeft een beperkt aantal zorgorganisaties aan dat aandacht voor technologie en innovatie minder hoog op de agenda staat omdat er andere prioriteiten liggen op het vlak van kwaliteit (denk dan bijvoorbeeld aan het op orde krijgen van de basiskwaliteit en het terugdringen van ziekteverzuim). De sector staat financieel onder druk en de focus ligt daarom veelal op dergelijke korte termijnaspecten. Dat is jammer, want dit onderzoek toont aan dat juist een lange termijngerichtheid een succesfactor is. Ook binnen beperkte financiële ruimte is de mate waarin budget wordt gecreëerd voor technologie en innovatie, een uiting van handelen met lef naar de visie en met een focus op de lange termijn.

3.1.5 Focus op een wijkgerichte organisatie en ketenbenadering

Met wijkgericht bedoelen we de mate waarin een organisatie is ingebed in de wijk. Zijn cliënten met de wijk verbonden, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk, en is er samenwerking met andere (professionele) organisaties en ketenpartners in de wijk?

De mate waarin cliënten met de wijk verbonden zijn, wordt beïnvloed door de ligging van de locatie. Ongeveer de helft van de geobserveerde locaties bevindt zich in bijvoorbeeld een woonwijk met ook winkels in de buurt, en heeft zo een expliciete positionering daarbinnen. Een aantal van de geïnterviewde cliënten geeft aan de ligging van een locatie belangrijk te vinden, voor bijvoorbeeld bereikbaarheid van winkels en toegankelijkheid voor bezoek.

Ongeveer de helft van de geobserveerde locaties heeft gekozen voor een inloofunctie voor de wijk. Bijvoorbeeld door het restaurant om te dopen tot grand café of brasserie en voor iedereen open te stellen; of door vestigingen van kinderdagverblijven, jeugdcentra of de GGD in hetzelfde pand te hebben. Zichtbaarheid in de wijk helpt ook bij het werven van vrijwilligers, blijkt uit de observaties.

'De wijk, daar wil ik de ambitie neerleggen. Onze wijk is in 2020 een gezellige, vrolijke wijk waarin mensen elkaar ondersteunen in zelfstandig wonen en regie. Die ambitie komt ook nadrukkelijk terug in onze doelstellingen. Het succesverhaal zit erin dat vrijwilligers allemaal uit de wijk komen en dat iedereen gekoppeld is aan mensen die hier hebben gewoond en werken. Wat ook speelt is dat er scholen in de omgeving staan met kinderen die hier iets doen, ouderen die daarheen gaan, et cetera. Integratie met de wijk is een hele belangrijke voor onze organisatie, en omgekeerd zijn wij belangrijk voor de wijk.'
(bestuurder)

¹⁶ Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO): Innovatie in de zorg, 24-04-2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/24/ibo-innovatie-in-de-zorg>

Uit de digitale vragenlijst blijkt dat het onderwerp van samenwerking in de keten als laagste wordt beoordeeld wat betreft belangrijkheid voor kwaliteit: een 7,3 gemiddeld, zie bijlage B voor de volledige rangorde.

	Gemiddeld	Locatiemanagers	Zorgprofessionals
Hoe belangrijk vind je samenwerking in de keten?	7,3	6,7	7,4
Op onze locatie wordt goed samengewerkt met ziekenhuizen in de regio.	6,9	6,7	6,3
Op onze locatie wordt goed samengewerkt met huisartsen in de regio.	6,9	6,2	6,1
Op onze locatie wordt goed samengewerkt met de wijk, bijvoorbeeld met het wijkteam.	6,6	6,0	6,4

TABEL 1 Overzicht uitkomsten digitale vragenlijst over thema samenwerking (zie bijlage B voor alle uitkomsten uit de digitale vragenlijst)

Het diepteonderzoek bevestigt dit beeld: er wordt niet veel gesproken over ketensamenwerking en over het belang daarvan. En als er over samenwerking wordt gesproken, gaat dit vaak over kennisdeling via leernetwerken.

‘Samenwerking is bij ons bijna afwezig, dat moet veel beter. We werken wel samen met een universiteit en een kennisnetwerk ouderenzorg. Deelname aan een netwerk en de bijbehorende publiciteit is een succesfactor: het helpt mee aan de motivatie van mensen.’ (bestuurder)

Dat tijdens de observaties het thema ketensamenwerking onderbelicht bleef, komt deels doordat in een momentopname samenwerking moeilijk te observeren is. Maar het komt ook doordat geïnterviewden (zorgprofessionals, locatiemanagers) als het om samenwerking gaat, vooral focussen op (behandel)expertises.

Een beperkt aantal locaties geeft aan bewust samen te werken met de gemeente, om zo vanuit een ketenaanpak op de verpleeghuislocatie ook dagbesteding of dagbehandeling te bieden. De dagbehandeling is dan een samenwerking met de gemeente en wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Zo kunnen toekomstige cliënten ook al wennen aan de locatie. (De dagopvang is toegankelijk zonder indicatie.) Op één locatie wordt genoemd dat de samenwerking met de gemeente zo is ingericht, dat ook sprake is van intercollegiale toetsing met wijkteams, waarbij kennis wordt uitgewisseld en beschikbaar gesteld.

Locaties die aangeven wél met ketensamenwerking bezig te zijn, zijn ook positief over de relatie met huisartsen. Zij investeren veel meer in de samenwerking met huisartsen, door frequent overleg, en betrekken de huisarts meer bij processen zoals de MIC-procedure (melding bij incidenten cliëntenzorg).

‘Ook de huisartsen moet je meenemen in het systeem. Daar waren de huisartsen bovenmatig positief over.’ (locatiemanager)

3.2

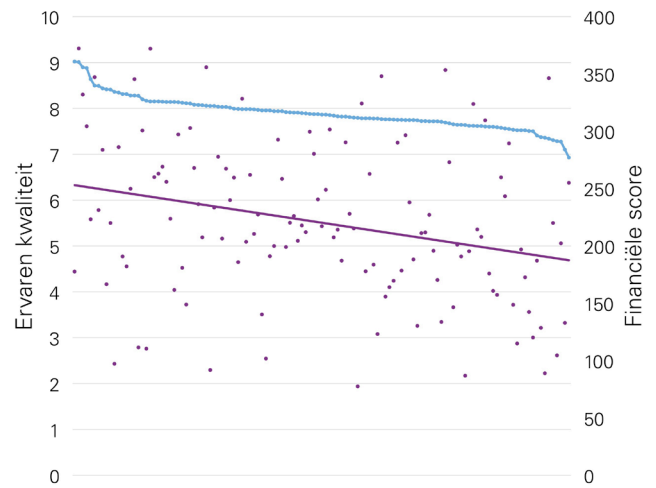
Uitkomsten met betrekking tot bedrijfsvoering

Dit hoofdstuk behandelt de mate waarin bedrijfsvoering werkzaam is als succesfactor. Zoals in hoofdstuk 2 al is toegelicht, is voor dit onderdeel financiële informatie afkomstig uit *DigiMV* gekoppeld aan ervaren kwaliteitsinformatie afkomstig van *ZorgkaartNederland*. Dit leidde tot de volgende uitkomsten:

- **Het aandeel overhead in het personeelsbestand heeft geen relatie met de ervaren kwaliteit.** Voor de ervaren kwaliteit lijkt het niet uit te maken of een zorgorganisatie relatief veel of weinig ondersteunend personeel heeft. Dit geldt zowel voor kleine als grote organisaties (zie paragraaf 3.2.3).
- **Evenmin is er een relatie tussen de omvang van de zorgorganisatie (in omzet) en ervaren kwaliteit.** Bedenk hierbij wel dat dit nog niets zegt over kleinschaligheid: zowel grote als kleine organisaties kunnen zorg kleinschalig organiseren.
- Een aantal - relatief zwakke - verbanden is wel gevonden voor deelpopulaties:
 - **Bij grotere zorgorganisaties (omzet > 50 miljoen) hangt een gezonde financiële positie samen met de ervaren kwaliteit:** een betere financiële positie gaat hand in hand met een hogere ervaren kwaliteit. Maar dit effect is niet groot, en is bij een omzet onder de 50 miljoen euro afwezig (zie paragraaf 3.2.1).
 - **Bij (alleen) kleinere zorgorganisaties (omzet < 25 miljoen) hangt een kleiner aantal locaties samen met hogere ervaren kwaliteit.** Hiervoor is geen verklaring gevonden, en het verband is niet sterk (zie paragraaf 3.2.2).
 - **In grote organisaties (omzet > 100 miljoen) is de ervaren kwaliteit hoger bij een relatief laag aandeel van de personeelskosten in de totale kosten.** Voor kleinere organisaties geldt dit niet (zie paragraaf 3.2.4).
- **Een goede bedrijfsvoering geeft, volgens respondenten in de observaties, wel rust en ruimte.** Een gezonde financiële positie biedt ruimte voor innovatie en vernieuwing, en voor opleidingen voor medewerkers (zie paragraaf 3.2.5).

3.2.1 Gezonde financiële positie hangt alleen voor grote zorgorganisaties samen met ervaren kwaliteit

Financiële prestatie wordt gedefinieerd als een gecombineerde maat van solvabiliteit, rentabiliteit en financiering (zie bijlage B voor een nadere toelichting). Ervaren kwaliteit wordt uitgedrukt in een gemiddelde score gegeven op *ZorgkaartNederland*. Figuur 4 toont de resultaten.



FIGUUR 4 Correlatie, voor 125 organisaties, tussen ervaren kwaliteit *ZorgkaartNederland* (linkeras) en financiële score (rechteras - een hogere score is een betere financiële positie). $P=0,0013$, $r^2=0,08$ (alle organisaties).

Bovenstaande figuur leest als volgt. Omwille van het borgen van anonimiteit hebben wij de namen weggelaten. De blauwe lijn bestaat uit individuele stipjes. De figuur is gesorteerd op basis van score op ervaren kwaliteit. Daarom volgt de blauwe lijn dit patroon. U kunt een denkbeeldige, verticaal-loodrechte lijn trekken tussen ieder paars stipje en het blauwe stipje op dezelfde hoogte (verticaal). Het blauwe stipje vertegenwoordigt de score op de linker as: ervaren kwaliteit uitgedrukt in een rapportcijfer. Ieder paars stipje vertegenwoordigt de (financiële) score van een unieke organisatie op de rechter as. De paarse lijn toont het gemiddelde van de stipjes.

Het paarse stipje rechtsboven bijvoorbeeld heeft een gecombineerde financiële score van ongeveer 350 (paarse stip) en een score op *ZorgkaartNederland* van ongeveer 7,5 (kruispunt op de blauwe lijn).

Onder iedere figuur noemen we steeds de P-waarde en de R^2 . De P-waarde zegt iets over de significantie. Is de P-waarde $>0,05$, dan is het gevonden effect niet significant. Is de waarde onder de 0,05, dan is het wel significant. De waarde kan worden gelezen als een percentage dat de kans aangeeft dat een gevonden effect aan toeval te wijten is. Hoe lager dus de P-waarde, hoe kleiner de kans dat iets toeval is. Het afkappunt van 0,05 (5%) is een wetenschappelijk algemeen geaccepteerde norm.

Daarnaast wordt onder iedere figuur de R^2 weergegeven. Dee maat geeft aan hoeveel variatie op een uitkomst (in dit geval: ervaren kwaliteit) wordt verklaard door de andere variabele (in dit geval: financiële score). In dit geval blijkt $R^2=0,08$, en ook dit kan als een percentage worden gelezen. Als een instelling bij wijze van spreken één stapje naar links zou verschuiven op de blauwe lijn van ervaren kwaliteit, dan hangt de financiële score daar voor slechts 8% mee samen. Een lage R^2 duidt dus op een zwak verband.

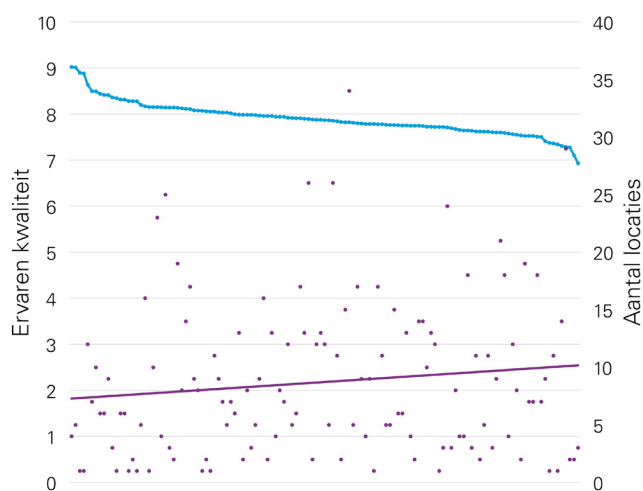
Onze analyse laat alleen een samenhang zien tussen een bepaalde factor en ervaren kwaliteit, en geen oorzakelijk verband. Correlatie betekent nog niet vanzelf causaliteit.

De correlatie tussen financiële score en ervaren kwaliteit blijkt in figuur 4 voor alle zorgorganisaties tezamen gemiddeld significant te zijn ($p=0,0013$). Maar als we inzoomen per omzetcategorie, zien we verschillen. Bij de omzet 50-99 miljoen en bij omzet ≥ 100 miljoen zien we opnieuw een significante correlatie, met respectievelijk $p=0,0084$ en $p=0,0082$. Maar in de omzetcategorieën <25 miljoen en 25-49 zien we géén significante correlatie, met respectievelijk $p=0,18$ en $p=0,75$. (Zie bijlage C voor alle bijbehorende figuren.)

Het waargenomen effect wordt dus verklaard door de grotere organisaties. Een betere financiële score correleert voor (alleen) de grotere zorgorganisaties met een hogere ervaren kwaliteit. Maar het effect is relatief klein, met $r^2=0,247$ voor $>50M$ en $r^2=0,18$ voor $>100M$ ¹⁷. Een betere financiële score hangt dus samen met een kleine verbetering in ervaren kwaliteit¹⁸. Eerder onderzoek naar de relatie tussen ervaren kwaliteit en indicatoren van een goede bedrijfsvoering lieten ook al een kleine, positieve correlatie zien¹⁹. De uitkomsten uit dit onderzoek liggen hiermee in lijn. De kwaliteitsteller gaat dus lopen voor organisaties met een omzet >50 miljoen: vanaf die grens wordt de financiële positie relevant.

3.2.2 Bij kleine zorgorganisaties hangt een kleiner aantal locaties samen met hogere ervaren kwaliteit

Als we kijken naar ervaren kwaliteit en het aantal locaties per zorgorganisatie, zien we alleen een significant verband bij een omzet lager dan 25 miljoen euro ($p=0,029$). Maar ook hier is het effect klein, met $r^2=0,14$. (Zie bijlage C voor de bijbehorende figuur.) Voor de overige omzetcategorieën is er geen significant verband. Het beeld voor alle organisaties/omzetcategorieën samen ($p=0,12$) ziet u in figuur 5.



FIGUUR 5 Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en het aantal locaties (rechteras). $P=0,12$, $R^2=0,019$ (alle organisaties).

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal locaties per omzetcategorie.

Omzetcategorie	Gem # locaties	Minimum	Maximum
Alle organisaties	8,7	1	34
<25 miljoen	2,1	1	5
25-49 miljoen	5,7	2	11
50-99 miljoen	9,0	4	15
≥ 100 miljoen	16,6	5	34

TABEL 2 Overzicht aantal locaties per omzetcategorie

Dit betekent dat het hebben van meer of minder locaties, geen effect heeft op ervaren kwaliteit voor grotere zorgorganisaties. Het is goed mogelijk dat de grootte van de locatie zelf een rol speelt, omdat de kleinere organisaties doorgaans ook kleinere locaties hebben. Hiervoor is geen verklaring gevonden.

Cliënten hebben primair met hun "eigen" locatie te maken en niet zozeer met de gehele zorgorganisatie dan wel andere locaties. Het is niet mogelijk om middels DigiMV de grootte van unieke locaties te bepalen. Wel wordt in de uitkomsten van de observaties aanleiding gevonden voor een verband tussen de grootte van de locatie en kwaliteit: locaties met minder dan 24 cliënten worden over het algemeen positiever beoordeeld op de verschillende aspecten van kwaliteit dan grotere locaties (>50 cliënten).

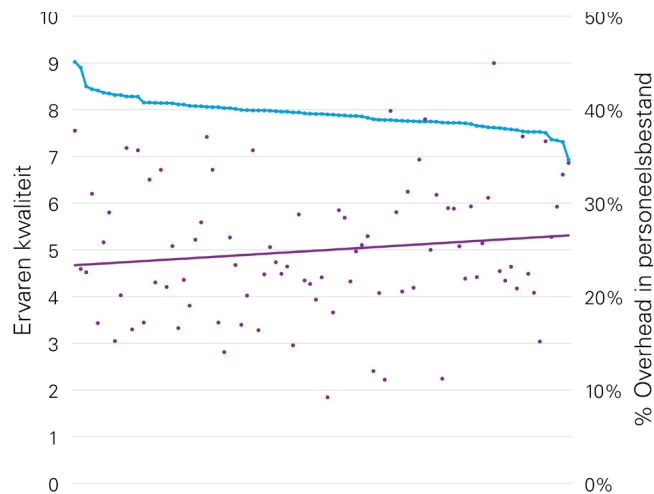
¹⁷ De R^2 geeft aan in welke mate de variantie in de data verklaard kan worden door het geobserveerde effect. In dit geval wordt de totale variatie in ervaren kwaliteit voor 25% respectievelijk 18% verklaard door de financiële score.

¹⁸ Vanuit een statistische blik betekent dit dat andere factoren voor een belangrijker deel de correlatie verklaren (namelijk 1-de R^2 waarde). Dit is goed te verklaren: we weten dat (ervaren) kwaliteit een samenspel is van vele factoren. Helaas is dat in deze analyse niet nader te verklaren i.v.m. beperkte data.

¹⁹ Gupta Strategists, Verkenning van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg. Mei 2015

3.2.3 Het aandeel overhead in het personeelsbestand heeft geen relatie met de ervaren kwaliteit

Er is geen verband gevonden tussen de ervaren kwaliteit en het aandeel overhead in het personeelsbestand. Dit geldt voor alle omzetcategorieën. Zie figuur 6.



FIGUUR 6 Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en het % overhead in het personeelsbestand (rechteras). $P=0,40$, $R^2=0,008$ (alle organisaties).

Het percentage overhead in het personeelsbestand is uitgedrukt als % niet-cliëntgebonden personeel in het totale personeelsbestand. Hoewel de figuur een lichte correlatie suggereert, is dit statistisch niet significant. Het lijkt voor de ervaren kwaliteit niet uit te maken of een zorgorganisatie veel overhead in het personeelsbestand heeft. Dit kan te maken hebben met de breedte van de uitkomstmaat ervaren kwaliteit. Voor cliënten kan ervaren kwaliteit bepaald worden door bijvoorbeeld de hoeveelheid persoonlijke aandacht en tijd, de grootte van een kamer of de mogelijkheid om veel naar buiten te gaan. Dit soort zaken kan op nog andere manieren worden gefaciliteerd dan alleen door primair personeel. Ook een locatiemanager kan bijvoorbeeld een praatje met een cliënt maken.

3.2.4 In grote organisaties is de ervaren kwaliteit hoger bij relatief lagere personeelskosten

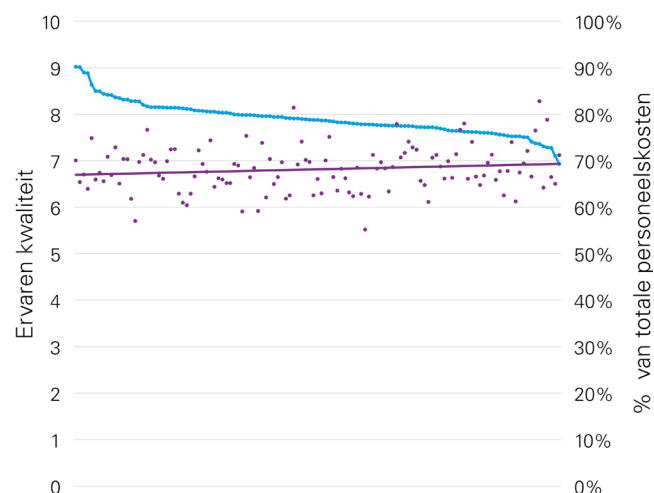
Naast de al genoemde factoren zijn nog vier andere punten onderzocht op potentiële correlatie met ervaren kwaliteit:

- **Omzet**, bepaald op basis van de totale opbrengsten zoals gerapporteerd in DigiMV.
- **Personeelskosten**, gedefinieerd als totale personeelskosten + honorarium als percentage van de totale opbrengsten.
- **Overige bedrijfskosten**, berekend als het totaal aan kosten voor voedingsmiddelen, hotelmatige diensten, patiënt- en cliëntgebonden diensten, algemene diensten, onderhoud, energie, huur en lease, berekend als percentage van de totale omzet zoals gerapporteerd in DigiMV.

- **Bedrijfsoverhead**, berekend als het totaal van algemene-, onderhoud-, huur-, lease- en energiekosten, als percentage van de totale opbrengsten.

Op al deze factoren is geen correlatie met ervaren kwaliteit gevonden, ook niet in specifieke omzetcategorieën. Dit op één uitzondering na: **de totale personeelskosten als percentage van de totale opbrengsten**. In figuur 7 zien we dat er voor alle organisaties tezamen gemiddeld geen significante correlatie is tussen personeelskosten en ervaren kwaliteit. Maar die is er wél voor zorgorganisaties met een omzet groter dan 100 miljoen, met $p=0,01$ en $R^2=0,18$. Zie bijlage C voor de bijbehorende figuren.

Bij grote zorgorganisaties correleren lagere uitgaven aan personeelskosten met hogere ervaren kwaliteit. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat organisaties die een hogere ervaren kwaliteit hebben, slimmer en efficiënter werken. Dit met de huidige beschikbare data kunnen we dit niet onderzoeken.



FIGUUR 7 Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en personeelskosten als % van de omzet (rechteras). $P=0,16$, $R^2=0,015$ (alle organisaties).

Een goede bedrijfsvoering geeft rust en ruimte

Het beeld dat bedrijfsvoering voor deelcategorieën relevant is voor kwaliteit, wordt bevestigd in de observaties. Het organiseren van een passend activiteitenprogramma bijvoorbeeld, is makkelijker met een ruim budget. Ook biedt een gezonde bedrijfsvoering ruimte voor investering in opleiding en scholing, en in innovatie en technologie, of voor het verbeteren van de woonkwaliteit. Ook kunnen medewerkers extra beloond worden, bijvoorbeeld bij laag ziekteverzuim.

Organisatiecultuur

Dit domein is onderzocht aan de hand van de vragenlijst en inzichten die meer subjectief van aard zijn (diepteonderzoek). Binnen het domein van organisatiecultuur tonen de resultaten van het onderzoek vier succesfactoren voor kwaliteit:

- **Leren en verbeteren** scoort in de digitale vragenlijst een 8. Maar het lukt minder goed om dit ook echt in de praktijk te brengen: een gemiddelde score van 6,9. Uit de diepte-interviews en observaties blijkt dat hier drie succesfactoren in het spel zijn:
 - leren en verbeteren begint met reflecteren;
 - leren en verbeteren vergt openheid, vertrouwen en transparantie;
 - leren en verbeteren werkt alleen als een continu proces.
- **Persoonlijk leiderschap en verantwoordelijkheid op alle lagen.** Persoonlijk leiderschap heeft te maken met het handelen van alle medewerkers: het nemen van individuele verantwoordelijkheid om te handelen, eigen besluiten nemen, eigenaar zijn van je werk. Voorwaarde om persoonlijk leiderschap te laten slagen, is dat medewerkers voldoende beslisen regelruimte krijgen.
- **Investeren in deskundigheid van medewerkers.** Investeren in goede medewerkers, door opleiding en training, is een sleutel tot kwaliteit. Aan scholing zitten twee kanten:
 - investeren in deskundigheid en vakbekwaamheid binnen een veranderende zorgvraag;
 - investeren in persoonlijke leiderschapsvaardigheden.
- **Zichtbaar en aanspreekbaar management.** Bestuurders zien hun eigen rol, en die van het overige management, als faciliterend aan de organisatie. Kernwaarden zijn: zichtbaarheid, openheid en toegankelijkheid richting alle medewerkers; en ook: voorbeeldgedrag, door bestuurders, managers en teamleiders.

Hieronder volgt een onderbouwing van deze vier conclusies.

3.3.1 Leren en verbeteren

Leren en verbeteren behelst niet alleen uitwisseling van kennis, ervaringen en feedback tussen medewerkers onderling, maar ook uitwisseling van cliëntervaringen met de organisatie. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg definieert leren en verbeteren als een norm voor goede kwaliteit van zorg. De resultaten van dit onderzoek liggen hiermee in lijn, en laten zien dat de mate waarin een organisatie leren en verbeteren in de praktijk brengt, een succesfactor is voor kwaliteit.

Gevraagd hoe belangrijk een lerende organisatie is voor kwaliteit, antwoorden de respondenten uit de digitale vragenlijst met een score van gemiddeld 8. Gevraagd naar de

mate waarin het lukt om leren en verbeteren in de praktijk te brengen, wordt gemiddeld een 6,9 gescoord (zorgprofessionals zijn het minst positief, met een 6,5). Hoewel het belang van leren en verbeteren dus onderkend wordt, bestaan er in de praktijk uitdagingen bij het realiseren hiervan.

De resultaten uit het diepteonderzoek (interviews en observaties) geven meer inzicht in de elementen die, in de visie van het veld zelf, die kunnen helpen om leren en verbeteren in de praktijk te brengen. Dit zijn: 1) reflecteren 2) bieden van openheid, vertrouwen en transparantie en 3) continuïteit. We lichten dit nader toe.

Leren en verbeteren begint met reflecteren

Met reflecteren wordt hier bedoeld de mate waarin gebeurtenissen in de praktijk worden ingezet als leermoment: samen bekijken wat goed ging en wat beter moet, en waar nodig dit vertalen in verbeteracties. Met elkaar de dialoog aangaan, draagt bij aan het kunnen reflecteren op het handelen. Zowel uit de digitale vragenlijst als uit het diepteonderzoek blijkt dat het soms nog lastig is om leren, verbeteren en reflecteren in de praktijk te borgen. Teamreflecties en teamdagen, om gezamenlijk op de gang van zaken te reflecteren, worden bijvoorbeeld nog niet overal georganiseerd (gemiddelde score 6,5. Zorgprofessionals scoren met een 6 weer het laagst).

Kennisuitwisseling tussen medewerkers onderling heeft te maken met het functioneren van zowel individuen als van teams. Het diepteonderzoek laat zien dat er al op velerlei manieren aandacht is voor het eerste (individuele ontwikkeling), en dat er voor het tweede (ontwikkeling in teams) steeds meer aandacht komt.

In de digitale vragenlijst wordt gemiddeld niet meer dan een 5,8 gescoord op de vraag of alle medewerkers een persoonlijk leerplan hebben. Maar uit de observaties komt een ander beeld: op veel locaties wordt gemeld dat gewerkt wordt met bijvoorbeeld reguliere gesprekken over een Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP) van de medewerkers. En op bijna alle locaties wordt aangegeven dat er wordt geïnvesteerd in individueel scholingsaanbod, door bijvoorbeeld e-learning platforms, lessen door medewerkers zelf, een opleidingskalender of kenniscaroussels. Zie ook paragraaf 3.3.3 (ontwikkeling van deskundigheid).

Op een aantal locaties wordt hierover gesproken in termen van individuele coachingsgesprekken. Leidinggevenden of coördinatoren gaan dan met medewerkers in gesprek over dilemma's uit de dagelijkse praktijk, over de oorzaak van fouten of problemen, en over hoe hier in de toekomst mee om te gaan. Zo vindt in de praktijk de ontwikkeling plaats naar meer aandacht voor reflecteren.

Er blijken dus goede voorbeelden zijn, maar tegelijk is het zo dat dat reflecteren en ontwikkelen op individueel niveau

zeker geen gemeengoed is. Op één locatie wordt specifiek aangegeven dat er al wel veel aandacht is voor leren in teams, maar dat persoonlijk leren nog meer aandacht behoeft:

'In januari zijn teams bezig geweest met het vaststellen wat ze nodig hebben voor het leveren van kwaliteit: kennis & vaardigheden, elkaar aanspreken, hoe gaat de samenwerking, gewenst gedrag et cetera. Dat krijgt nu aandacht in de maandelijkse teambesprekingen. Er zijn nu nog geen persoonlijke ontwikkeldoelen, daar willen we wel mee aan de slag voor iedereen.' (locatiemanager)

Uit het diepteonderzoek blijkt dat er in toenemende mate aandacht is voor leren in teamverband. Kennisuitwisseling tussen teams onderling is hierbij belangrijk, en komt op verschillende manieren voor. We zien uitwisseling van kennis en feedback binnen en tussen teams langs specifieke thema's, bijvoorbeeld ondernemerschap. Maar we zien ook structurele inzet van bijvoorbeeld halfjaarlijkse competentieprofielen, die een schets geven van waar het team staat.

'We hebben een gespreksleidraad die het gesprek stimuleert over 'doen we de juiste dingen'. Ieder team heeft eigen normen gesteld. Ieder teamlid maakt een zelfevaluatie. Ze besluiten zelf hoe vaak, en die bespreken ze in het team. Zo blijven ze in ontwikkeling. Ze houden zich dus een eigen spiegel voor. Dit werkt ook het best. Ik ga ze die spiegel niet voorhouden, dat moeten ze zelf doen.' (bestuurder)

Naast uitwisseling van inzichten binnen teams wordt ook bewuster geluisterd naar de ervaringen van de cliënt (zie ook paragraaf 3.1: aandacht voor de mening van de cliënt over hoe het gaat). Tijdens de observaties zagen we hiervan een (beperkt) aantal mooie voorbeelden, bijvoorbeeld via dialoog en spiegelgesprekken waarin cliënten en mantelzorgers aan het woord zijn en de zorgmedewerkers toehoorder zijn.

'Wij hebben elke maand intervisie, waarbij we familie en vrijwilligers uitnodigen en wij de geleerde lessen presenteren.' (verpleegkundige)

'Wij werken met Story Connect. Dat is een manier om op basis van interviews met cliënten, en soms ook medewerkers en mantelzorgers, verhalen naast elkaar te leggen en op gestructureerde manier deze informatie kwantitatief te maken. Op basis hiervan voeren we spiegelgesprekken en stellen we kortcyclische verbeterpunten op.' (bestuurder)

Tot slot vindt leren, verbeteren en reflecteren ook plaats in de uitwisseling van kennis tussen verschillende organisaties. Gevraagd naar de mate waarin met andere locaties en/of andere zorgorganisaties wordt samengewerkt om van elkaar te leren, wordt gemiddeld een 7 gescoord. In de praktijk zien

we een aantal voorbeelden waarin deze kennisuitwisseling expliciet plaatsvindt. Een voorbeeld is het netwerk Santeon. Daarnaast wordt gesproken over academische werkplaatsen ouderenzorg, waarbij kennisuitwisseling plaatsvindt tussen wetenschap en praktijk. Hierbij komen zorgzorgorganisaties en kennisinstituten samen om te spreken over best practices en evidence based methoden. In het diepteonderzoek bleek een grote behoefte aan kennisuitwisseling tussen collega-zorgorganisaties.

Openheid, vertrouwen en transparantie zijn nodig om te leren en verbeteren

Wat is nodig om leren en verbeteren echt in de haarvaten van de organisatie te borgen? Openheid, vertrouwen en transparantie zijn randvoorwaarden die in managementliteratuur vaak worden genoemd²⁰. Ook in het onderzoek kwam dit naar voren:

'Wij hebben een directe feedbackcultuur. Mensen zijn heel erg direct naar elkaar. Wat hiervoor essentieel is, is dat fouten mogen.' (verpleegkundige)

Ook hier is in de praktijk weer verbeterpotentieel. Gevraagd naar de mate waarin men vindt dat de organisatie transparant is over dat wat goed gaat én over dat wat niet goed gaat, wordt gemiddeld een 6,4 gescoord. Zorgprofessionals scoren opnieuw het laagst, met 5,4. Gevraagd naar de mate waarin het management en medewerkers transparant zijn over fouten, ontstaat een positiever beeld: gemiddeld een 7,3 (zorgprofessionals 6,7). Er lijkt (intern) aandacht voor het leren van fouten. Maar dit leidt nog niet tot transparantie over dat wat goed en niet goed gaat.

Hoewel dit in de praktijk dus slechts beperkt wordt toegepast, wordt in het diepte-onderzoek wel veel gesproken over het belang van vertrouwen en openheid. Veel van de onderzochte organisaties benoemen dat het creëren van een transparante en veilige sfeer waarin problemen zichtbaar en bespreekbaar worden gemaakt, een succesfactor is voor kwaliteit.

Leren en verbeteren is een continu proces

Gevraagd naar de mate waarin leren en verbeteren echt onderdeel is van het werk, ontstaat het beeld dat veel organisaties nog bezig zijn met het inbedden van leren en verbeteren als continu proces. Blijvend leren en verbeteren wordt door het veld als succesfactor voor kwaliteit gezien, omdat het leidt tot een dagelijkse focus op wat beter kan in plaats van focus op incidenten. De ene organisatie lukt dit al beter dan de ander.

'De organisatie heeft hard gewerkt aan het methodisch werken aan kwaliteit, waarbij stevig is ingezet op het analyseren van de oorzaken die kwaliteitsverbetering in de weg stonden. Dat heeft bijgedragen aan openheid en het stimuleren van een

²⁰ Zie bijvoorbeeld het raamwerk High Performing Organisations: www.hpocenter.nl

lerend klimaat, waardoor het borgen van ingezette verbeteringen voldoende bodem heeft gekregen in een ondersteunende structuur. Een aansluitend cultuurprogramma, gekoppeld aan het methodisch blijven werken aan kwaliteit, is in de voorliggende periode een speerpunt.’ (senior kwaliteitsadviseur)

Uit de digitale vragenlijst blijkt dat de respondenten, zowel management als zorgprofessionals, over het algemeen niet ontevreden zijn over de mate waarin het in de praktijk al lukt om dagelijks bezig te zijn met leren en verbeteren. De gemiddelde score is 7,1 (met weinig variatie tussen de beroepen).

3.3.2 Persoonlijk leiderschap op alle lagen: eigen verantwoordelijkheid nemen

Persoonlijk leiderschap gaat over alle individuele medewerkers: het nemen van verantwoordelijkheid om te handelen, om eigen besluiten te nemen en dus eigenaar van je eigen werk te zijn. Het belang van persoonlijk leiderschap wordt door de deelnemers aan het diepteonderzoek breed erkend.

‘Het blijft mensenwerk. Je kunt zoveel systemen bedenken als je wilt, uiteindelijk maken mensen er een succes van ja of nee. We hebben juist minder regels en meer vertrouwen nodig.’ (bestuurder)

Uit het diepteonderzoek blijkt dat op bijna alle locaties men positief is over de ruimte voor handelen en eigenaarschap. Verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheid laag in de organisatie maken het makkelijker om direct te handelen vanuit de beleving, wensen en behoeften van de cliënt; en om waar nodig naar creatieve oplossingen te zoeken.

Een voorwaarde om persoonlijk leiderschap te laten slagen, is het bieden van beslis- en regelruimte. Concreet betekent dit dat zorgprofessionals de mogelijkheid krijgen om zelf problemen op te lossen, en dat zij de ruimte krijgen om hun suggesties en ideeën in de praktijk uit te voeren.

‘Wij krijgen veel ruimte om zelf dingen op te lossen. Er wordt heel serieus met suggesties omgegaan, en veel ideeën worden dan ook in de praktijk uitgevoerd. Concreet voorbeeld is het bouwen van een speciaal rookplekje in de tuin, met windschermen voor een cliënt die niet in de rookruimte wil. Het kleinschalig wonen zorgt bij ons voor meer eigenaarschap bij professionals, omdat ze niet zo makkelijk taken kunnen afschuiven.’ (verpleegkundige)

‘Als ons iets opvalt wat aanpassing behoeft, bedenken we actief oplossingen om dit probleem voor de cliënt op te lossen. Er is een kort lijntje met de directie om dingen gedaan te krijgen. Voorbeelden zijn het invoeren van werken met GPS-tracking en het initiëren van scholing. Wij hadden op onze locatie behoefte aan

meer onderwijs over dementie. Toen heb ik meteen voor de hele organisatie deze scholing op mogen zetten.’ (verpleegkundige)

Eigenaarschap kan worden ondersteund door een coachende rol, die kan worden opgenomen door een (coördinerend) leidinggevende, een teamleider of een teamcoach. Met een coachende rol worden medewerkers niet ondersteund door hen het probleem uit handen te nemen, of door een eigen visie op het probleem te geven, maar door ze ertoe te stimuleren zelf na te denken over mogelijke oplossingen. Waar nodig ondersteunt de leidinggevende bij het uiteenrafelen van het probleem, door het stellen van verhelderende vragen.

Het al dan niet bieden van regelruimte lijkt niet samen te hangen met groot- of kleinschaligheid van de opzet van de organisatie. Veel onderzochte locaties zijn positief over de regelruimte. Op maar een beperkt aantal wordt onvrede geuit:

‘Medewerkers voelen erg veel werkdruk en dat ze dingen ‘moeten’ doen. Dit gaat voornamelijk over het uitvoeren van extra taken, zoals roostering en planning. Dit voelt voor medewerkers alsof het over de schutting is gegooid.’ (locatiemanager)

Belangrijk voor persoonlijk leiderschap is de mate waarin medewerkers in staat zijn de omslag te maken naar oplossingsgericht werken.

‘Voorheen was de zorg gericht op ontzorgen. Medewerkers moeten nu meer oplossingsgericht denken en handelen. Medewerkers vinden het soms nog lastig om ander gedrag te laten zien. Ze hebben nog te vaak de houding: zo doen we dat niet/ dit kan niet. We bieden de cursus: hoe oplossingsgericht praten met de klant? We blijven hierin investeren en zijn op de goede weg.’ (bestuurder)

Tot slot is het van belang dat er ruimte is voor een dialoog tussen medewerkers en het leiderschap van de organisatie (bestuurders, directie, overig leidinggevend). Dit past bij een cultuur van openheid en elkaar aanspreken (zie hiertoe ook ‘zichtbaar en aanspreekbaar management’).

3.3.3 Investeren in deskundigheid

Uit de resultaten blijkt dat deskundig personeel een succesfactor is voor kwaliteit. Zie ook paragraaf 3.4: organisatiestructuur/inzet van een passende personeelsmix, waarin we aangeven dat de inzet van een passende personeelsmix met een 8,1 als een van de meest belangrijke factoren wordt gezien, maar met een 5,7 slechts beperkt in de praktijk wordt gebracht. De resultaten van het onderzoek tonen aan dat veel organisaties het een uitdaging vinden om over voldoende en voldoende kundig personeel te kunnen beschikken.

Investeren in goede medewerkers wordt daarom gezien als een succesfactor voor kwaliteit. Investeren in deskundigheid en vakbekwaamheid in de context van een veranderende zorgvraag. Maar ook investeren in persoonlijk leiderschap en de ontwikkeling van leiderschapsvaardigheden van medewerkers. Goede scholing via opleiding- en trainingsprogramma's zijn hierin belangrijk.

'Er is nog een lange weg te gaan, maar de organisatie steekt hier wel vol op in. Er zijn HBO-V verpleegkundigen aangenomen als "kwaliteitsverpleegkundigen", er is een verbeterplan opgesteld door zorgprofessionals met concrete onderwerpen, en alle medewerkers zijn zich zeer bewust van de noodzaak tot verbeteren.'
(locatiemanager)

Scholing voor de ontwikkeling van persoonlijk leiderschap

De inbedding van persoonlijk leiderschap in de cultuur van de organisatie start met scholing van medewerkers. Coördinerend leidinggevend en bijvoorbeeld moeten worden geschoold in resultaatgericht aansturen.

Het onderzoek laat zien dat verpleeghuizen investeren in scholing voor persoonlijk leiderschap, zoals modules 'samen sterk in teams'. Maar wat ook blijkt, is dat dit bij sommigen nog beter kan.

Scholing ten behoeve van een passende personeelsmix

De personeelsmix en inhoudelijke deskundigheid binnen een team moet passen bij de veranderende zorgvraag. Het onderzoek laat zien dat de praktijk hiertoe investeert in (bij) scholing van personeel, door het bieden van opleidingen, en investeert in trainingen over specifieke ziektebeelden (zoals dementie).

'We hebben een studie aangeboden aan ons personeel, zodat zij toegerust zijn om zorg te bieden aan de complexe doelgroep. Medewerkers die willen, krijgen kansen. Medewerkers die niet willen, proberen we zover te krijgen. Anders houdt het op.' (bestuurder)

Ondanks deze investeringen zien we dat, in de praktijk, een passende personeelsmix op dit moment nog wel een uitdaging is (zie paragraaf 3.4.1).

3.3.4 Zichtbaar en aanspreekbaar management

Met management wordt hier het brede management binnen de organisatie bedoeld. Zowel bestuurders als overige managers geven aan het belangrijk te vinden om zichtbaar, open en toegankelijk te zijn richting alle medewerkers. Om zo de dialoog met medewerkers open te houden en een cultuur van openheid en transparantie in de praktijk te brengen. Zichtbaarheid proberen bestuurders te vergroten door bijvoorbeeld op wisselende locaties te vergaderen. Zo kunnen ze persoonlijk contact hebben en verbinding maken

met cliënten, vrijwilligers en zorgprofessionals. Een aantal bestuurders geeft aan dat zij ook zelf 'meedraaien' met de zorg, en vice versa. Een praktijkvoorbeeld:

'Als bestuurder heb ik minimaal één keer per maand een stagedag. De RvT en stafmedewerkers doen dit ook. Voor zover het kan werk ik dan ook mee: echt meedraaien met cliënten, in de keuken boven de potten en pannen meezingen met Hazes. Alleen maar toekijken is niet passend. [...] Ook medewerkers kunnen breder in de organisatie meekijken, bijvoorbeeld in MT vergaderingen. Dat is spannend, maar je komt er wel achter wat mensen vinden en willen. Mensen voelen zich dan ook vrij om je aan te spreken of een mailtje te sturen.' (bestuurder)

Ook vanuit de digitale vragenlijst en observaties komen signalen naar voren dat zorgorganisaties een toegankelijk management met frequent contact met de werkvloer (in een open dialoog) belangrijk vinden bij het leveren van zorg van goede kwaliteit. Door zichtbaarheid en aanspreekbaarheid op de werkvloer weet het management wat er speelt, en kan tijdig actie ondernemen waar nodig.

Uit de resultaten valt niet op te maken dat een goede zichtbaarheid van het management is voorbehouden aan kleinere organisaties. Aan zichtbaarheid zit meer dan alleen een fysieke kant: aanspreekbaar zijn en zorgen dat er met de input vanuit de organisatie echt wat gebeurt, dragen bij aan zichtbaarheid, aldus een aantal bestuurders van grotere zorgorganisaties.

Organisatiestructuur

Dit onderdeel gaat over de succesfactoren die samenhangen met de organisatiestructuur: de manier waarop de organisatie is opgebouwd. Op basis van het onderzoek signaleren we de volgende succesfactoren:

- **Een platte organisatie met korte lijnen.** Een platte structuur wordt gezien als middel tot korte lijnen waarin het managementteam aanspreekbaar en zichtbaar is. In de resultaten zien we geen bewijs voor de stelling dat een platte organisatie op zichzelf staand een onderscheidende factor is voor kwaliteit. Wel worden aan de structuur gerelateerde succesfactoren voor kwaliteit herkend:
 - de rol van meewerkend teamleider;
 - beleggen van verantwoordelijkheden laag in de organisatie; dit kan door zelfsturing of zelforganisatie, maar ook via andere besturingsmodellen;
 - de inzet van een passende personeelsmix (zie paragraaf 3.4.1).
 De resultaten tonen geen aanleiding om te veronderstellen dat een kleinere organisatie beter in staat is om korte lijnen en een platte structuur te realiseren.
- Naast de organisatiestructuur kunnen **contextfactoren** van invloed zijn op kwaliteit. Hiermee wordt bedoeld de elementen waar een zorgorganisatie (of locatie) niet direct invloed op heeft (of meent te hebben). Het onderzoek laat zien dat specifiek **de woonomgeving van de cliënt** een succesfactor voor kwaliteit is. De kwaliteit van het gebouw, de ligging en de mate van kleinschaligheid geven hier de doorslag. De relatie tussen woonomgeving en ervaren kwaliteit is overigens niet volledig exogeen: met goed functionerend leiderschap kan ook op een oude en/of grote locatie een woonomgeving van goede kwaliteit worden gerealiseerd (zie paragraaf 3.4.2).

Hieronder beschrijven we de onderbouwing van deze conclusies.

3.4.1 Een platte organisatie en korte lijnen

Met de structuur van de organisatie wordt bedoeld de topstructuur van de organisatie en de vertaling naar functies. Tot slot gaat structuur ook over het organisatieontwerp.

Bijna alle onderzochte organisaties hebben de afgelopen jaren een reorganisatie doorgevoerd, of zijn van plan dit te doen, waarin de topstructuur wordt ingekrompen. Eerder onderzoek toonde aan dat een klein aantal managementlagen een succesfactor is voor kwaliteit²¹. In de sector lijkt het adagium te zijn om naar drie of (maximaal) vier managementlagen te gaan:

- een kleine (soms eenhoofdige) Raad van Bestuur;
- een klein managementteam, met daarin verschillende

disciplines (bijvoorbeeld zorg, behandeling en revalidatie, welzijn, financiën, P&O, facilitaire dienst of vastgoed - al dan niet gecombineerd);

- regio, cluster- of locatiemanagers;
- (meewerkend) teamleiders.

Bij drie managementlagen is het meestal de laag managementteam (directeuren) die vervalt.

‘Wij zijn gehalveerd in de afgelopen vijf jaar. We moeten slim en slank zijn, ook aan de top. We hebben 1 bestuurder, 3 zorgmanagers en 4 ondersteunende managers.’ (bestuurder, omzet 50-100 miljoen)

Het doel van reorganiseren naar een kleinere topstructuur is volgens bestuurders om makkelijker tot ‘korte lijnen’ te komen. Een platte structuur wordt gezien als middel om de aanspreekbaarheid en zichtbaarheid van het topmanagement te vergroten. In de praktijk wordt dit op een aantal locaties ook expliciet zo ervaren:

‘Er is ruimte voor persoonlijk leiderschap. Medewerkers mogen met ideeën komen en er is een korte, informele lijn naar het bestuur om dingen geregeld te krijgen. Dat geldt voor cliënten en voor medewerkers. Denk aan trainingen, andere roosterindelingen.’ (verpleegkundige)

Daarnaast zijn reorganisaties ook financieel gedreven: organisaties hopen met minder overhead en meer ruimte voor direct zorgverlenend personeel kostenbesparingen te realiseren. Krimp in managementlagen wordt door het veld zelf veel genoemd als succesfactor. Maar dit is op zichzelf nog geen garantie voor het kunnen leveren van kwaliteit. Ten eerste omdat het ook moet gaan om de juiste mensen op de juiste plek (in plaats van het aantal plekken). En ten tweede omdat mensen in hun nieuwe rol en hun vaak ook extra taken goed moeten worden gefaciliteerd. Bovendien kan een (ingrijpende) wijziging in de structuur van de organisatie leiden tot onrust; en kan daarmee, zeker op korte termijn, niet bevorderlijk zijn voor de kwaliteit.

Op een beperkt aantal locaties geven locatiemanagers of verpleegkundigen expliciet aan dat wissels in directie en management leiden tot onrust in de organisatie. Er verdwijnen functies, en dat zorgt voor spanningen. Maar op een groter aantal locaties zien we juist dat er wel veranderingen plaatsvinden in de (top)structuur en de aansturing, maar dat dit niet vanzelf tot onrust hoeft te leiden:

‘Het management is vorig jaar weggegaan en het nieuwe MT en de directie zijn bezig met een verbetertraject. Medewerkers ervaren dat hier transparant over wordt gecommuniceerd, en dat geeft rust.’ (locatiemanager)

²¹ Gupta Strategists, Verkenning van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg. Mei 2015

De rol van meewerkend teamleider

Een van de succesfactoren voor het realiseren van korte lijnen tussen management en zorgprofessionals, is volgens de onderzochte organisaties de rol van meewerkend teamleider. Hiermee wordt bedoeld een teamleider met bijvoorbeeld 50% leidinggevende taken en 50% uitvoerende taken binnen het team. Die verhoudingen vertonen in de praktijk veel variatie. Vaak liggen de managementtaken van de meewerkend teamleider op het vlak van organiseren van reflectie, aandacht voor verbetering en aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers (zie ook paragraaf 3.3.1: leren en verbeteren).

'Meewerkende teamleiders staan echt in de teams zelf, waardoor ze veel zien en gelijk kunnen bespreken in en met het team. Ze krijgen ook tijd voor managementtaken, waardoor ze een balans creëren tussen in het team staan en overstijgende taken. De lijntjes naar management worden als erg prettig ervaren omdat ze zo kort en informeel zijn.'
(verpleegkundige)

Op een andere locatie wordt aangegeven dat er nu wordt gewerkt binnen een platte organisatie met een klein MT.

'Eerst was er een zorgmanager, dat werkte niet. Nu hebben we meewerkende teamleiders, dat werkt wel. Teamleiders hebben tijd en ruimte om hun personeel de aandacht te geven. Ze zitten zelf in de teams, dus ze snappen en begrijpen hun medewerkers ook goed.'
(verpleegkundige)

Eén organisatie geeft aan weliswaar weinig overhead te hebben, maar dat dit juist om extra aandacht voor het personeel vraagt.

'We zijn een organisatie met weinig overhead. We hebben geen managers meer, maar teamleiders die meewerken met het team. De uitdaging is nu dat de teamleiders de stap moeten maken naar het zijn van een teamcoach.' (bestuurder)

De resultaten laten niet zien dat grotere en kleinere organisaties verschillen in tevredenheid over de organisatiestructuur, korte lijnen en zichtbaarheid van het management.

Beleggen van verantwoordelijkheden laag in de organisatie

In lijn met de uitkomsten met betrekking tot persoonlijk leiderschap en regelruimte op alle lagen (zie paragraaf 3.3.2) is er bij de onderzochte locaties een trend naar het zo laag mogelijk beleggen van verantwoordelijkheden. Dit kan door zelfsturing of zelforganisatie, maar ook via andere besturingsmodellen of via kleinschalig wonen.

De laatste jaren was er in de verpleeghuiszorg veel aandacht voor zelfsturing, en in veel organisaties wordt nu (een variant van) zelfsturing nagestreefd. Met zelfsturing wordt bedoeld dat teams veel beslisbevoegdheid en handelingsvrijheid hebben. Van het management vraagt dit een meer faciliterende rol. Op termijn kan dit betekenen dat er een managementlaag minder nodig is. De managementtaken worden binnen de teams opgepakt, en er is ook geen meewerkend teamleider meer. Het uitfasen van een managementlaag is een sluitstuk van het effectief invoeren van zelfsturing (en geen startpunt).

Op het eindcongres van *In voor Zorg!* (april 2017) sprak Irma Harmelink (oud-bestuurder bij ZorgAccent en nu bestuurder bij Elver) over zelfsturing in de zorg²². Zij onderstreept dat zelfsturing geen trucje is. *'Het is veel meer dan een structuurverandering. Sterker nog: zelfsturing is een way of life. Er moet een verlangen uit spreken: een verlangen naar ruimte, gekoppeld aan de erkenning dat het gaat om de kleine relaties, met unieke cliënten en hun verwanten. Daar moeten we de kwaliteit maken.'*

Goede stuurinformatie op alle niveaus in de organisatie kan ondersteunend werken voor het bieden van regelruimte aan teams, en daarmee aan de uitvoering van zelfsturing of zelforganisatie. Uit de resultaten van de digitale vragenlijst blijkt dat de respondenten (management en zorgprofessionals) over het algemeen vrij tevreden zijn over de mate waarin goede stuurinformatie op alle niveaus beschikbaar is: de gemiddelde score is 7,3. Overigens geven veel organisaties aan geen voorstander te zijn van zelfsturing, maar wel een vorm van organisatie ambiëren waarbij op andere manieren stappen worden gezet naar kleine teams rondom groepen cliënten.

'Wij zijn niet zelfsturend, maar zetten organisch stappen naar zelfverantwoordelijke medewerkers. De planning verplaatsen we op termijn naar de teams; andere niet-zorg werkzaamheden horen daar niet thuis, zoals budgetverantwoordelijkheid of aannamebeleid. Dat vraagt om langzaam ingroeien, bijvoorbeeld door de teams zelf roosters te laten maken en door teams voor een klein deel van het budget voor de groepswoningen financiële verantwoordelijkheid te geven.' (bestuurder)

Veel organisaties vinden zelfsturing een 'hype' die niet altijd positief heeft uitgepakt, los van hoe dit binnen hun eigen organisatie is verlopen. Als lagen worden weggehaald en teams taken zelf moeten oppakken, moet dat volgen uit een visie en een passend besturingsmodel. Dit moet vertaald zijn op alle aspecten van de organisatie. Welk niveau medewerkers heb je nodig? Wat zijn randvoorwaarden? Op sommige onderdelen lukt organisaties dit goed, maar op andere

²² Zie <http://www.invoorzorg.nl/ivz/workshopronde-3-eindcongres-in-voor-zorg.html> voor het verslag van de keynote van Irma Harmelink (april 2017)

niet. Tijdens een van de observaties werd het dit voorbeeld genoemd:

'Er was veel sprake van onrust door de invoering van zelfsturende teams en door veranderingen in het besturingsmodel. Nu [een aantal jaar later] gaat het beter, maar er is door die onrust heel veel mis gegaan. Soms krijg ik [locatiemanager] nog steeds hele simpele vragen, maar die moet ik wel meteen beantwoorden. Bijvoorbeeld: ik weet niet waar ik iets moet bestellen, zo simpel kan het soms zijn. Of: de broeken van de cliënt zijn te heet gewassen en gekrompen, hoe los je dat op?' (locatiemanager)

Inzet van een passende personeelsmix

Een volgend aspect van de structuur van de organisatie is de mate waarin het lukt om de juiste mensen op de juiste plek te hebben.

De uitkomsten uit de digitale vragenlijst laten zien dat de inzet van een goede personeelsmix die past bij de zorgvraag, met gemiddeld een 8,1 als belangrijk wordt beoordeeld. Gevraagd naar een toelichting op dit cijfer, geven respondenten aan dat ze diversiteit in personele samenstelling, ofwel de mogelijkheid om multidisciplinaire teams in te zetten, een succesfactor vinden voor kwaliteit. Van belang is het aantrekken en behouden van deskundige, gemotiveerde en positief ingestelde medewerkers die bewust hebben gekozen voor de verpleging en verzorging en zorg leveren met passie.

Tegelijk geeft het veld unaniem aan dat het in de praktijk maar nauwelijks voldoende lukt om de juiste personeelsmix in te zetten: de gemiddelde score is een 5,7. Hier ziet men dan ook het grootste verbeterpunt voor kwaliteit. Respondenten uit kleinere organisaties (met 4 of minder locaties) zijn iets positiever dan gemiddeld, met 6,4. In grotere zorgorganisaties (>4 locaties) liggen de uitkomsten dicht bij elkaar. Kijken we naar de verschillende beroepen, dan blijken locatiemanagers het meest kritisch over de personeelsmix, zij scoren gemiddeld een 5,0. Bij zorgverlenend personeel is dit een 5,6 en bij bestuurders een 6,1.

Voor een passende personeelsmix is flexibele inzet van personeel een belangrijke randvoorwaarde. Een passende personeelsmix blijkt lastig realiseerbaar door de beperkte beschikbaarheid van personeel met niveau 3, 4 of 5. Hierdoor kunnen niet voldoende vacatures worden vervuld voor medewerkers die complexe zorg mogen verlenen. De inzet van niveau 2 komt beperkt voor, omdat de handelingsbevoegdheid daar vaak ontoereikend is bij zorg voor de complexe doelgroep. Op twee van de onderzochte locaties wordt bewust gewerkt met een bezettingsgraad van boven de 100%, zodat er voldoende ruimte is om extra aandacht aan de cliënt te geven.

De krapte op de arbeidsmarkt wordt deels ondervangen door medewerkers om te scholen (zie ook de resultaten rondom scholing en opleiding). Maar de mogelijkheden hiertoe zijn niet eindeloos, en niet iedereen wil zich omscholen naar een hoger niveau. Op een locatie wordt gemeld:

'De huidige complexe zorgbehoefte vraagt om hoger opgeleide medewerkers. Onze locatie was voorheen een verzorgingstehuis. Dit betekent dat de oudere werknemers weinig tot geen ervaring hebben met huidige problemen. Er is hoog verzuim, circa 10%.' (locatiemanager)

Een hoog ziekteverzuim komt op een klein aantal locaties voor. Dit zorgt voor veel problemen: de balans in het team wordt verstoord en er vinden meer wisselingen plaats richting de cliënt. Dit beperkt de mogelijkheden om de wensen van de cliënt echt te leren kennen en daarnaar te handelen. Op een van de onderzochte locaties worden zorgprofessionals bij een laag ziekteverzuim extra beloond.

3.4.2 De woonomgeving van een cliënt als succesfactor voor kwaliteit

Tot slot kunnen ook contextfactoren van invloed zijn op het organiseren van kwaliteit. Met contextfactoren wordt bedoeld de elementen waar een zorgorganisatie (of locatie) niet direct invloed op heeft, zoals de kwaliteit van de woonomgeving, het gebouw, de ligging. Ook op dit punt tonen de resultaten aan dat effectief leiderschap een versterkende factor is. Hoewel factoren als ligging en het gebouw niet onmiddellijk beïnvloedbaar zijn, is dit op de lange termijn - tot op zekere hoogte - wél het geval. Dit heeft ook weer te maken met de lange-termijngerichtheid van de organisatie (zie paragraaf 3.1).

'In welke wijk je ook zit: per definitie zijn er in elke omgeving hulpbronnen te halen om je visie te realiseren. Het kan enerzijds in een dorp makkelijker zijn om vrijwilligers te vinden, anderzijds kun je in een grote stad gebruik maken van vrijwilligers via een vereniging of organisatie. Het is maar net hoe je kijkt.' (bestuurder)

Een goede woonomgeving is een succesfactor voor de ervaren kwaliteit: het belang ervan wordt in de digitale vragenlijst beoordeeld met een 8,0. Gevraagd naar de mate waarin het lukt dit ook in de praktijk te brengen (gemeten door de mate waarin de cliënt zich echt thuis voelt), wordt een 7,5 gegeven. Organisaties met relatief weinig cliënten (0-60) scoren iets positiever dan grotere organisaties: een 7,8 vergeleken met 7,1 voor organisaties met meer dan 175 cliënten.

Uit de observaties en gesprekken blijkt dat de kwaliteit van de woonomgeving wordt bepaald door de kwaliteit van het pand, de ligging en de mate van kleinschaligheid. We lichten dit nader toe.

In het onderzoek bij locaties valt op dat in geval van een relatief nieuw pand, een positiever beeld van de kwaliteit wordt geschetst. Dit blijkt ook uit de gesprekken met cliënten: een ruime, lichte kamer, huiskamers en een open restaurant (of bijvoorbeeld grand café) wordt vaak als heel positief benoemd. Ook kan een oud gebouw beperkend werken voor het hebben van voldoende buitenruimte, bewegingsruimte en -vrijheid; soms ook is er in oudere gebouwen minder ruimte voor domotica.

'Het pand is zodanig ingericht dat mensen (bewegings)vrijheid hebben. Daar wordt overigens niet erg veel gebruik van gemaakt. Omdat de cliënten vrijheid ervaren, zijn zij niet onrustig en is er weinig onbegrepen gedrag te zien. Mensen gaan ook minder dwalen, waardoor weer minder medicijnen nodig zijn.' (verpleegkundige)

'We zitten in een oud pand. We moeten goed afwegen welke investeringen mogelijk zijn. Zo kunnen we bijvoorbeeld geen GPS-systeem aanleggen, of een buitenruimte zoals een dakterras realiseren voor de PG-afdeling (die op de 8e etage zit). We krijgen een nieuwe doelgroep, met nieuwe wensen. Onze locatie is daar niet flexibel voor om daar makkelijk op in te spelen. Zo kunnen wij bijvoorbeeld ook niet realiseren dat op de groepen samen met cliënten wordt gekookt.' (locatiemanager)

Bezochte locaties met een vrij landelijke **ligging** zijn positiever over de mate waarin zij kwaliteit in de praktijk weten te brengen, dan locaties met een meer stedelijk karakter. Dit kan te maken hebben met de binding met de wijk, maar ook met de binding met het sociaal netwerk. Het verlenen van mantelzorg gaat in een dorp anders dan in de stad, en deelnemers aan dit onderzoek ervaren het vaak als makkelijker een beroep te doen op mantelzorg in een dorpsomgeving.

Wat betreft **kleinschaligheid** kijken we naar de grootte van de locatie uitgedrukt in het aantal cliënten. Bij de kleinere locaties (0-24 cliënten) ontstaat een positiever beeld wat betreft het leveren van kwaliteit. Zo benoemt een locatie dat het hebben van kleine groepen (en veel vrijwilligers en familie die helpen op dagelijkse basis) maakt dat er ook op dagelijkse basis wordt geluisterd naar de behoeften van de cliënt. Ook zien we dit effect optreden bij locaties met een maximale groepsgrootte van 8 cliënten.

'Kleinschalig wonen is te duur. We streven dus naar kleinschalig wonen in grootschalig verband met verschillende woongroepen met eigen huiskamer en keuken.' (bestuurder)

Ander onderzoek beargumenteert dat er een optimum is voor groepsgrootte: 6 tot 11 cliënten zou optimaal zijn om kwaliteit te kunnen leveren²³. Eén succesfactor is het realiseren van een kleinschalige opzet binnen een grootschalige locatie: een grotere organisatorische opzet van meerdere woningen of verdiepingen. De grootschaligheid geeft de mogelijkheid om zaken boven groepsniveau te organiseren. Voorbeelden van dat laatste zijn toezicht in de nachtelijke uren en specialistische ondersteuning en/of behandelcapaciteit.

In de observaties wordt door een klein aantal deelnemende locaties expliciet benoemd dat kleinschaligheid een succesfactor is. Het gaat dan vooral om de ruimte die medewerkers krijgen om tijd en aandacht te besteden aan de persoonlijke zorg voor en wensen van de cliënt. Maar een kleinschalige opzet kan ook een keerzijde hebben, doordat juist meer werkdruk ervaren. Als er geen flexpool is, is de personele inzet kwetsbaar. Een kleinschalige opzet binnen een grootschaliger verband kan helpen deze kwetsbaarheid te verminderen.

²³ Dageraad: Het hart klopt, de bedrijfsvoering ook. December 2016

4. Conclusies en aanbevelingen

De kern van dit onderzoek is inzichtelijk maken van mogelijke verklaringen voor kwaliteitsverschillen tussen verpleeghuizen in Nederland. Welke factoren blijken in de praktijk een succesfactor voor kwaliteit? Er is gekeken naar onderwerpen die zowel relevant zijn voor de systeemwereld als voor de leefwereld van kwaliteit. Dit is gedaan met kwalitatief onderzoek bij 17 zorgorganisaties en op 35 unieke locaties; met kwantitatief (vragenlijst)onderzoek onder management en zorgprofessionals; en met een analyse van de relatie tussen aspecten van bedrijfsvoering en ervaren kwaliteit.

Er bestaat geen receptenboek voor kant-en-klare kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Maar er blijken wél veel specifieke ingrediënten te zijn die ten goede van kwaliteit kunnen worden ingezet. De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn de volgende:

Leiderschap als de basis voor het realiseren van succesfactoren voor kwaliteit. Goed leiderschap uit zich in vijf succesfactoren

- Handelen naar een heldere visie gericht op persoonsgerichte, warme en veilige zorg;
- Leidinggeven met lef om te denken vanuit de cliënt;
- Lange-termijngerichtheid;
- Aandacht voor technologie en innovatie;
- Focus op een wijkgerichte organisatie en ketenbenadering.

Goed leiderschap is essentieel, want werkt versterkend op alle afzonderlijke succesfactoren van kwaliteit. Hierbij past een professionele cultuur waarin je van elkaar leert, en waar je wordt gefaciliteerd in persoonlijk leiderschap. Zorgorganisaties die de stap maken van goed naar geweldig, stellen zich kwetsbaar op, staan open voor feedback, bespreken dilemma's met elkaar, en investeren in de deskundigheid van hun mensen. Ze hebben gemeen dat ze investeren in een cultuur van gezamenlijk werken aan verbeterde kwaliteit.

We zagen in het onderzoek mooie voorbeelden van goed leiderschap, maar hier ligt nog veel ruimte voor verbetering. Daar waar leiderschap niet goed is ingericht, kan een potentiële succesfactor juist een faalfactor worden.

Bedrijfsvoering speelt een beperkte rol als het gaat om ervaren kwaliteit, maar helpt wel met ruimte om de ambitie te realiseren

- Het aandeel overhead in het personeelsbestand heeft geen relatie met de ervaren kwaliteit. Voor de ervaren kwaliteit lijkt het niet uit te maken of een zorgorganisatie

relatief veel of weinig ondersteunend personeel heeft. Dit geldt zowel voor kleine als grote organisaties.

- Evenmin is er een relatie tussen de omvang van de zorgorganisatie (in omzet) en ervaren kwaliteit. Bedenk hierbij wel dat dit nog niets zegt over kleinschaligheid: zowel grote als kleine organisaties kunnen zorg kleinschalig organiseren.
- Een aantal - relatief zwakke - verbanden is wel gevonden voor deelpopulaties:
 - bij grotere zorgorganisaties (omzet > 50 miljoen) hangt een gezonde financiële positie samen met de ervaren kwaliteit: een betere financiële positie gaat hand in hand met een hogere ervaren kwaliteit. Maar dit effect is niet groot, en is bij een omzet onder de 50 miljoen euro afwezig.
 - Bij (alleen) kleinere zorgorganisaties (omzet < 25 miljoen) hangt een kleiner aantal locaties samen met hogere ervaren kwaliteit. Hiervoor is geen verklaring gevonden, en het verband is niet sterk.
 - In grote organisaties (omzet > 100 miljoen) is de ervaren kwaliteit hoger bij een relatief laag aandeel van de personeelskosten in de totale kosten. Voor kleinere organisaties geldt dit niet.

Voor alle onderdelen waar een significant verband is gevonden, geldt dat die slechts een beperkt deel (steeds minder dan 25%) van de variatie in ervaren kwaliteit verklaren. Een groot deel van de verklaring voor een hogere ervaren kwaliteit is met deze factoren dus nog niet gevonden. In het dieptegedeelte van het onderzoek komt het beeld naar voren dat een goede bedrijfsvoering wel degelijk relevant kan zijn voor de ervaren kwaliteit. Maar dit effect zit in de ruimte die een gezonde bedrijfsvoering biedt om geld beschikbaar te stellen voor speerpunten die in de organisatie belangrijk worden gevonden. Denk hierbij aan investeringen in technologie en innovatie, investeringen in de kwaliteit van de woonomgeving, en investeringen in opleiding en scholing voor personeel.

De organisatiecultuur speelt een belangrijke rol als het gaat om kwaliteit

- Leren en verbeteren scoort in de digitale vragenlijst een 8. Maar het lukt minder goed om dit ook echt in de praktijk te brengen: een gemiddelde score van 6,9. Uit de diepte-interviews en observaties blijkt dat hier drie succesfactoren in het spel zijn:
 - leren en verbeteren begint met reflecteren;
 - leren en verbeteren vergt openheid, vertrouwen en transparantie;

- leren en verbeteren werkt alleen als een continu proces.
- Persoonlijk leiderschap en verantwoordelijkheid op alle lagen. Persoonlijk leiderschap heeft te maken met het handelen van alle medewerkers: het nemen van individuele verantwoordelijkheid om te handelen, eigen besluiten nemen, eigenaar zijn van je werk. Voorwaarde om persoonlijk leiderschap te laten slagen, is dat medewerkers voldoende beslis- en regelruimte krijgen.
- Investeren in deskundigheid van medewerkers. Investeren in goede medewerkers, door opleiding en training, is een sleutel tot kwaliteit. Aan scholing zitten twee kanten:
 - Investeren in deskundigheid en vakbekwaamheid binnen een veranderende zorgvraag;
 - Investeren in persoonlijke leiderschapsvaardigheden.
- Zichtbaar en aanspreekbaar management. Bestuurders zien hun eigen rol, en die van het overige management, als faciliterend aan de organisatie. Kernwaarden zijn: zichtbaarheid, openheid en toegankelijkheid richting alle medewerkers; en ook: voorbeeldgedrag, door bestuurders, managers en teamleiders.

De organisatiestructuur speelt een rol voor ervaren kwaliteit: vooral korte lijnen en laag beleggen van verantwoordelijkheden vallen op

- Een platte organisatie met korte lijnen. Een platte structuur wordt gezien als middel tot korte lijnen waarin het managementteam aanspreekbaar en zichtbaar is. In de resultaten zien we geen bewijs voor de stelling dat een platte organisatie op zichzelf staand een onderscheidende factor is voor kwaliteit. Wel worden aan de structuur gerelateerde succesfactoren voor kwaliteit herkend:
 - De rol van meewerkend teamleider;
 - beleggen van verantwoordelijkheden laag in de organisatie; dit kan door zelfsturing of zelforganisatie, maar ook via andere besturingsmodellen;
 - de inzet van een passende personeelsmix.
- De resultaten tonen geen aanleiding om te veronderstellen dat een kleinere organisatie beter in staat is om korte lijnen en een platte structuur te realiseren.
- Naast de organisatiestructuur kunnen contextfactoren van invloed zijn op kwaliteit. Hiermee wordt bedoeld de elementen waar een zorgorganisatie (of locatie) niet direct invloed op heeft (of meent te hebben). Het onderzoek laat zien dat specifiek de woonomgeving van de cliënt een succesfactor voor kwaliteit is. De kwaliteit van het gebouw, de ligging en de mate van kleinschaligheid geven hier de doorslag.

Wat betekenen de uitkomsten voor de sector?

- We zien dat de sector behoefte heeft om te **leren van elkaar**. Transparantie over de kwaliteit en uitkomsten van zorg zorgt voor nieuwe inzichten. Dit moet echter niet leiden tot een regelreflex van lijstjes en aanvullende registraties. Gezocht moet worden naar andere manie-

ren om te verantwoorden op de kwaliteit, en de dialoog hierover te voeren.

- De meerwaarde van het **Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg** wordt onderkend. Tegelijk leeft als aandachtspunt dat de potentie daarvan niet mag worden gesmoord in rigiditeit. Een aanbeveling richting de IGZ is, om het Kwaliteitskader te benutten voor bewustwording en dialoog over kwaliteit, in plaats van als een 'afvinklijst' die alleen op papier bijdraagt aan kwaliteitsverbetering.
- Alleen een slimme structuur of organisatie is geen garantie voor kwaliteit, want kwaliteit wordt geleverd door de mensen in de sector zelf. Het is belangrijk dat geïnvesteerd wordt in het **leiderschap in alle lagen van de organisatie**: van bestuurder tot manager tot teamleider tot verpleegkundige, verzorgende, helpende, behandelaar.
- Blijf zorgorganisaties de ruimte geven voor **eigen keuzes in hoe zij georganiseerd zijn**. Dit onderzoek toont aan dat er niet één optimale bedrijfsvoeringsvariant is, maar dat uiteenlopende varianten tot succes gemaakt kunnen worden. Daarom verdient afbakening van de bedrijfsvoering geen aanbeveling.
- Stimuleer het aangaan van **verbindingen met de omgeving**, zoals de wijk en lokale context en (zorg) ketenpartners. Dit is een aanbeveling gericht aan zowel de branche zelf, als aan zorgkantoren en het ministerie van VWS.

Tot slot kan toekomstig onderzoek naar de kwaliteit van verpleeghuizen worden versterkt door een betere en vergelijkbare maat van kwaliteit. Zo'n maat, bijvoorbeeld langs de lijnen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, kan een enorme impuls geven aan de inzichten die we op overkoepelend niveau kunnen vergaren over de kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Transparantie over data en uitkomsten is een randvoorwaarde voor het ten volle benutten van leren en verbeteren.

De verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg is, zoals we eerder noemden, een onderwerp waar iedereen wel een mening over heeft. Maar ga er maar eens écht aan staan: met een beperkt budget een verpleeghuis leiden voor ouderen met nog maar een korte levensverwachting en een vaak loodzware zorgbehoefte. Dit rapport startte met de vraag: hoe maak je als organisatie het verschil voor mensen? Alle uitkomsten in ogenschouw nemend is de conclusie dat organisaties die uitzonderlijke kwaliteit leveren, kunnen verschillen in structuur en bedrijfsvoering. Wat wél de onderscheidende factor is, is goed leiderschap. Dat betekent faciliterend aan de organisatie, lef om te handelen naar wat de cliënt nodig heeft, maar ook gewenst gedrag stimuleren met oog voor leren en verbeteren. Dit tilt de hele organisatie tot in de haarvaten naar een hoger niveau. Met kwaliteit voor de cliënt tot gevolg.

Bijlagen

Bijlage A: gehanteerde methodiek

Bijlage B: uitkomsten digitale vragenlijst

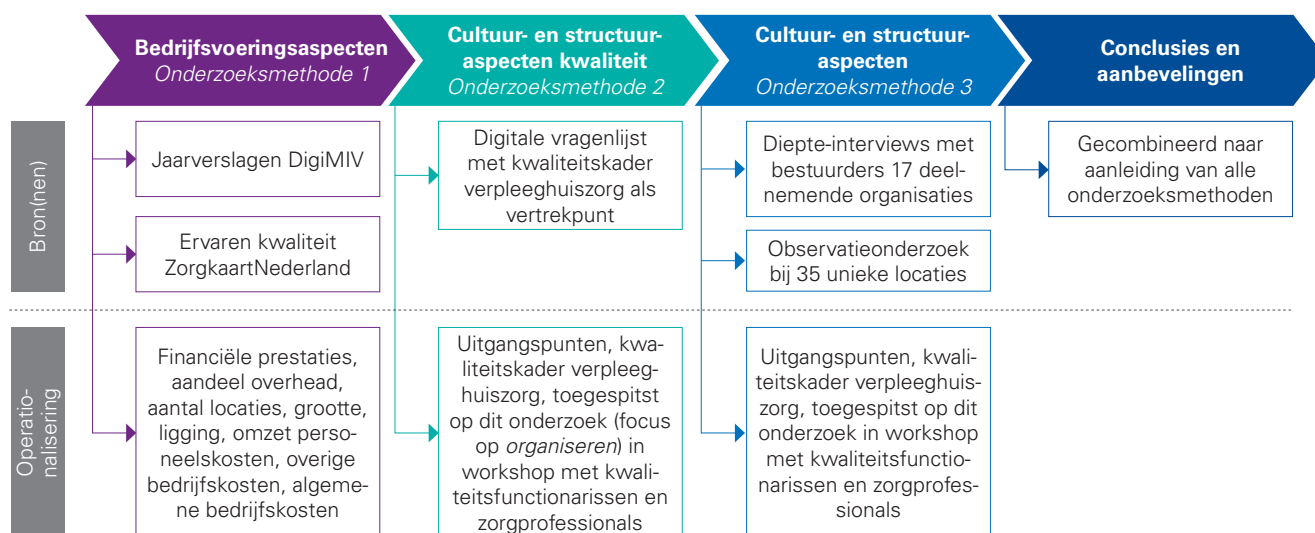
Bijlage C: verdiepende analyses bedrijfsvoering

Bijlage A: gehanteerde methodiek

Dit onderzoek is een praktijkonderzoek, waarbij de vraag centraal staat welke factoren in de praktijk bijdragen aan het organiseren van kwaliteit. Met een praktijkonderzoek wordt bedoeld dat de antwoorden op de onderzoeksvraag worden verkregen in interactie met de praktijk. We combineren kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Het onderzoek is opgebouwd langs drie onderzoeksmethoden:

1. een analyse van bedrijfsvoeringsaspecten gerelateerd aan door cliënten ervaren kwaliteit;
2. een digitale vragenlijst over de verschillende aspecten van kwaliteit volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
3. een kwalitatief verdiepend gedeelte bestaand uit observatiebezoeken aan 35 verpleeghuislocaties.

In figuur A is de onderzoeksopzet schematisch weergegeven. Onderzoeksmethode 1 richt zich op bedrijfsvoeringsaspecten en maakt gebruik van bestaande kwantitatieve bronnen. Voor onderzoeksmethode 2 is een conceptueel kader opgesteld dat is ontwikkeld in een workshop met kwaliteitsfunctionarissen en zorgprofessionals. Dit conceptueel kader is de bron geweest voor een digitale vragenlijst, breed uitgezet in het veld. Tot slot is door middel van diepte-interviews en observatieonderzoek het praktijkonderzoek uitgevoerd. In onderstaande paragrafen gaan we nader in op de ingezette onderzoeksmethoden.



FIGUUR A Schematische weergave onderzoeksvragen en onderzoeksmethoden

In de operationalisering van onderzoeksmethoden zoeken we waar dat passend is, aansluiting bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Waar mogelijk is deze aansluiting gehanteerd ten behoeve van eenheid van taal.

Bedrijfsvoeringsaspecten

Om de relatie tussen bedrijfsvoeringsaspecten en kwaliteit te onderzoeken zijn twee verschillende bronnen gecombineerd. Om bedrijfsvoeringsaspecten in kaart te brengen is informatie van DigiMV²⁴ gebruikt. Om kwaliteit als uitkomstmaat in kaart te brengen is informatie over de ervaren kwaliteit van ZorgkaartNederland gebruikt. Het is niet mogelijk geweest om gebruik te maken van de informatie van de ActiZ Benchmark Zorg²⁵, die onder andere ook ingaat op bedrijfsvoeringsaspecten, omdat deze informatie niet op organisatieniveau gedeeld kan worden.

Informatie over bedrijfsvoering afkomstig uit DigiMV

Zorgorganisaties leggen via DigiMV verantwoording af over hun prestaties door jaarrekeningsinformatie en verantwoordingsinformatie aan te leveren. Deze informatie is beschikbaar over het kalenderjaar 2015 voor alle zorgorganisaties in Nederland. Dit is informatie op zorgorganisatieniveau (en dus niet op locatieniveau). Alleen organisaties die intramurale verpleeghuiszorg leveren zijn geïnccludeerd.

²⁴ Zie www.jaarverantwoordingzorg.nl voor meer informatie.

²⁵ Zie <https://www.actiz.nl/thema/ondernemerschap/benchmark>

Onder bedrijfsvoeringsaspecten worden de volgende onderwerpen verstaan:

- **Financiële prestaties:** een gecombineerde maat van solvabiliteit, rentabiliteit en financiering. Deze maat wordt berekend op basis van een 1-124 punten systeem, berekend over:
 - Rentabiliteit, berekend als het gemiddelde van (i) resultaat als percentage van de opbrengsten; en (ii) EBITDA als percentage van de opbrengsten.
 - Solvabiliteit, berekend als het gemiddelde van (i) het eigen vermogen als percentage van de totale vaste activa (solvabiliteit); en (ii) het eigen vermogen als percentage van de totale opbrengsten (weerstandsvermogen).
 - Financiering, berekend als het gemiddelde over (i) de behaalde DSCR; en (ii) de netto schuld / EBITDA ratio (bij deze laatste geldt: een lagere ratio = meer punten).
- **Het aantal locaties van de zorgorganisatie,** bepaald op basis van het aantal locaties dat per organisatie bij ZorgkaartNederland geregistreerd staat²⁶.
- **Het aandeel overhead in het personeelsbestand,** berekend als het percentage niet-cliëntgebonden FTE van het totale personeelsbestand zoals ingevoerd in de DigiMV database.
- **Omzet,** bepaald op basis van de totale opbrengsten in DigiMV.
- **Personeelskosten,** gedefinieerd als het percentage totale personeelskosten + honorarium van de totale opbrengsten.
- **Overige bedrijfskosten,** berekend als het voedingsmiddelen-, hotelmatige, patiënt- en cliëntgebonden, algemene, onderhouds-, energie- en huurkosten als percentage van de totale omzet zoals gerapporteerd in de DigiMV.
- **Bedrijfsoverhead,** berekend als percentage van de algemene, onderhoud, huur & leasekosten, en de energiekosten voor gas, elektriciteit en transport op de totale opbrengsten.

Daarnaast wordt gekeken naar geografische ligging. De uitkomsten worden gecontroleerd voor organisatiegrootte uitgedrukt in miljoenen omzet.

Ervaren kwaliteit

Om de relatie tussen bedrijfsvoeringsaspecten en kwaliteit te onderzoeken is een koppeling nodig met een uitkomstmaat die informatie geeft over de geleverde kwaliteit van zorgorganisaties in Nederland. Er is helaas geen objectieve en vergelijkbare uitkomstmaat voor kwaliteit beschikbaar die informatie geeft voor alle – of in ieder geval over een groot aantal – zorgorganisaties in Nederland. Wel is een subjectieve en veelgebruikte uitkomstmaat beschikbaar via ZorgkaartNederland^{27,28}. Via deze website geven cliënten beoordelingen over de zorgorganisaties waar zij contact mee hebben (gehad). De beoordelingen worden gegeven als rapportcijfer en kunnen worden toegelicht. ZorgkaartNederland beschikt over een grote database met een veelvoud aan unieke beoordelingen van zorglocaties en –organisaties. Dit biedt inzicht in ervaren kwaliteit (subjectief) op locatie- en organisatieniveau.

De informatie uit DigiMV is op organisatieniveau gekoppeld aan de beoordelingen van ZorgkaartNederland. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gebruikt:

- Alleen beoordelingen vanaf 2015 tot en met het moment van uitdraai (januari 2017) zijn geïncludeerd;
- Alle beoordelingen van locaties zijn toebedeeld aan organisaties om de vergelijking met de bedrijfsvoeringsinformatie inzichtelijk te maken;
- Alleen organisaties met 30 of meer beoordelingen zijn geïncludeerd ten behoeve van de betrouwbaarheid van de uitkomsten. ZorgkaartNederland is primair een ervaringswebsite en is niet opgezet als kwaliteitsmeting. Een onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van ZorgkaartNederland toont aan dat vanaf 30 metingen (beoordelingen) per organisatie er sprake is van een betrouwbaar beeld²⁹.

Uitgaande van deze inclusiecriteria zijn in totaal de gegevens van 125 unieke zorgorganisaties gebruikt. In onderstaande tabel A geven we meer informatie over de representativiteit van de geïncludeerde zorgorganisaties. We zien dat ten opzichte van

²⁶ Deze analyse gebruikt de kwaliteitscore van ZorgkaartNederland en het aantal locaties dat bij ZorgkaartNederland bekend is. Er wordt voor dit onderdeel dus geen gebruik gemaakt van gegevens van DigiMV.

²⁷ ZorgkaartNederland is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland. Zie www.zorgkaartnederland.nl voor meer informatie.

²⁸ In eerdere jaren werd informatie afkomstig uit de CQ-index gebruikt. Dit instrument gaf onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorg en de verplichting dit instrument te gebruiken is bevroren tot januari 2017 en is vervallen met de opname van het nieuwe kwaliteitskader in het register en daarmee met de nieuwe kwaliteitsgegevens aanlevering die is vastgesteld. (Kamerbrief over voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'; 26-06-2015) en zie www.zorginzicht.nl voor een overzicht van kwaliteitsindicatoren en openbare data.

²⁹ Een toets op inclusie van organisaties met 20 dan wel 25 beoordelingen laat zien dat dat 140 respectievelijk 130 organisaties geïncludeerd zouden zijn. Omdat dit zeer weinig verschil maakt is gekozen voor de grens van minimaal 30 beoordelingen.

Nederland, er sprake is van een relatief lage vertegenwoordiging van zorgorganisaties met een omzet onder de 25 miljoen (13% ten opzichte van alle zorgorganisaties in Nederland). Er is gekozen om deze opzet te blijven hanteren omdat de grotere organisaties ook een groter aantal cliënten representeren.

	Geïnccludeerde zorgorganisaties (% ³⁰)	Totaal Nederland ³¹
Omzetcategorieën		
<25 miljoen	34 (13%)	270
25-49 miljoen	37 (65%)	57
50-99 miljoen	27 (45%)	60
>100 miljoen	27 (51%)	53
Ligging³²		
Noord-Nederland	11	
Oost-Nederland	37	
Zuid-Nederland	24	
West-Nederland	53	
Aantal locaties³³	1091 (52%)	2115

TABEL A Spreiding geïnccludeerde zorgorganisaties

In algemene zin zien we dat de ervaren kwaliteit voor de 125 geïnccludeerde zorgorganisaties volgens ZorgkaartNederland tussen de 6,9 en de 9,0 ligt, met een gemiddelde score van 7,89 en een standaard deviatie van 0,35. Overigens zien we dat de gemiddelde kwaliteit de afgelopen jaren licht stijgt: van een 7,2 in 2010 naar de huidige score van bijna een 7,9.

Thema's kwaliteit gerelateerd aan de organisatiecultuur en –structuur: digitale vragenlijst

Voor het operationaliseren van de onderzoeksmethoden digitale vragenlijst en het diepteonderzoek is een conceptueel kader ontwikkeld dat een kapstok vormt voor de uitvoering. Waar dat passend was, is aansluiting gezocht bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Hierdoor ontstaat ook eenheid van taal. Het conceptueel kader is besproken tijdens een uitgebreide werksessie met 35 kwaliteitsfunctionarissen en zorgprofessionals werkzaam voor 25 verschillende zorgorganisaties. Dit heeft geleid tot diverse onderwerpen die door het veld zijn benoemd als mogelijke succesfactoren. Deze onderwerpen zijn vervolgens onderverdeeld in onderstaande thema's:

- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning:** de cliënt is het uitgangspunt; kennis van zijn of haar behoeften, wensen en keuzes als basis voor het leveren van zorg en ondersteuning;
- **Welzijn:** hierbij gaat het om de aandacht voor het welzijn van de cliënt;
- **Wonen** (woonomgeving): hierbij gaat het specifiek om de aanwezigheid van een huiselijke sfeer en wooncomfort;
- **Veiligheid:** de veiligheid van de cliënt. Het gaat bijvoorbeeld om medicatieveiligheid en om veilige bewegingsvrijheid met zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen;
- **Leren en verbeteren van kwaliteit:** aandacht voor de 'lerende organisatie', op het individuele niveau van cliënt en medewerker, maar ook op teamniveau en op organisatieniveau;
- **Leiderschap, governance en management:** een richtinggevende en heldere visie, de aanwezigheid van (persoonlijk) leiderschap op alle niveaus binnen de organisatie en goed functionerend management binnen een helder besturingsmodel;
- **Personeelssamenstelling:** voldoende beschikbare personeelsleden met de juiste deskundigheid, passend bij de zorgvraag van de cliënten op de locatie;
- **Samenwerking met ketenpartners³⁴:** contact met verschillende disciplines, maar ook met ketenpartners als verzekeraars, ziekenhuizen of bijvoorbeeld lokale organisaties en welzijn;
- **Betrokkenheid van informele zorg:** Hierbij gaat het om de betrokkenheid van het eigen sociale netwerk van de cliënt en

³⁰ Percentage van totaal in Nederland dit omzetsegment. Deze percentages tellen dus niet op.

³¹ Bron: DigiMV

³² Voor de indeling op landsdeel is gebruik gemaakt van de NUTS-1 regio's van www.regioatlas.nl.

³³ Bron: ZorgkaartNederland

³⁴ In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg valt 'samenwerking met ketenpartners' en 'betrokkenheid van informele zorg' onder 'gebruik van hulpbronnen'. Gezien de input vanuit de werksessie met zorgprofessionals is ervoor gekozen om deze thema's apart te benoemen.

de inzet van informele zorg (het sociaal netwerk en vrijwilligers);

- **Gebruik van hulpbronnen:** efficiënte inzet van interne middelen zoals faciliteiten, ICT en inzet van technologie;
- **Gebruik van informatie:** beschikbaarheid en inzet van relevante stuurinformatie op alle niveaus in de organisatie.

Aan de hand van deze thema's is een digitale vragenlijst ontwikkeld met als doel om in de praktijk op te halen ten eerste in welke mate bovenstaande thema's in het algemeen belangrijk zijn voor het kunnen organiseren van kwaliteit; en ten tweede in welke mate het op locatieniveau dan ook lukt om deze thema's in de praktijk te brengen.

Doelgroep en verspreidingskanalen

De vragenlijst heeft als primaire doelgroep locatiemanagers en kwaliteitsfunctionarissen. De vragenlijst is via de volgende manieren verspreid:

- Een directe mailing aan de deelnemers van de werksessie waarin het conceptueel kader is ontwikkeld;
- Een directe mailing aan de deelnemers aan het onderzoek (zie voor toelichting onderzoeksmethode bij vraag 3: observaties)
- Een openbare oproep op www.waardigheidentrots.nl
- Een oproep in de nieuwsbrieven van ActiZ en Branchebelang Thuiszorg (BTN)
- Een directe mailing aan de bestuurders aangesloten bij ActiZ

De vragenlijst is in totaal 3 weken beschikbaar geweest om in te vullen. Gedurende deze periode is de respons gemonitord. Het is niet nodig geweest aanvullende responsverhogende maatregelen in te zetten vanwege voldoende representatieve respons. Nonrespons is op basis van deze wervingsstrategie niet te bepalen omdat via de openbare oproep en de plaatsing in de nieuwsbrieven het bereik van de uitnodiging niet is te volgen.

Representativiteit

De vragenlijst is ingevuld door 236 unieke respondenten. In onderstaande tabel laten we de representativiteit zien naar provincie en aantal locaties. Hoewel er kleine afwijkingen zijn in de spreiding over provincies, is er geen aanleiding tot sterke over- of onderrepresentatie. De verdeling van de respondenten over het aantal locaties van de organisatie laat zien dat alle groepen voldoende groot zijn om met elkaar te vergelijken. Dit geldt ook voor de verdeling van de respondenten ten opzichte van het aantal cliënten en beroepen. Wat betreft de verdeling over de verschillende zzp's sluit de representativiteit bij benadering aan bij de verdeling in Nederland. Er lijkt sprake te zijn van oververtegenwoordiging binnen ZZP5, echter wordt dit deels veroorzaakt door de methodiek van toebedelen: een locatie is toebedeeld n.a.v. de primaire zzp die geleverd wordt, op deze locaties worden vaak ook andere zzp's geboden.

Representativiteit van de vragenlijst			Nederland
Provincies	Respondenten	%	Percentage ³⁵
Brabant	35	15%	15%
Drenthe	8	3%	3%
Flevoland	1	0%	2%
Friesland	5	2%	4%
Gelderland	17	7%	12%
Groningen	6	3%	3%
Limburg	21	9%	7%
Noord-Holland	54	23%	16%
Overijssel	9	4%	7%
Utrecht	24	10%	7%
Zeeland	16	7%	2%
Zuid-Holland	38	16%	21%
Aantal locaties van de organisatie			
<4	74		
4-8	57		
9-15	53		
>15	52		
Aantal cliënten op locatie ³⁶			
0-60	58		
61-100	61		
101-175	59		
175 of meer	55		
Beroepen van respondenten			
Bestuurder of directie	31		
Regiomanager	42		
Locatiemanager	43		
Kwaliteitsfunctionaris	64		
Zorg	30		
Management (Overig)	21		
Overig	5		
Grootste ZZP segment op de locatie ³⁷			ZZPs in Nederland ³⁸
ZZP1 t/m 4	59 (25%)		58.270 (35%)
ZZP5	142 (60%)		59.935 (36%)
ZZP6	25 (11%)		27.460 (17%)
ZZP7	6 (3%)		14.825 (9%)
ZZP8	3 (1%)		2.580 (2%)
ZZP9	1 (0%)		1.020 (1%)
ZZP10	0 (0%)		875 (1%)

TABEL B Representativiteit van respondenten in de vragenlijst

³⁵ Bron: Per augustus 2015, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37230NED&D1=17&D2=5-16&D3=101&HDR=T&ST-B=G1,G2&VW=T> Tabel: Bevolkingsontwikkeling; regio per maand, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen

³⁶ Deze vraagstelling is mogelijk niet overal correct ingevuld en beantwoord op organisatieniveau in plaats van locatieniveau.

³⁷ De respondenten worden ingedeeld per categorie op basis van het grootste ZZP segment. Een respondent die aangeeft dat op zijn locatie 90% ZZP5 is en 10% ZZP 7 zal in ZZP 5 worden ingedeeld.

³⁸ Bron: CBS, Monitor Langdurige Zorg, Statline, Personen met indicatie zorg met verblijf; grondslag en zzp, kwartaal. Deze gegevens betreffen 2014 en zijn slechts ter indicatie. Gegevens over 2015 of later zijn op moment van schrijven niet beschikbaar.

Thema's kwaliteit gerelateerd aan de organisatiecultuur en –structuur: diepteonderzoek

Om inzicht te verkrijgen in best practices in de sector is gekozen voor kwalitatief diepteonderzoek. Bij 17 verschillende zorgorganisaties hebben semigestructureerde diepte-interviews met de bestuurders plaatsgevonden. Ook hebben bij deze organisaties observaties plaatsgevonden bij twee verschillende locaties: een locatie waarvan de bestuurder van mening is dat het een voorloper is op het gebied van kwaliteit en een locatie die ten opzichte van de voorloper een achterstand heeft (hoewel niet altijd mogelijk in verband met bijvoorbeeld een klein aantal locaties).

Een observatie op een locatie is een bezoek van een dagdeel, waarin de volgende activiteiten zijn uitgevoerd:

- Een gesprek met de locatiemanager bij aanvang en afronding van de observatie
- Meelopen met de verpleegkundige op de ronde
- Zogenaamde spotobservaties: in bijvoorbeeld het restaurant, een woonkamer of bij de receptie sfeer proeven, horen, zien, etc. De observant is slechts op de achtergrond aanwezig
- Korte gesprekjes met cliënten en indien mogelijk ook met vrijwilligers. Er is niet van tevoren een afspraak gemaakt met cliënten, deze korte gesprekken hebben plaatsgevonden tijdens de koffie- en lunchmomenten en indien mogelijk tijdens de ronde van de verpleegkundige. De vragen die gesteld zijn, startten steeds met "Waar bent u het meest tevreden over?" en "Waar bent u het minst tevreden over?"

Alle observaties zijn uitgevoerd door één onderzoeker. Alle onderzoekers hebben deelgenomen aan een briefingsbijeenkomst en hebben volgens een geprotocolleerde werkwijze geobserveerd. Door middel van gestandaardiseerde formulieren en uitgebreide werkinstructies is zo veel als mogelijk geborgd dat de verslaglegging op vergelijkbare wijze gebeurt.

Doel van de observaties: focus op het organiseren van kwaliteit

Het doel van dit onderdeel van het onderzoek is **niet** om tot een zo objectief mogelijk vergelijkend inzicht te komen en doet geen uitspraak over de geobserveerde of gemeten kwaliteit. Een observatie blijft altijd een momentopname en om een geobjectiveerd beeld te krijgen van de kwaliteit op een locatie is een ander type, meer gedetailleerd en longitudinaal onderzoek nodig. Het doel van dit onderdeel van het onderzoek is om succesfactoren en best practices voor het organiseren van kwaliteit in de verpleeghuiszorg te observeren. De ingezette onderzoeksmethode sluit hier goed bij aan.

Selectie zorgorganisaties

In totaal zijn 39 organisaties benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Deze organisaties zijn geselecteerd en benaderd naar een zorgvuldige selectie naar grootte (in omzet), ligging (provincie) en financiële prestaties. Om de financiële prestatie te bepalen is net als in onderzoeksvraag 1 gebruik gemaakt van een gecombineerde maat van solvabiliteit, rentabiliteit en financiering.

Er zijn 17 zorgorganisaties bereid gevonden om deel te nemen aan het onderzoek. Met alle 39 organisaties is contact geweest over deelname. Dat betekent dat ongeveer 60% van de zorgorganisaties heeft besloten niet deel te nemen. Als redenen wordt genoemd de huidige onderzoeksdruk. Ook is door zorgorganisaties aangegeven dat zij niet geïnteresseerd zijn in deelname aan een onderzoek specifiek over dit onderwerp, omdat er op het moment op veel manieren aandacht wordt besteed aan kwaliteit en een extra onderzoek de ervaren druk kan verhogen. Het is niet uit te sluiten dat de deelnemers aan dit onderzoek met name de 'voorlopers' zijn die graag voorbeelden delen, of de 'achterlopers' die zoekende zijn naar leren en verbeteren. In tabel C een overzicht van de kenmerken van de deelnemende zorgorganisaties in clusters weergegeven. In verband met anonimiteit wordt dit niet inzichtelijk gemaakt per individuele zorgorganisatie.

Type	Omzet	Zorgorganisaties (#)	Ligging	Zorgorganisaties (#)	ZorgkaartNederland
Financiële prestaties: hoge financiële score	<25 mln	1	Noord	1	7,7 (SD ³⁹ 0,43)
	25-49 mln	1	West	3	
	50-99 mln	4	Zuid	0	
	≥ 100 mln	2	Oost	4	
Financiële prestaties: lage financiële score	<25 mln	1	Noord	0	7,6 (SD 0,48)
	25-49 mln	2	West	2	
	50-99 mln	2	Zuid	2	
	≥ 100 mln	4	Oost	4	

TABEL C Spreiding deelnemende zorgorganisaties

³⁹ SD = Standaard Deviatie

Selectie locaties

Aan alle zorgorganisaties is aan de bestuurder gevraagd om twee locaties te selecteren waar een observatie uitgevoerd kan worden, indien mogelijk met een spreiding op de door de bestuurder verwachte kwaliteit op de locatie. Het is niet voor iedere zorgorganisatie logisch en haalbaar om deze scheiding te maken, bijvoorbeeld wanneer het een kleine organisatie met een beperkt aantal locaties betreft. Ook is het voorgekomen dat de bestuurder van mening is dat er te weinig verschil tussen locaties bestaat om dit onderscheid te maken. Uiteindelijk zijn de observaties uitgevoerd bij 8 voorlopers, 7 locaties met een achterstand ten opzichte van de voorloper en 20 waar dit niet onderscheidend is benoemd.

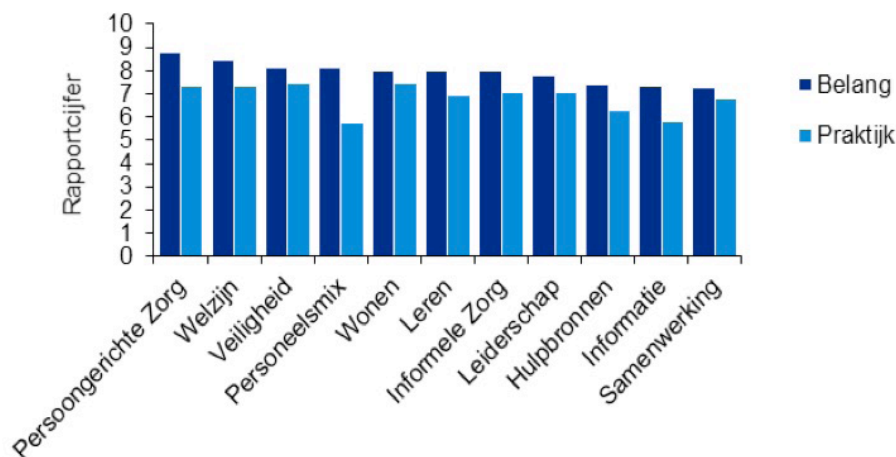
Van alle locaties is een aantal achtergrondkenmerken verzameld. In tabel D worden deze weergegeven.

	Categorie	N
Type cliënten	Alleen somatisch	2
	Alleen psychogeriatrisch (PG)	13
	PG en verstandelijk gehandicapt	1
	Combinatie somatisch en PG	19
Aantal cliënten per locatie	0-24	6
	25-50	6
	51-100	11
	>100	12
Aantal cliënten per afdeling	9 of meer	23
	Maximaal 8	12
Omgeving	Landelijk	11
	Stedelijk	12
	Tussen landelijk en stedelijk in	12

TABEL D Kenmerken van de geobserveerde locaties (n=35)

Bijlage B: uitkomsten digitale vragenlijst

In onderstaande figuur B worden de resultaten van de digitale vragenlijst weergegeven.



FIGUUR B Uitkomsten succesfactoren in de praktijk

Deelnemers – kwaliteitsfunctionarissen, bestuur/directie, locatiemanagers – zijn gevraagd om ten eerste aan te geven wat volgens hen de belangrijkste factoren zijn om kwaliteit te kunnen leveren. Ten tweede is hen gevraagd aan te geven in welke mate het lukt om deze factoren in de praktijk te brengen.

De uitkomsten tonen de resultaten als volgt: de donkerblauwe balk geeft aan hoe belangrijk de respondenten het thema vinden. De lichtblauwe balk geeft aan in welke mate het lukt om het thema in de praktijk te brengen. Niet geheel onverwacht worden alle onderwerpen als belangrijk ervaren. Persoonsgerichte zorg, welzijn en veiligheid staan voorop. Met name op de personeelsmix en het gebruik van stuurinformatie op alle niveaus van de organisatie erkent het veld verbeterpotentieel.

Op basis van de reacties van mensen zijn een aantal dwarsdoorsnedes te maken. We hebben gekeken naar de verschillen tussen de doelgroepen, functies en de grootte van de organisatie.

Verschillen tussen doelgroepen

Bij een dwarsdoorsnede op doelgroep zoals aangegeven door de respondent waren er 3 segmenten: somatiek, psychogeriatricie of een combinatie van beiden. In onderstaande tabel tonen we de geaggregeerde uitkomsten. Wat betreft onderliggende gegevens zijn geen uitschieters geconstateerd.

Zorgvraag	Belang	Realisatie	#
Somatiek	7,9	7,1	15
PG	8,0	6,7	70
Combinatie	7,9	6,9	149

Verschillen tussen zzp's

In onderstaande tabel de verdeling van de locaties naar het zzp dat zij primair leveren. Alleen zorgorganisaties met primair zzp 4, 5 en 6 zijn te vergelijken i.v.m. de groeps grootte.

ZZP	Belang	Realisatie	#
ZZP4	7,7	6,8	59
ZZP5	8,1	7,0	142
ZZP6	7,7	6,4	25
ZZP7	7,1	6,3	6
ZZP8	8,4	7,3	3
ZZP9	10	7,1	1
ZZP10	-	-	0

Locaties die primair ZP5 leveren zijn gemiddeld het meest positief (7,0) over de mate waarin elementen gerealiseerd zijn. Organisaties met overwegend ZP6 zijn gemiddeld negatiever (6,4). Er waren slechts 10 organisaties die overwegend ZP7, 8 of 9 hadden.

Verschillend tussen beroepen

In onderstaande tabel de geaggregeerde uitkomsten verdeeld naar type beroep.

Beroep	Belang	Realisatie	#
Bestuurder	7,8	7,2	31
Regiomanager	7,9	6,5	42
Locatiemanager	7,4	6,5	43
Kwaliteitsfunctionaris	8,3	7,2	64
Zorgprofessional	8,0	6,5	30
Overig Management	8,4	7,4	21
Overig	7,5	7,0	5

Bestuurders (gem 7,2) & kwaliteitsfunctionarissen (gem 7,2) zijn positiever dan locatie- (gem 6,5) & regiomanagers (gem 6,5) en zorgpersoneel (gem 6,5) over in welke mate factoren in de praktijk gerealiseerd zijn.

Verschillen naar grootte van de locatie

Eén van de vragen betrof het aantal cliënten dat op de locatie woont. We hebben de antwoorden van deze groepen in 4 segmenten gegroepeerd: 0-60, 60-100, 100-175 en meer dan 175 cliënten op de locatie. Een aantal van de respondenten zijn geëxcludeerd omdat het aantal cliënten opgegeven doet vermoeden dat het niet om de locatie gaat, maar om de organisatie. Respondenten van kleinere locaties vinden gemiddeld genomen alle succesfactoren belangrijker dan grotere organisaties en zijn ook positiever over de mate waarin deze zaken gerealiseerd zijn.

Aantal cliënten	Belang	Realisatie	#
0-60	8,4	7,2	58
61-100	7,8	6,8	61
101-175	7,9	6,8	59
>175	7,6	6,5	55

In de tabellen op de volgende pagina tonen we de volledige uitkomsten van de digitale vragenlijst, gesplitst naar de twee varianten die in de rapportage worden genoemd: beroep en locatiegrootte.

Gemiddelde belangscores per succesfactor

In onderstaande tabel de antwoorden op de vraag in welke mate de respondenten het genoemde antwoord belangrijk vinden.

Belang												
	GEMIDDELDE	Boordelingsschaal: geef een rapportcijfer van 1-10. Vindt u dat het onderwerp helemaal niet belangrijk is? Geef dan een 1. Vindt u dat het onderwerp volstrekt noodzakelijk is m.b.t. kwaliteit, dan geeft u een 10.				Bestuurder/Directie	Regiomanager	Locatiemanager	Management (Overig)	Kwaliteitsfunctionaris	Zorg	Overig
		0-60	60-100	100-175	175 of meer							
Persoonsgerichte zorg	8,8	9,1	8,6	8,8	8,6	8,8	8,5	8,2	9,0	9,2	8,8	8,4
Wonen en wooncomfort	8,0	8,6	7,9	7,9	7,7	7,9	7,8	7,7	8,5	8,2	8,1	7,6
Aandacht voor het welzijn van de cliënt	8,5	9,0	8,4	8,3	8,2	8,4	8,4	7,9	8,7	8,9	8,6	8,4
Veiligheid	8,1	8,7	8,1	8,1	7,7	7,9	8,1	7,8	8,7	8,3	8,4	7,4
Lerende organisatie	8,0	8,4	8,0	7,8	7,9	7,8	8,0	7,5	8,4	8,3	8,1	7,2
Leiderschap, governance en management	7,8	8,2	7,7	7,7	7,5	7,8	7,8	7,4	8,3	8,1	7,2	7,6
Gebruik van informatie	7,3	7,8	7,2	7,3	7,0	7,0	7,4	6,9	8,1	7,5	7,3	6,8
Betrokkenheid van informele zorg	8,0	8,5	7,7	8,0	7,7	7,8	8,1	7,5	8,1	8,3	8,0	8,0
Goede samenwerking in de keten	7,3	7,6	7,3	7,2	7,0	7,0	7,0	6,7	8,0	7,7	7,4	6,4
Gebruik van hulpbronnen	7,4	7,9	7,3	7,4	6,9	7,1	7,5	6,7	8,1	7,7	7,5	7,0
Personeelssamenstelling	8,1	8,6	8,0	8,3	7,6	7,9	8,0	7,4	8,4	8,6	8,4	7,8

Gemiddelde realisatiescores per succesfactor

De volgende tabel geeft inzicht in dezelfde factoren, maar is nu een antwoord op de vraag in welke mate het respondenten lukt om de genoemde factoren ook in de praktijk te brengen. Het betreft de gecombineerde scores van de specifieke items per succesfactor. In de hierop volgende tabellen, laten we ook de specifieke scores per item zien. Onderstaande is dus een gemiddelde van de daarop volgende tabellen.

Realisatie ⁴⁰												
	GEMIDDELDE	Boordelingsschaal: geef een rapportcijfer van 1-10. Vindt u dat het onderwerp helemaal niet belangrijk is? Geef dan een 1. Vindt u dat het onderwerp volstrekt noodzakelijk is m.b.t. kwaliteit, dan geeft u een 10.				Bestuurder/Directie	Regiomanager	Locatiemanager	Management (Overig)	Kwaliteitsfunctionaris	Zorg	Overig
		0-60	60-100	100-175	175 of meer							
Persoonsgerichte zorg	7,3	7,7	7,0	7,4	7,1	7,6	7,1	6,9	7,8	7,6	6,9	7,2
Wonen en wooncomfort	7,5	7,9	7,4	7,3	7,1	7,5	7,0	7,1	7,9	7,9	7,3	7,8
Aandacht voor het welzijn van de cliënt	7,4	7,8	7,3	7,4	7,0	7,6	7,0	7,2	7,7	7,6	7,0	8,2
Veiligheid	7,5	7,8	7,4	7,5	7,0	7,6	7,1	7,2	8,0	7,8	7,2	7,6
Lerende organisatie	6,9	7,4	6,7	6,9	6,6	7,2	6,6	6,8	7,3	7,1	6,5	7,4
Leiderschap, governance en management	7,1	7,5	6,9	7,1	6,8	7,7	6,7	6,8	7,6	7,3	6,6	7,5
Gebruik van informatie	5,8	6,1	5,7	5,7	5,6	6,3	5,3	5,2	6,3	6,2	5,8	5,5
Betrokkenheid van informele zorg	7,1	7,2	7,3	7,0	6,8	7,5	6,5	6,6	7,8	7,6	6,4	7,2
Goede samenwerking in de keten	6,8	7,2	7,0	6,7	6,3	7,0	6,6	6,3	7,2	7,3	6,3	7,1
Gebruik van hulpbronnen	6,3	6,7	6,3	6,3	5,9	6,6	5,9	5,9	6,9	6,6	6,1	6,0
Personeelssamenstelling	5,7	6,1	5,8	5,6	5,6	6,1	5,5	5,0	6,6	6,0	5,6	5,6

⁴⁰ De cijfers uit deze tabel zijn het gemiddelden van verschillende vragen over dit onderwerp. Voor de volledige lijst met vragen, zie verdere tabellen.

Vragenlijst ⁴¹	Gemiddelde rapportcijfer per dwarsdoorsnede											
	GEMIDDELDE	0-60 cliënten	61-100 cliënten	101-175 cliënten	175 of meer cliënten	Bestuurder/Directie	Regiomanager	Locatiemanager	Management (Overig)	Kwaliteitsfunctionaris	Zorg	Overig
<i>"Op onze locatie..."</i> <i>Geef een rapportcijfer van 1-10. Komt de genoemde situatie helemaal niet voor op uw locatie? Geef dan een 1. Ziet u de genoemde situatie altijd terug op uw locatie, geef dan een 10.</i>												
Persoonsgerichte zorg	7,3	7,7	7,0	7,4	7,1	7,6	7,1	6,9	7,8	7,6	6,9	7,2
Is er dagelijkse dialoog met individuele bewoners over wat zij wensen.	7,0	7,4	6,6	7,0	6,9	7,2	6,8	6,5	7,7	7,4	6,5	6,8
Zijn de wensen van de bewoner de basis voor de zorgen ondersteuningsdoelen.	7,7	8,2	7,4	7,7	7,5	8,0	7,5	7,3	8,2	7,9	7,5	7,8
Heeft elke bewoner invloed op de tijdstippen van dagelijkse activiteiten.	7,0	7,5	6,7	7,0	6,7	7,5	6,9	6,5	7,3	7,4	6,1	7,2
Hebben medewerkers handelsruimte om aanpassingen te maken in de zorg.	7,2	7,5	6,9	7,3	7,0	7,5	7,1	6,6	7,5	7,4	7,0	7,2
Is het altijd mogelijk direct contact met verschillende hulpverleners te hebben.	7,7	8,0	7,7	7,8	7,2	7,8	7,4	7,4	8,1	8,1	7,5	7,0
Wonen en wooncomfort	7,5	7,9	7,4	7,3	7,1	7,5	7,0	7,1	7,9	7,9	7,3	7,8
Voelen onze bewoners zich echt thuis.	7,5	7,9	7,4	7,3	7,1	7,5	7,0	7,1	7,9	7,9	7,3	7,8
Aandacht voor het welzijn van de cliënt	7,4	7,8	7,3	7,4	7,0	7,6	7,0	7,2	7,7	7,6	7,0	8,2
Zijn naasten betrokken (bv bij het zorgplan en activiteiten) als de cliënt dat wil.	7,4	7,8	7,3	7,4	7,0	7,6	7,0	7,2	7,7	7,6	7,0	8,2
Veiligheid	7,5	7,8	7,4	7,5	7,0	7,6	7,1	7,2	8,0	7,8	7,2	7,6
Voelen onze bewoners zich helemaal veilig.	7,5	7,8	7,4	7,5	7,0	7,6	7,1	7,2	8,0	7,8	7,2	7,6
Lerende organisatie	6,9	7,4	6,7	6,9	6,6	7,2	6,6	6,8	7,3	7,1	6,5	7,4
Zijn wij transparant over fouten: daar leren we van.	7,3	7,8	7,1	7,1	7,0	7,7	7,0	7,3	7,6	7,3	6,7	7,5
Zijn wij transparant richting bewoners en buitenwereld over ontwikkelingen.	7,2	7,8	7,0	7,1	6,8	7,6	7,0	7,0	7,6	7,5	6,4	6,8
Vragen we regelmatig aan bewoners en sociaal netwerk hoe we kunnen verbeteren.	7,4	7,9	7,1	7,6	6,9	7,5	7,2	7,2	7,6	7,7	7,2	8,0
Zijn we dagelijks bezig met leren en verbeteren.	7,1	7,8	6,9	6,9	6,9	7,5	6,9	6,9	7,8	7,1	7,0	8,2
Hebben alle medewerkers een persoonlijke leerplan.	5,8	6,1	5,9	5,6	5,5	5,8	5,5	5,4	6,2	6,0	5,9	6,3
Wordt samengewerkt met andere locaties of organisaties om van elkaar te leren.	7,0	7,3	6,7	7,1	6,6	6,8	6,4	6,8	7,7	7,2	7,0	7,2
Medewerkers vinden de organisatie transparant over wat goed en niet goed gaat.	6,4	6,9	6,2	6,4	6,2	7,1	6,1	6,3	6,4	6,7	5,4	7,0
Stimuleren we medewerkers om methodisch te werken.	7,4	8,0	7,3	7,1	7,1	7,3	7,2	7,1	7,5	7,9	6,9	8,6
Worden regelmatig teamreflecties en teamdagen georganiseerd.	6,5	7,1	6,1	6,5	6,3	7,1	6,3	6,5	6,6	6,4	6,0	6,0
Voeren we ieder jaar functionerings- en beoordelingsgesprekken.	6,5	6,8	6,0	6,8	6,5	7,0	6,1	6,6	7,2	6,5	6,0	6,8
Gebruiken wij cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	7,6	8,0	7,4	7,8	7,1	8,0	7,1	7,4	7,4	7,8	7,4	8,0
Leiderschap. governance en management	7,1	7,5	6,9	7,1	6,8	7,7	6,7	6,8	7,6	7,3	6,6	7,5
Kennen we allen de visie en strategie van de organisatie en handelen we daar naar.	6,6	6,9	6,6	6,5	6,5	7,6	6,0	6,5	6,8	6,9	6,1	6,3
Hebben alle medewerkers open en frequent contact met hun leidinggevenden.	7,2	7,7	6,9	7,3	6,6	7,5	7,0	6,8	7,7	7,1	7,0	7,6
Merken we dat het bestuur en (hoger) management goed samenwerkt.	6,8	7,0	6,6	6,9	6,5	7,7	6,2	6,4	7,0	7,2	6,3	6,2
Zijn we trots op onze locatie.	7,8	8,3	7,5	7,8	7,3	8,0	7,4	7,6	8,4	8,1	7,0	8,2

⁴¹ Deze vragen zijn een verkorte versie van de daadwerkelijke vragen. Zie voor de volledige vragen de tabel op de volgende pagina.

Zijn we trots op onze organisatie.	7,5	7,8	7,2	7,5	7,4	8,1	6,8	7,4	8,3	7,8	6,7	8,4
Is er aandacht voor diversiteit.	7,1	7,6	7,0	7,1	6,9	7,5	6,9	6,8	7,7	7,3	6,8	8,0
Weten medewerkers goed waarop zij (en hun team) worden beoordeeld.	6,7	7,2	6,6	6,7	6,2	7,0	6,2	6,6	7,2	6,8	6,4	7,5
Gebruik van informatie	5,8	6,1	5,7	5,7	5,6	6,3	5,3	5,2	6,3	6,2	5,8	5,5
Is administratie altijd ondersteunend aan de zorg die we aan bewoners verlenen.	5,6	5,9	5,5	5,4	5,4	5,9	5,0	4,7	6,1	6,1	5,7	5,6
Hebben medewerkers geregeld overzichten van relevante management informatie.	6,1	6,4	5,9	6,1	6,0	6,5	5,8	6,2	6,5	6,3	5,7	5,0
Registreren we eenvoudig en snel]	5,7	6,0	5,7	5,8	5,5	6,4	5,1	4,7	6,3	6,2	5,9	5,3
Betrokkenheid van informele zorg	7,1	7,2	7,3	7,0	6,8	7,5	6,5	6,6	7,8	7,6	6,4	7,2
Zijn er voldoende vrijwilligers die helpen met activiteiten voor onze bewoners.	7,1	7,2	7,3	7,0	6,8	7,5	6,5	6,6	7,8	7,6	6,4	7,2
Goede samenwerking in de keten	6,8	7,2	7,0	6,7	6,3	7,0	6,6	6,3	7,2	7,3	6,3	7,1
Wordt goed samengewerkt met ziekenhuizen in de regio.	6,9	6,9	7,0	7,1	6,7	6,9	6,7	6,7	7,4	7,3	6,3	7,6
Wordt goed samengewerkt met huisartsen in de regio.	6,9	7,5	7,1	6,7	6,3	7,3	6,9	6,2	7,3	7,4	6,1	7,5
Wordt goed samengewerkt met de wijk, bijvoorbeeld met het wijkteam.	6,6	7,0	7,0	6,4	5,9	6,7	6,3	6,0	7,1	7,2	6,4	6,4
Gebruik van hulpbronnen	6,3	6,7	6,3	6,3	5,9	6,6	5,9	5,9	6,9	6,6	6,1	6,0
Worden medewerkers goed ondersteund met technologische vernieuwingen.	6,3	6,7	6,3	6,3	5,9	6,6	5,9	5,9	6,9	6,6	6,1	6,0
Personeelsmix	5,7	6,1	5,8	5,6	5,6	6,1	5,5	5,0	6,6	6,0	5,6	5,6
Beschikken we altijd over voldoende personeel, passend bij de zorgvraag.	5,7	6,1	5,8	5,6	5,6	6,1	5,5	5,0	6,6	6,0	5,6	5,6

Ter informatie in onderstaande tabellen nog de volledige vragen zoals die gesteld zijn.

Volledige belangvraag	Verkorte vraag
Hoe belangrijk vinden wij...	
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning: De cliënt is het uitgangspunt; kennis van zijn of haar behoeften, wensen en keuzes is noodzakelijk voor het leveren van zorg en ondersteuning.	Persoonsgerichte zorg
Wonen (woonomgeving): hierbij gaat het specifiek om de aanwezigheid van een huiselijke sfeer en wooncomfort.	Wonen en wooncomfort
Welzijn: hierbij gaat het om de aandacht voor het welzijn van de cliënt.	Aandacht voor het welzijn van de cliënt
Veiligheid: de veiligheid van de bewoner is op orde; het gaat bijvoorbeeld om medicatieveiligheid en om veilige bewegingsvrijheid met zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen.	Veiligheid
Lerende organisatie: aandacht voor leren en verbeteren, op het individuele niveau van cliënt en medewerker, maar ook op teamniveau en op organisatie-niveau.	Lerende organisatie
Leiderschap, governance en management: een richtinggevende en heldere visie, de aanwezigheid van (persoonlijk) leiderschap op alle niveaus binnen de organisatie en goed functionerend management binnen een helder besturingsmodel.	Leiderschap, governance en management
Gebruik van informatie: beschikbaarheid en inzet van relevante stuurinformatie op alle niveaus in de organisatie.	Gebruik van informatie
Betrokkenheid van informele zorg. Hierbij gaat het om de betrokkenheid van het eigen sociale netwerk van de bewoner en de inzet van informele zorg.	Betrokkenheid van informele zorg
Goede samenwerking met ketenpartners.	Goede samenwerking in de keten
Gebruik van hulpbronnen: efficiënte inzet van interne middelen zoals faciliteiten, ICT en inzet van technologie.	Gebruik van hulpbronnen
Personeelssamenstelling: voldoende beschikbare personeelsleden met de juiste deskundigheid, passend bij de zorgvraag van de bewoners op de locatie.	Personeelssamenstelling

Volledige realisatievraag	Verkorte vraag
In welke mate komt onderstaande situatie voor?	
is sprake van een dagelijkse dialoog met individuele bewoners en hun naasten over wat zij wensen en nodig hebben.	Is er dagelijkse dialoog met individuele bewoners over wat zij wensen.
zijn de wensen, behoeften en mogelijkheden van de bewoner de basis voor de zorg- en ondersteuningsdoelen.	Zijn de wensen van de bewoner de basis voor de zorg- en ondersteuningsdoelen.
heeft elke bewoner invloed op de tijdstippen van dagelijkse activiteiten, zoals eten en douchen.	Heeft elke bewoner invloed op de tijdstippen van dagelijkse activiteiten.
is er voor de medewerker altijd ruimte om aanpassingen te maken in de zorg en ondersteuning voor cliënten (handelingsruimte).	Hebben medewerkers handelsruimte om aanpassingen te maken in de zorg.
Is er voor medewerkers altijd direct contact mogelijk met verschillende hulpverleners (bijvoorbeeld een arts of fysiotherapeut) als en zodra dat nodig is.	Is het altijd mogelijk direct contact met verschillende hulpverleners te hebben.
Voelen onze bewoners zich echt thuis.	Voelen onze bewoners zich echt thuis.
Zijn naasten (familie, sociaal netwerk) altijd betrokken als de cliënt dat wil. Bijvoorbeeld bij zorgplan en helpen met activiteiten of uitjes.	Zijn naasten betrokken (bv bij het zorgplan en activiteiten) als de cliënt dat wil.
Zijn er voldoende vrijwilligers die helpen met activiteiten en uitjes voor onze bewoners.	Zijn er voldoende vrijwilligers die helpen met activiteiten voor onze bewoners.
Voelen onze bewoners zich helemaal veilig.	Voelen onze bewoners zich helemaal veilig.
Zijn wij (management en medewerkers) transparant over fouten: daar leren we van.	Zijn wij transparant over fouten: daar leren we van.
Zijn wij (management en medewerkers) richting bewoners, het sociaal netwerk en de buitenwereld transparant over ontwikkelingen op de locatie.	Zijn wij transparant richting bewoners en buitenwereld over ontwikkelingen.
Vragen we regelmatig aan bewoners en het sociaal netwerk hoe het gaat en hoe we onze dienstverlening kunnen verbeteren.	Vragen we regelmatig aan bewoners en sociaal netwerk hoe we kunnen verbeteren.
Zijn we dagelijks bezig met leren en verbeteren.	Zijn we dagelijks bezig met leren en verbeteren.
Hebben alle medewerkers een persoonlijk leerplan om te zorgen dat ze de juiste kennis en competenties ontwikkelen.	Alle medewerkers hebben een persoonlijke leerplan.
Wordt samengewerkt met andere locaties en/of andere ouderenzorgorganisaties, zodat we van elkaar leren.	Wordt samengewerkt met andere locaties of organisaties om van elkaar te leren.
Vinden medewerkers dat de organisatie transparant is over dat wat goed gaat, én dat wat niet goed gaat.	Medewerkers vinden de organisatie transparant over wat goed en niet goed gaat.
Stimuleren we medewerkers om methodisch te werken.	Stimuleren we medewerkers om methodisch te werken.
Worden regelmatig teamreflecties en teamdagen georganiseerd, zodat we gezamenlijk op de gang van zaken kunnen reflecteren.	Worden regelmatig teamreflecties en teamdagen georganiseerd.
Voeren we ieder jaar functionerings- en beoordelingsgesprekken.	Voeren we ieder jaar functionerings- en beoordelingsgesprekken.
Gebruiken wij cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	Gebruiken wij cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
Kennen we allemaal de visie en strategie van onze organisatie, en handelen we daar ook naar.	Kennen we allen de visie en strategie van de organisatie en handelen we daar naar.
Hebben alle medewerkers open en frequent contact met hun leidinggevendenden.	Hebben alle medewerkers open en frequent contact met hun leidinggevendenden.
Merken we dat het bestuur en (hoger) management goed samenwerkt. Dat wil zeggen: ze stralen rust en vertrouwen uit.	Merken we dat het bestuur en (hoger) management goed samenwerkt.
Zijn we trots op onze locatie.	Zijn we trots op onze locatie.
Zijn we trots op onze organisatie.	Zijn we trots op onze organisatie.
Is er aandacht voor diversiteit.	Is er aandacht voor diversiteit.
Weten medewerkers goed waarop zij (en hun team) worden beoordeeld.	Weten medewerkers goed waarop zij (en hun team) worden beoordeeld.
Wordt goed samengewerkt met ziekenhuizen in de regio.	Wordt goed samengewerkt met ziekenhuizen in de regio.

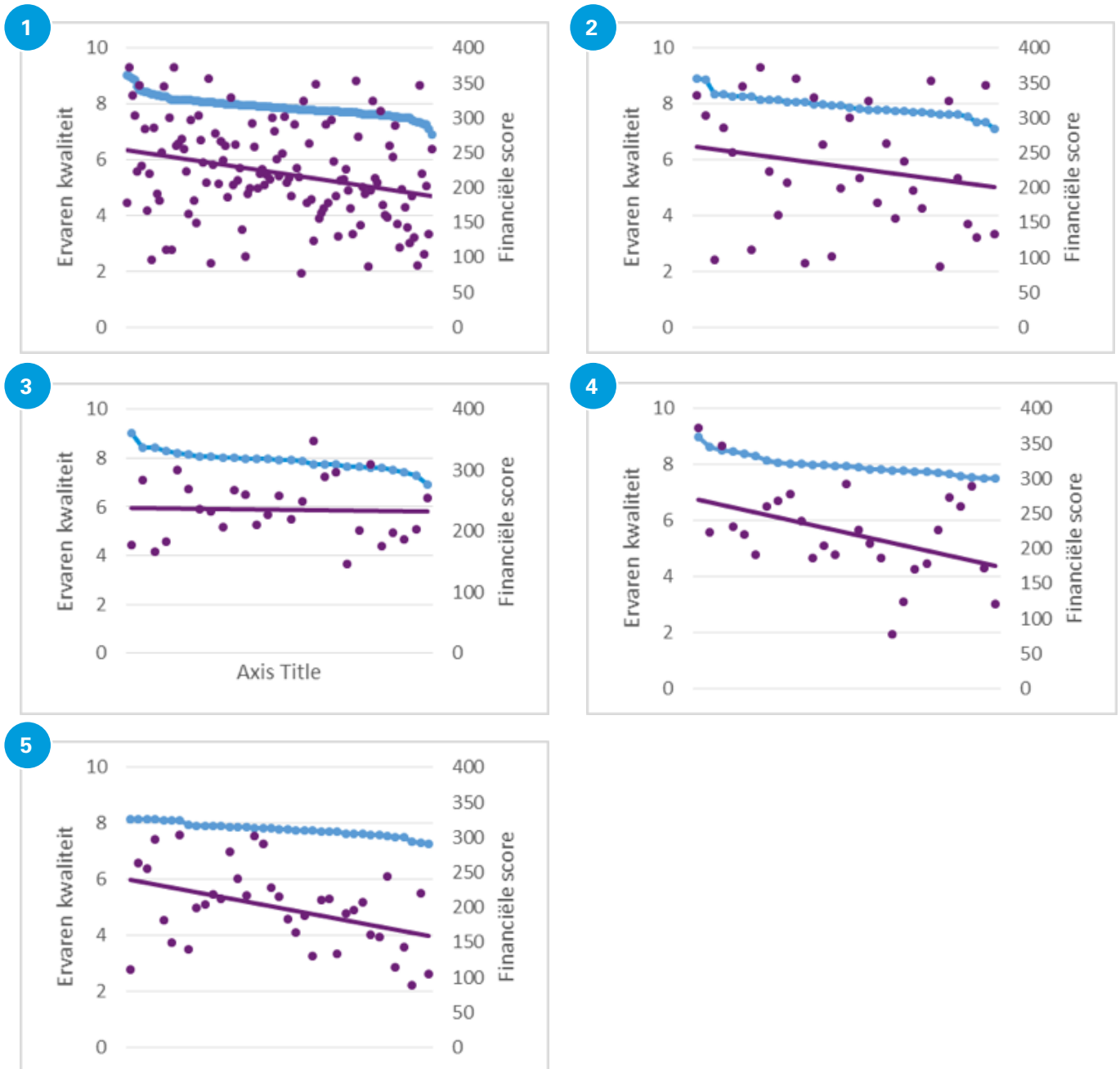
Wordt goed samengewerkt met huisartsen in de regio.	Wordt goed samengewerkt met huisartsen in de regio.
Wordt goed samengewerkt met de wijk, bijvoorbeeld met het wijkteam.	Wordt goed samengewerkt met de wijk, bijvoorbeeld met het wijkteam.
Worden medewerkers goed ondersteund met technologische vernieuwingen.	Worden medewerkers goed ondersteund met technologische vernieuwingen.
Is administratie altijd ondersteunend aan de zorg die we aan bewoners verlenen.	Is administratie altijd ondersteunend aan de zorg die we aan bewoners verlenen.
Hebben alle medewerkers geregeld overzichten van relevante (management)informatie. Van roosters en dagplanningen tot informatie over budgetten en kwaliteitsindicatoren.	Hebben medewerkers geregeld overzichten van relevante management informatie.
Registreren we eenvoudig en snel.	Registreren we eenvoudig en snel.
Beschikken we altijd over voldoende personeel, passend bij de zorgvraag.	Beschikken we altijd over voldoende personeel, passend bij de zorgvraag.

Statistische toetsing van de resultaten van de digitale vragenlijst

Er is gekozen om geen statistische toetsing op de antwoorden van de digitale vragenlijst te doen. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste zijn de antwoorden niet normaal verdeeld, dus statistische toetsing op de gemiddelde rapportcijfers is niet mogelijk. Een statistische toets op de mediaan is wel mogelijk, maar bij het berekenen van de mediaan verdwijnen een groot deel van de verschillen tussen groepen. Dit komt omdat respondenten alleen hele rapportcijfers konden geven, dus de mediaan zal dan altijd een heel rapportcijfer zijn. Dit hele rapportcijfer geeft een vertekend beeld van de beoordelingen. Ten tweede was het niet de doelstelling van de digitale vragenlijst is om causale verbanden aan te tonen en is deze ook niet op die manier opgezet.

Bijlage C: verdiepende analyses bedrijfsvoering

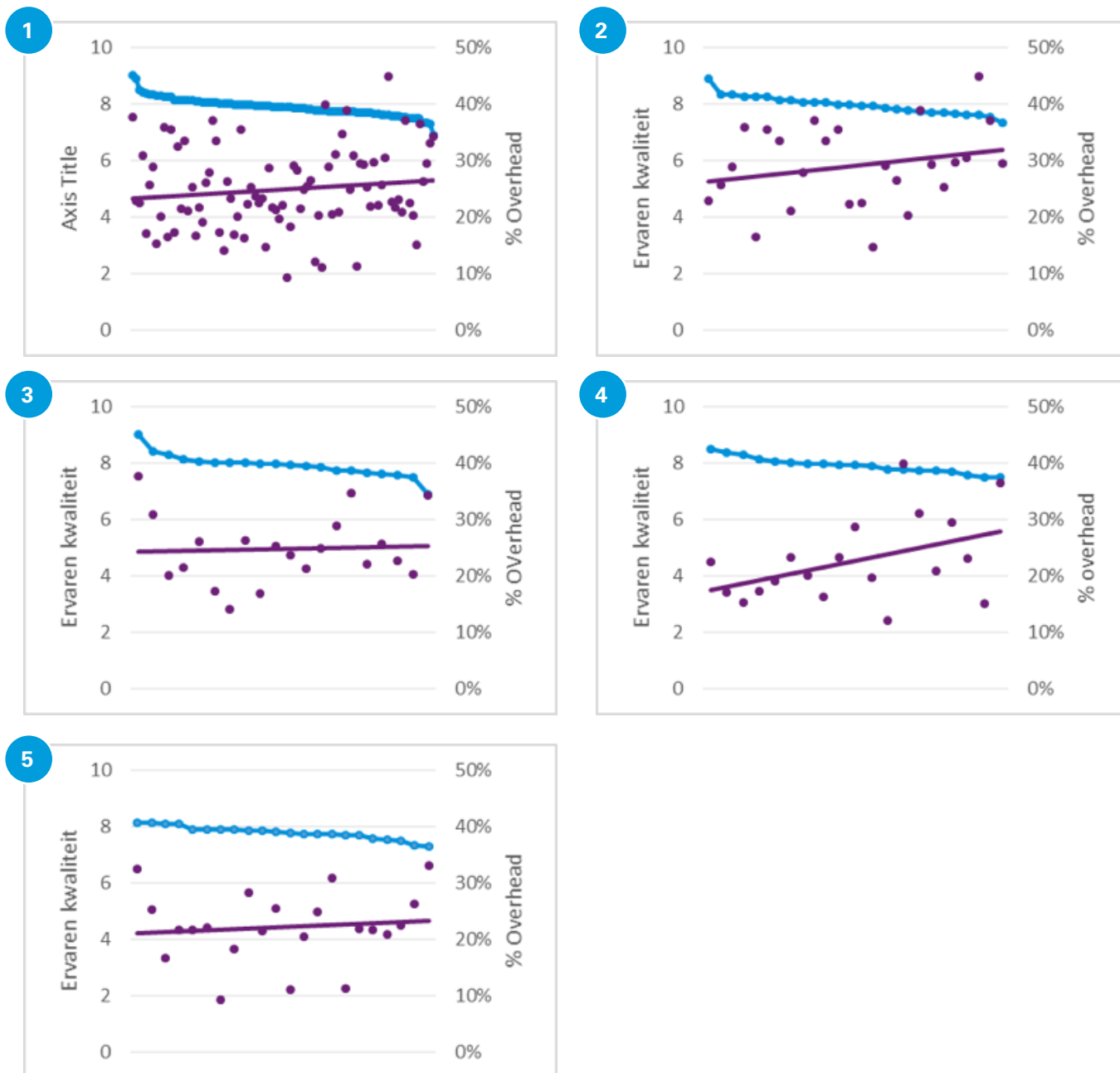
Financiële score en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en Financiële score (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,0013$, $R^2=0,08$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,18$, $R^2=0,05$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,75$, $R^2=0,004$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,008$, $R^2=0,25$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,008$, $R^2=0,18$

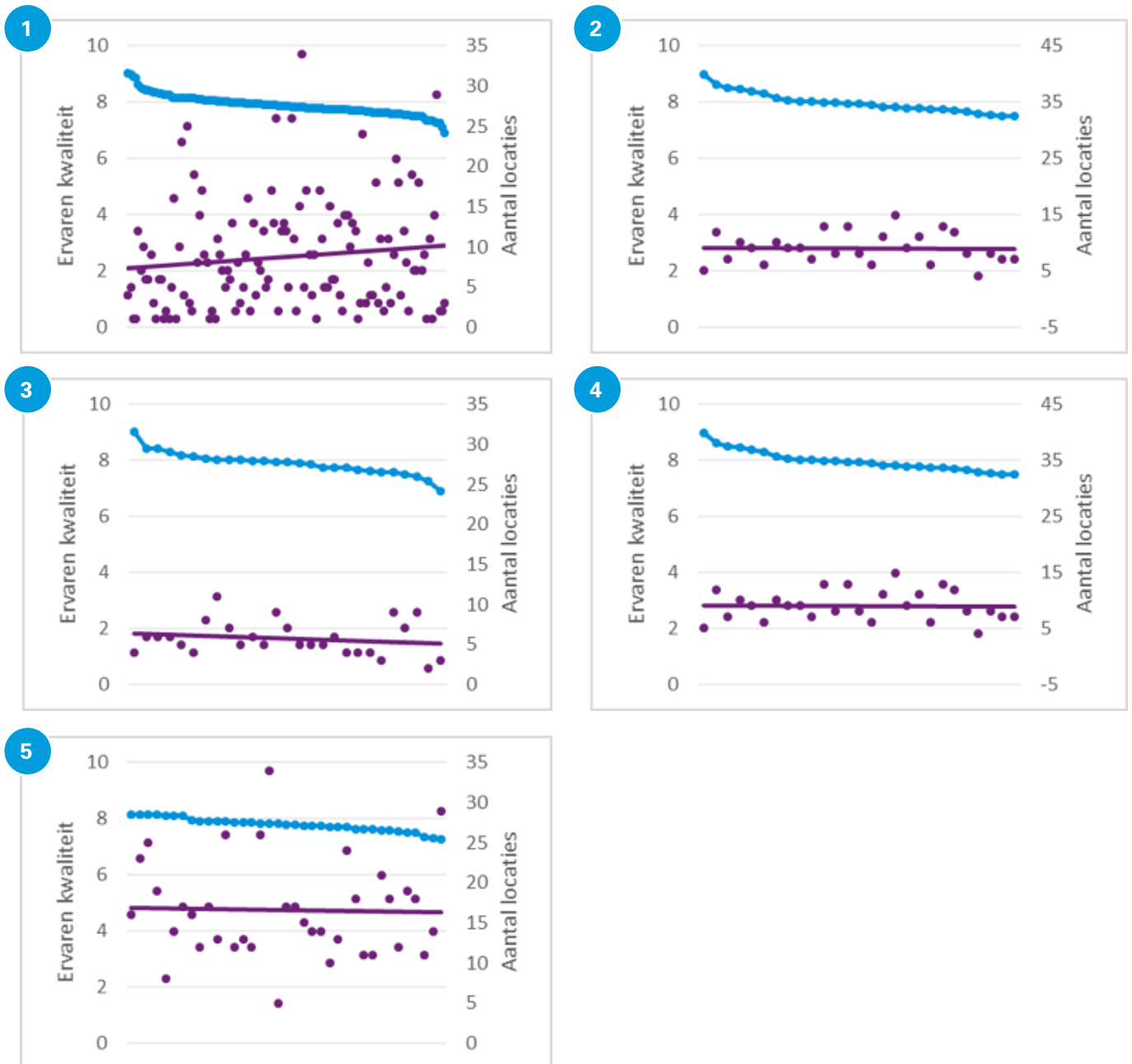
Overhead in het personeelsbestand en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en % overhead in het personeelsbestand (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,40$, $R^2= 0,008$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,20$, $R^2= 0,07$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,76$, $R^2= 0,0005$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,10$, $R^2=0,15$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,50$ $R^2= 0,02$

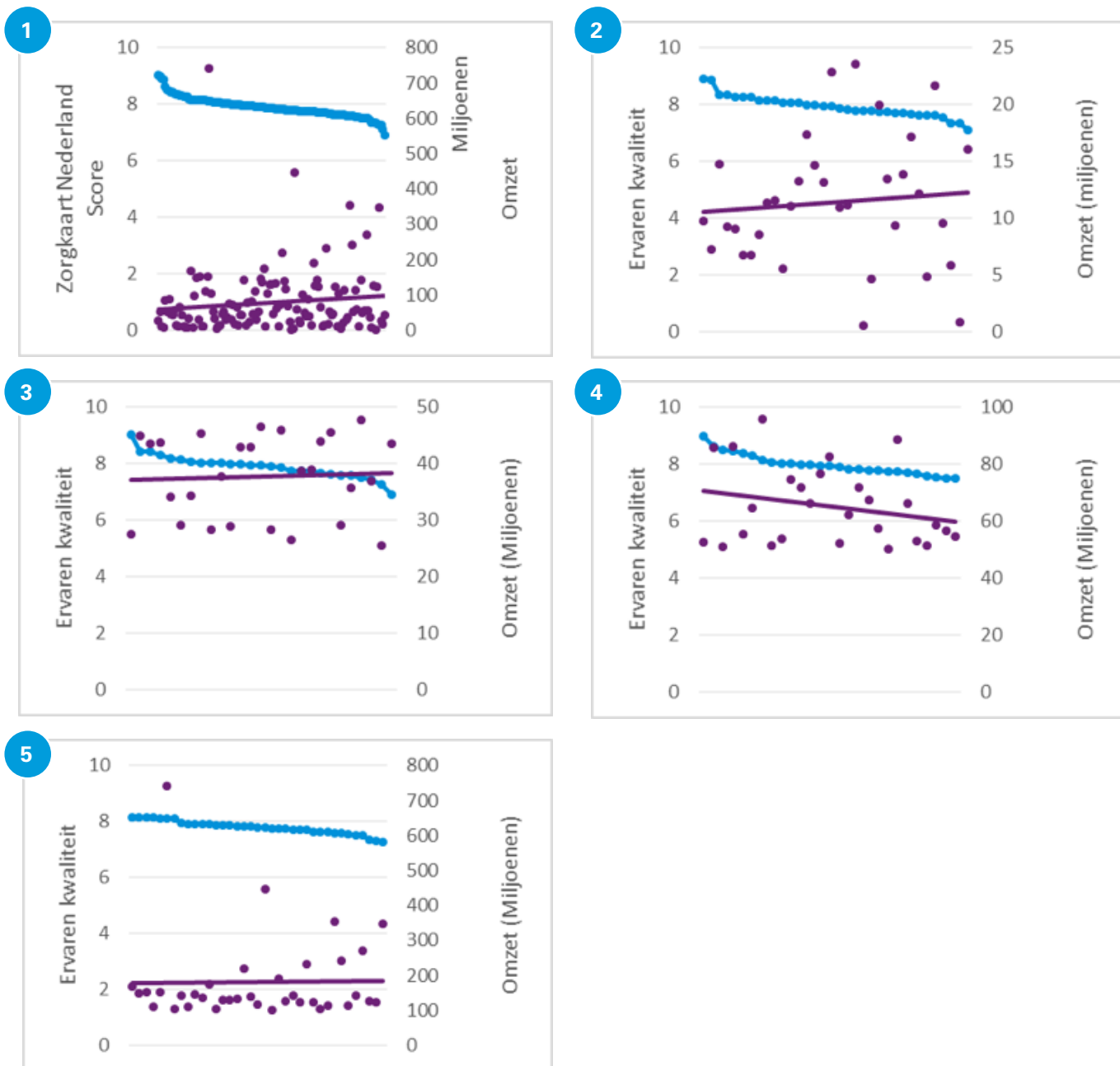
Locaties en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkeras) en aantal locaties per organisatie (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,12$, $R^2=0,02$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,02$, $R^2=0,16$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,47$, $R^2=0,02$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,79$, $R^2=0,002$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,96$, $R^2=0,000$

Totale omzet in 2015 en ervaren kwaliteit

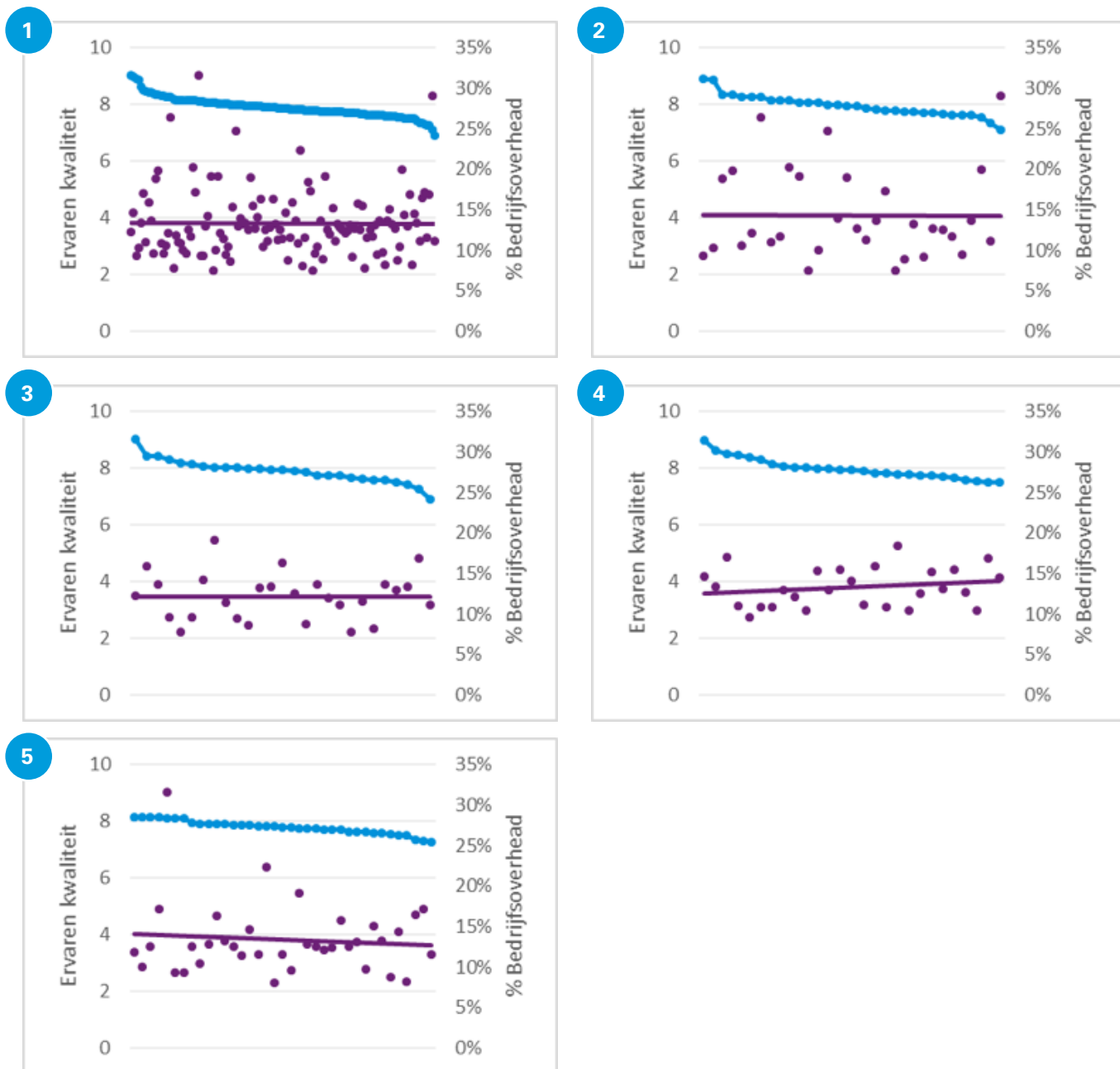


Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkerras) en de omzet (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,18$, $R^2=0,014$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,57$, $R^2=0,01$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,66$, $R^2=0,01$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,40$, $R^2=0,03$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,18$, $R^2=0,07$

Let op: de linkerras heeft een ander bereik bij deze grafieken.

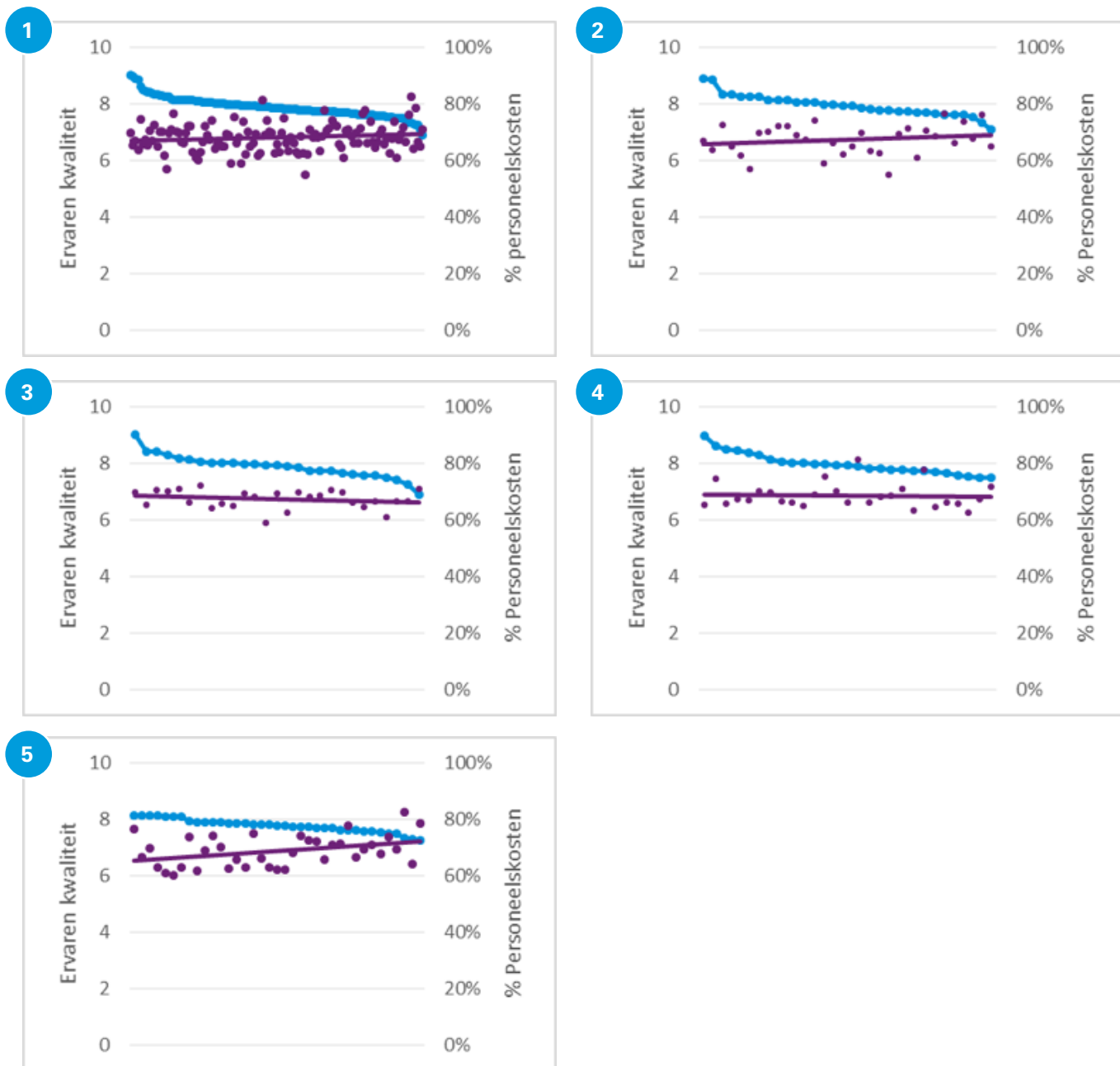
Bedrijfsoverhead en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkerras) en % bedrijfsoverhead (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,64$, $R^2=0,001$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,45$, $R^2=0,02$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,98$, $R^2=0,000$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,54$, $R^2=0,015$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,66$, $R^2=0,006$

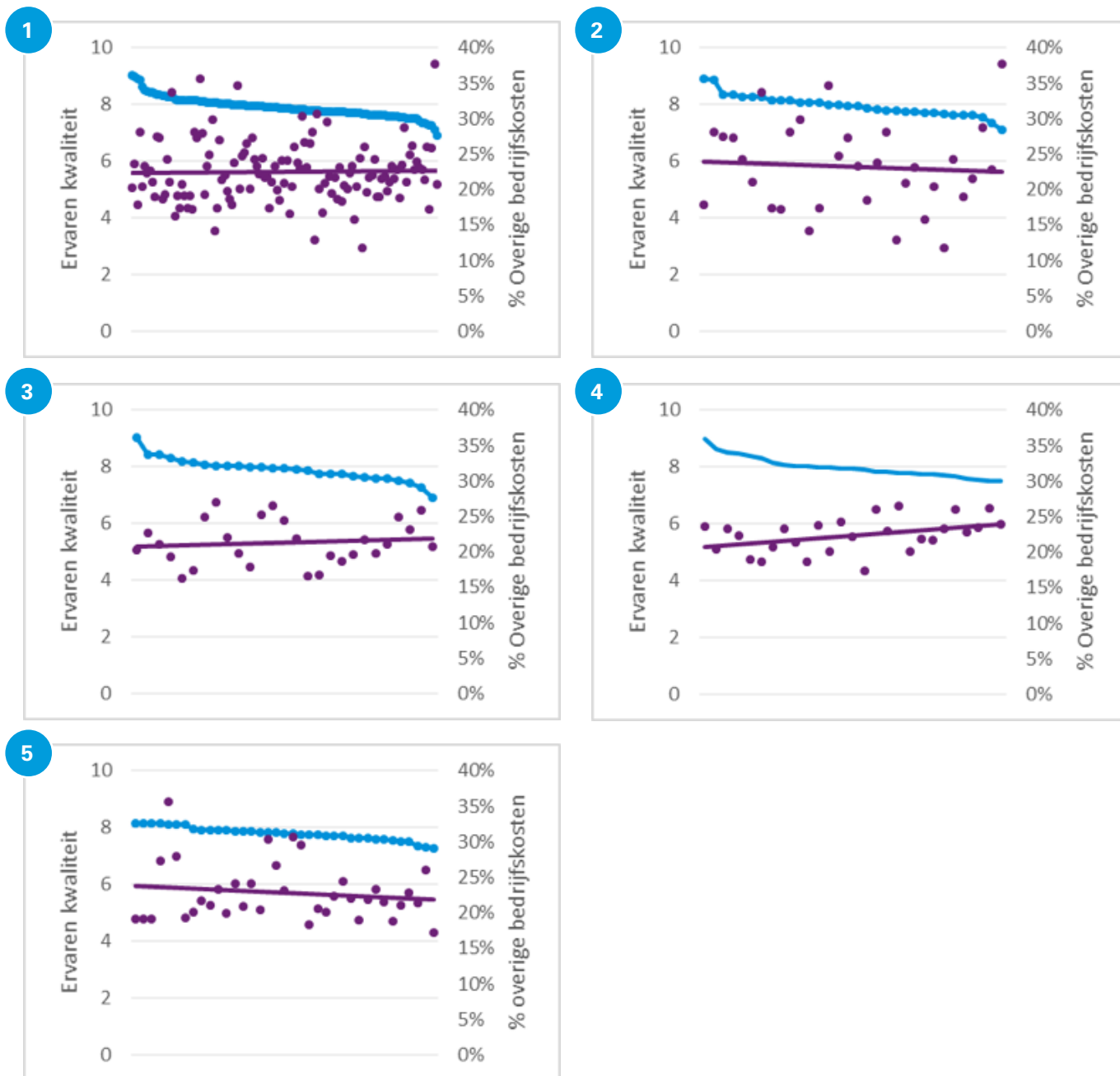
Personeelskosten en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkerras) en personeelskosten als percentage van de omzet (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,15$, $R^2=0,017$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,40$, $R^2=0,02$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,497$, $R^2=0,02$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,93$, $R^2=0,000$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,0098$, $R^2=0,18$

Overige bedrijfskosten en ervaren kwaliteit



Correlatie tussen ervaren kwaliteit ZorgkaartNederland (linkerras) en overige bedrijfskosten (rechteras) voor:

- 1 Alle organisaties: $P=0,64$, $R^2=0,002$
- 2 Organisaties met <25M omzet: $P=0,90$, $R^2=0,001$
- 3 Organisaties met 25-50M omzet: $P=0,52$, $R^2=0,017$
- 4 Organisaties met 50-100M omzet: $P=0,11$, $R^2=0,099$
- 5 Organisaties met >100M omzet: $P=0,3$, $R^2=0,03$

Spreiding gemiddelde score ervaren kwaliteit (alle zorgorganisaties ZorgkaartNederland)⁴²

Jaar	Gemiddelde score
2008	6,32
2009	5,56
2010	7,21
2011	6,79
2012	6,97
2013	7,42
2014	7,41
2015	7,85
2016	7,85
2017	7,88

⁴² Dit gemiddelde gaat over alle beoordelingen van ZorgkaartNederland en niet alleen de 125 geïncludeerde organisaties.

Contactgegevens

Karina Kuperus, Partner



Marijke Ploegman, Senior Manager



Onderzoeksteam

Marijke Ploegman
Hinke Gijzel
Erik van den Oever
Milan de Niet
Karina Kuperus

© 2017 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde organisatie. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situaties. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.