



Kan zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem leiden tot arbeidsbesparing?

Een studie naar de effecten van het DRP-systeem op arbeidsbesparing, kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving binnen Stichting Philadelphia Zorg



Universiteit Twente

de ondernemende universiteit

Kan zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem leiden tot arbeidsbesparing?

Een studie naar de effecten van het DRP-systeem op arbeidsbesparing, kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving binnen Stichting Philadelphia Zorg.

Auteur

G.A.C. Michels (s0142956)

Universiteit Twente

Faculteit Management en Bestuur

Opleiding Gezondheidswetenschappen, Master Health Sciences

Afstudeerbegeleiders

- Prof.dr. Henk G. Bijker, Universiteit Twente, Capaciteitsgroep Operations, Organisations & Human Resources
- Martin R. Stienstra MSc, Universiteit Twente, Capaciteitsgroep Kennisintensief, marktgericht en internationaal ondernemen
- Drs. Peter A.J.M. Bronts, Beleidsmedewerker Zorg & Ondersteuning, Stichting Philadelphia Zorg
- J.G.A. Blom FC, concerncontroller Stichting Philadelphia Zorg

De volgende organisaties verleenden medewerking aan het onderzoek:

- Stichting Philadelphia Zorg hoofdkantoor Nunspeet
- Stichting Philadelphia Zorg regio Noordwest-Veluwe
- Stichting Philadelphia Zorg regio Haaglanden

Binnen de looptijd van het onderzoek was geen zorgtechnologie voorhanden binnen Stichting Philadelphia Zorg (SPZ) in de vorm van bijvoorbeeld domotica. Om het onderzoek toch plaats te laten vinden is gekozen voor het Dienst Rooster Plannings (DRP)-systeem. Volgens de theorie van Thesaurus Zorg en Welzijn is dit een duidelijke zorgtechnologie. Zij hanteren namelijk de volgende definitie voor zorgtechnologie: ‘technologie om de kwaliteit of efficiency van zorg te verbeteren (Thesaurus Zorg, 2009)’. Het DRP-systeem heeft potentieel om bij te dragen aan de efficiency van zorg.

Om de verschillende onderzoekbegrippen te meten, zoals arbeidsproductiviteit, kwaliteit van de zorg en arbeidsbeleving is gebruikgemaakt van een TNO-model met als aanvulling een apart instrument dat de arbeidsbeleving meet. Om alle onderzoeksvragen te beantwoorden, had in de ideale situatie een voor- en nameting moeten plaatsvinden. Door de weerbarstigheid van de praktijk heeft dit echter niet plaatsgevonden. Door middel van een voor- en een nameting had kunnen worden onderzocht of de inzet van zorgtechnologie daadwerkelijk effect had gehad op arbeidsproductiviteit, kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving. In plaats daarvan heeft er alleen een voormeting plaatsgevonden.

Toch kan worden gesteld dat dit onderzoek zeer de moeite waard was om te doen. Het heeft mij een beter inzicht gegeven op de gang van zaken binnen zorginstellingen. Verder meen ik dat de resultaten van mijn activiteiten een zinvolle bijdrage hebben geleverd aan de discussie binnen SPZ, met name daar waar het gaat om een verbetering van de arbeidsproductiviteit. Ik wil dan ook mijn begeleiders binnen SPZ, zijnde Peter Bronts en Jan Blom hartelijk bedanken voor hun hulp en begeleiding. Ook mijn begeleiders van de UT, zijnde Henk Bijker, Pieter Terlouw en Martin Stienstra, bedank ik voor hun kritische, maar stimulerende feedback.

Daarnaast wil ik alle medewerkers die deelgenomen hebben aan dit onderzoek hartelijk danken voor hun medewerking.

Tot slot een dankwoord voor mijn familie en vrienden voor de hoop die jullie mij gaven voor het succesvol beëindigen van deze fase.

Barbara Michels

Enschede, maart 2009

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

Veel zorginstellingen zullen efficiënter moeten gaan werken, onder andere door het door de overheid ingevoerde marktmechanisme. Dit geldt ook voor SPZ en kan op verschillende manieren worden bewerkstelligd. Eén daarvan is de inzet van zorgtechnologie binnen de organisatie. Philadelphia zet het DRP-systeem in om de roostering en registratie van zorg efficiënter te laten verlopen. Dit onderzoek richt zich op de vraag of het DRP-systeem in staat is de arbeidsproductiviteit te verhogen onder minimaal gelijkblijvende kwaliteit en zonder dat de arbeidsbeleving verslechtert. Onderstaande vraagstelling stond centraal in onderhavig onderzoek:

Levert de inzet van zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem arbeidsbesparing op en daardoor mogelijke kostenbesparing binnen Stichting Philadelphia Zorg en zo ja, wat is het verwachte effect hiervan op de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving?

Onderzoeksmethode

Binnen de literatuur is gezocht naar bestaande meetinstrumenten om de begrippen arbeidsproductiviteit, kwaliteit van de zorg en arbeidsbeleving te meten. Sommige instrumenten zijn samengevoegd en/of aangepast voor deze studie. Binnen SPZ zijn de locaties binnen regio Haaglanden onderzocht. Er hebben interviews plaatsgevonden onder de coördinerend begeleiders en er zijn enquêtes verstuurd naar al het verzorgende personeel binnen deze regio. Tevens heeft er een tijdschrijfonderzoek plaatsgevonden onder een aantal medewerkers.

Conclusies

Op basis van het onderzoek kan het volgende worden geconcludeerd:

- De meerderheid van de onderzoeksgroep verwacht niet dat de inzet van het DRP-systeem zal leiden tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit.
- De medewerkers verwachten niet dat het DRP-systeem impact zal hebben op de kwaliteit van de zorg of de werkbelasting van de medewerkers.
- Het speciaal voor dit onderzoek ontwikkelde meetinstrument is in staat de arbeidsproductiviteit te meten.

Aanbevelingen

Op grond van het verrichte onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen voor SPZ worden gedaan:

- Het is voor SPZ aan te bevelen om bij de invoering van zorgtechnologie rekening te houden met de arbeidsbeleving van de medewerkers.

- Een randvoorwaarde voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit door middel van het DRP-systeem is het wegnemen van de weerstand onder medewerkers. SPZ doet er verstandig aan hiermee rekening te houden.
- Voor een goed beeld is het noodzakelijk dat er zowel een voor- als een nameting wordt gedaan. In het huidige onderzoek is alleen een voormeting gedaan. SPZ kan meer informatie verkrijgen door ook een effectmeting te doen.

Abstract

Background and research question

In the near future most of the health institutions will be forced to work more efficiently. One of the main reasons for this is the free market system that has been introduced by the government. This also counts for SPZ and can be accomplished through different means. One is the introduction of healthcare technology into the organization. Philadelphia introduces the DRP-system, which makes the process of rostering and registration of care more efficient. This paper focuses on the ability of the DRP-system to generate an increase in productivity, while maintaining the same amount of quality of care and without lowering occupational satisfaction. The following research question was the foundation for this piece of research:

Does the introduction of healthcare technology, in the form of the DRP-system, lead to labour and cost saving within Stichting Philadelphia Zorg, and if so, what is the expected effect of this on the quality of care and the occupational satisfaction?

Research methodology

There has been an extensive search through current known literature to look for existing measuring instruments that measure the concepts productivity, quality of care and occupational satisfaction. Some of these instruments were mixed and/or adjusted for this study. Within SPZ, the primary object of research has been locations within the region Haaglanden. Interviews took place with the coordinating supervisors and surveys were sent to all the care-providing staff in this region. Along with these, there has also been a time measurement test amongst a select group of employees. The goal was to look into the amount of time spent by each employee on different tasks within their job.

Conclusions

Based on this research, the following conclusions can be made:

- The majority of the research group thinks that the implementation of the DRP-system will not increase productivity.
- The employees expect that the DRP-system will not have an impact on the quality of care or the workload of the employees.
- The measuring instrument that has been specially developed for this research is able to measure employee productivity.

Recommendations

On the basis of the accomplished enquiry the following recommendations can be made for SPZ:

- It is recommended for SPZ to be very aware of the occupational satisfaction of the employees, while implementing healthcare technologies.

- An important aspect in increasing the work productivity using the DRP-system is to lower the resistance to change demonstrated by the employees.
- To get a good perspective on the results of the implementation, it is necessary to measure the efficiency both before and after the implementation of the DRP-system. SPZ can get more information by also doing a measurement of the effects of the DRP-system.

Inhoud

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	4
Abstract.....	6
Inhoud	8
1. Inleiding	10
1.1 Onderzoeksdoel en probleemstelling.....	10
1.2 Afbakening.....	12
1.3 Relevantie.....	13
1.4 Opzet en werkwijze	14
1.5 Leeswijzer	14
2. Context	15
2.1 Interne arbeidsmarktsituatie.....	15
2.2 Zorgtechnologie binnen Stichting Philadelphia Zorg.....	15
2.3 Dienst Rooster Planning systeem	15
3. Theoretisch kader	18
3.1 Inleiding.....	18
3.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg.....	19
3.3 Inzet zorgtechnologie.....	21
3.4 Arbeidsproductiviteit	22
3.4.1 Arbeidsproductiviteit verstandelijk gehandicaptenzorg	23
3.4.2 Meten arbeidsproductiviteit	25
3.5 Kwaliteit van de zorg.....	27
3.6 Arbeidsbeleving.....	28
3.7 Inbaarheid.....	30
3.8 Onderzoekskader.....	32
4. Methode.....	33
4.1 Inleiding.....	33
4.2 Ontwikkeling meetinstrument.....	33
4.3 Onderzoeksstrategie	34
4.4 Onderzoeksgroep	34
4.5 Onderzoeksinstrumenten.....	35
4.5.1 Kwantitatief onderzoek	35
4.5.2 Kwalitatief onderzoek.....	36
4.6 Onderzoeksprocedure.....	37
4.7 Analyses	39
4.8 Betrouwbaarheid en validiteit.....	41
5. Resultaten	43

5.1 Vragenlijsten.....	43
5.2 Tijdschrijven.....	53
5.3 Interviews	56
5.4 Feedback meetinstrumenten.....	61
6. Conclusies	63
7. Discussie & aanbevelingen.....	67
Referenties	70
Lijst afkortingen.....	72
Bijlagen.....	73

1. Inleiding

Binnen Nederland is op dit moment een veranderslag aan de gang binnen de zorg. Deze veranderingen betreffen vooral de invoering van het marktmechanisme, de introductie van het elektronisch patiëntendossier en de wijziging in de financiering van de zorg. De financiering is veranderd. Tot voor kort gold een nacalculatieregime met betrekking tot een beperkt aantal budgetparameters. Inmiddels is een relatie gelegd tussen de kosten van een ‘product’ en de prijs die daarvoor moet worden betaald. In de algemene ziekenhuizen wordt gewerkt met Diagnose Behandel Combinaties (DBC) in het zogenaamde B-segment. Ook voor de geestelijke gezondheidszorg zijn DBC’s ontwikkeld. Voor de care-sectoren zal de financiering worden gebaseerd op zorgzwaartepakketten (ZZP).

Deze ontwikkelingen hebben te maken met het verzakelijken van de zorgmarkt. Deze verzakelijking kan ertoe leiden dat bepaalde zorgorganisaties in de toekomst in grote financiële problemen komen en in het ergste geval failliet gaan. Sommige organisaties zitten nu al in zwaar weer. Dit onderwerp wordt dan vervolgens breed uitgemeten in de nationale kranten. De Pers (2009) kopt bijvoorbeeld: ‘zorginstelling voor gehandicapten Philadelphia zit in grote financiële problemen en dreigt failliet te gaan’. Dat blijkt volgens SP-Kamerlid Renske Leijten uit een uitgelekte brief aan het personeel. De NRC (2009) schrijft het volgende: ‘de

IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord hebben al jaren verlies. Patiënten die er geopereerd worden liepen onnodig risico op infectie’. Bovengenoemde problemen ontstaan vaak door een combinatie van factoren, zoals wanbeleid en slecht financieel management. Maar ook de (beleidsmatige) veranderingen in de zorg dragen hun steentje bij en hebben duidelijke consequenties voor deze instellingen.

Het veranderende financieringssysteem heeft in veel gevallen geleid tot krimpende budgetten voor de zorginstellingen. Hierdoor zullen ondernemingen in de zorg efficiënter moeten gaan werken. Naast de financieringsproblematiek is er ook sprake van een toenemend tekort aan arbeidskrachten binnen de zorg. Dit terwijl de werkgelegenheid in verband met de vergrijzing in de sector zorg en welzijn alleen maar zal stijgen. De inzet van mensen en middelen zal daarom efficiënter geregeld moeten gaan worden. Zorginstellingen zullen naar mogelijkheden moeten gaan zoeken om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Een mogelijke oplossing is de inzet van zorgtechnologie.

1.1 Onderzoeksdoel en probleemstelling

Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is om te kijken naar de effecten van het DRP-systeem op arbeidsbesparing, kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving. Het instrument om dit te onderzoeken zal zowel moeten meten op basis van financiële gronden als op kwaliteitsaspecten.

Het instrument moet aan de volgende eisen voldoen.

- Het meetinstrument kan de arbeidsproductiviteit berekenen op procesniveau: hoeveel uren arbeid zijn er nodig om een proces (dienstverleningsproces, zorgproces, werkproces) uit te voeren bij één cliënt?
- Met dit instrument kan dus vooraf worden bepaald of het zinvol is om nieuwe technologie te adopteren. Hierdoor kan de keuze voor een bepaalde technologie beter worden onderbouwd. Tevens kan het instrument worden ingezet om een nameting te doen om zo, na invoering van de innovatie, de effecten van de technologie te analyseren.
- Bij de kwaliteitsaspecten kan zowel de kwaliteit van de zorg als de kwaliteit van arbeid, oftewel de arbeidsbeleving, worden gemeten.
- Aangezien het meetinstrument wordt ontwikkeld voor de zorg, dient de lengte en afnameduur beperkt te zijn, zodat de afname van de vragenlijsten en interviews geen grote belasting betekent voor de respondenten.

Het doel van dit onderzoek is dus:

Het ontwikkelen en uittesten van een valide, betrouwbaar en praktisch toepasbaar instrument voor het meten van de arbeidsproductiviteit binnen SPZ dat tevens in staat is om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid te meten.

Doelstellingen van de effectmeting zijn:

- vaststellen van de veranderingen in arbeidsbeleving door de overstap naar het Dienst Rooster Planning (DRP) Herstel systeem;
- vaststellen van de veranderingen in de beleving van de kwaliteit van de zorg door de overstap naar het DRP Herstel systeem;
- verwachtingen en gevolgen van de aanschaf van het DRP-systeem op korte termijn ten aanzien van de arbeidsaspecten in beeld brengen.

Waarbij is gekeken naar:

- I. Identificeren en kwantificeren van arbeidstaken voor en na invoering van het DRP-systeem.
- II. Het beoordelen van veranderingen in mentale belasting bij de aanschaf van het DRP-systeem.
- III. Een oordeel geven over het uitkomen van verwachtingen die de medewerker had vóór de aanschaf van het DRP-systeem.

Probleemstelling

De algemene onderzoeksvraag wordt als volgt geformuleerd:

Leverd de inzet van zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem arbeidsbesparing op en daardoor mogelijke kostenbesparing binnen Stichting Philadelphia Zorg en zo ja, wat is het verwachte effect hiervan op de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving?

Dit leidt tot de volgende deelvragen.

1. a. Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van het DRP-systeem op de arbeidsproductiviteit binnen SPZ?
b. Wat zijn de verwachtingen van de medewerkers ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de arbeidsbesparing binnen SPZ?
2. a. Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van DRP-systeem op de kwaliteit van de zorg vanuit het oogpunt van de medewerkers?
b. Wat zijn de verwachtingen van de zorgverleners ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de kwaliteit van de zorg binnen SPZ?
3. a. Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van DRP-systeem op de arbeidsbeleving?
b. Wat zijn de verwachtingen van de medewerkers ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de arbeidsbeleving binnen SPZ?

1.2 Afbakening

Zorginstellingen moeten efficiënter gaan werken en zoeken naar mogelijkheden om dat doel te bereiken. Ook bij SPZ is men zich hiervan bewust en het management wil hier dan ook op sturen. Het gaat daarbij vooral om het streven om de zorg met minder ‘mensuren’ aan te bieden onder minimaal gelijkblijvende kwaliteit en zonder dat de arbeidsbeleving verslechtert. Daartoe kan gebruik worden gemaakt van zorgtechnologie. Omdat het hierbij gaat om een zeer breed onderzoeks-terrein, zijn er binnen het onderzoek beperkingen opgelegd. Daarom is het onderzoek geconcentreerd op de zorgtechnologie DRP, in bijzonder op het DRP-herstel systeem.

Het DRP-systeem is een ICT-oplossing die wordt ingevoerd in de zorg en die het mogelijk maakt efficiënter te plannen. SPZ verwacht dat het DRP-systeem invloed zal hebben op de arbeidsproductiviteit binnen de organisatie. Het DRP-systeem zou de beheersing van het daadwerkelijk aantal gewerkte uren (declarabele uren) makkelijker maken. Dus strakker plannen en roosteren op basis van vooraf geïndiceerde uren.

De DRP-systematiek zou kunnen bijdragen aan het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Planning van personeel (efficiency) is bij deze applicatie het kritische proces, maar ook valt te denken aan registratie van activiteiten (verantwoording), en het uitvoeren van CAO regelingen (personeelsbeheer) (Lugtenburg, 2007).

De verwachting is dat met behulp van het DRP-systeem zowel het totaal aantal arbeidsuren per cliënt zal worden teruggedrongen, maar ook dat er relatief meer uren worden gestoken in het primaire proces en minder in indirecte taken. Met primaire zorg wordt bedoeld alle zorggerelateerde taken die direct met cliëntenzorg te maken hebben. Alle overige taken vallen onder indirecte taken (Lugtenburg, 2007). Mocht deze ontwikkeling zich voordoen dan zullen de kosten dalen, omdat het aantal uren per cliënt zal worden teruggedrongen en de opbrengsten zullen stijgen door een betere verhouding tussen directe en indirecte uren. In het nieuwe financieringsstelsel zal de zorg namelijk worden betaald vanuit de ZZP's. Deze worden vastgesteld door de zorgkantoren. ZZP's geven aan binnen welke marges zorg voor bepaalde groepen geïndiceerd mag worden. Deze pakketten zijn opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Elke

ZZP heeft een bepaalde bandbreedte qua financiële bestedingsruimte. SPZ gaat uit van een gemiddelde van deze bandbreedte. Bij incidentele gevallen kan het bedrag worden verhoogd. Voor de totale cliëntengroep mag niet boven de afgesproken uren worden uitkomen. Tevens moet worden aangetoond dat uren ook daadwerkelijk zijn geleverd. Dit staat omschreven in de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC). Alleen directe uren zijn declarabel. Dit vanwege het feit dat alleen de uren worden meegeteld waarbinnen face-to-face contact is geweest met de cliënt.

Het DRP-project is twee jaar geleden al geïmplementeerd, maar leidde destijds niet tot de gewenste resultaten. Daarom wordt het systeem op dit moment opnieuw ingevoerd in de organisatie onder de naam 'DRP Herstel'.

SPZ Haaglanden is als eerste gestart met het 'DRP Herstel' project. Dit is dan ook de reden dat het veldonderzoek binnen de regio Haaglanden heeft plaatsgevonden.

Deze regio levert, evenals alle andere regio's van SPZ, zorg en diensten aan verstandelijk gehandicapten. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij alle onder de regio Haaglanden vallende locaties. De volgende zorg/diensten zijn onderzocht: ambulante ondersteuning / begeleiding, kort verblijf opvang, dagactiviteiten en werk, wonen in een groep, individueel geclusterd wonen. Een controle-onderzoek wat betreft de urenregistratie heeft plaatsgevonden bij locatie Watersnip binnen de regio Noordwest-Veluwe.

Het onderzoek behelst drie aspecten, namelijk: arbeidsproductiviteit, kwaliteit van de zorg en arbeidsbeleving.

1.3 Relevantie

Maatschappelijke relevantie

In Nederland dreigt een nijpend tekort te ontstaan aan medewerkers in de gezondheidszorg. Een mogelijke oplossing hiervoor kan worden gezocht in de inzet van zorgtechnologie.

Binnen deze studie is getracht een methodiek te ontwikkelen waarmee SPZ in staat is te meten of zorgtechnologie tot kostenbesparing kan leiden binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Of- schoon er binnen dit onderzoek gekeken werd naar de Dienst Rooster Planning systematiek, valt te verwachten dat het resultaat van het onderzoek zal leiden tot een methodiek die ook voor andere zorgtechnologieën binnen SPZ toepasbaar is. Hierbij valt te denken aan domotica, zoals nachtdetecterende camera's, valpreventie, maar ook Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de zorg.

Wetenschappelijke relevantie

De inzet van zorgtechnologie in de cure-sector is vaak gericht op het verbeteren van de diagnostiek en/of behandeling. In de care-sector wordt zorgtechnologie in toenemende mate ingezet vanwege het efficiëntieaspect.

Door de vergrijzing en het tekort aan zorgpersoneel kan zorgtechnologie een middel zijn om kosten te verminderen om zodoende aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Economische verantwoording van de aanschaf van technologie in de zorg is des te belangrijker omdat de zorgvraag

stijgt door de vergrijzing, steeds betere mogelijkheden komen voor zorgtechnologie en de opstelling van de cliënt steeds kritischer wordt.

Evaluaties op basis van economische gronden vinden zelden plaats. Een belangrijke reden hiervoor is dat vaak geen gedegen meetinstrument beschikbaar is. Ook laat de bruikbaarheid van bestaande instrumenten soms te wensen over. Daarnaast worden veel projecten niet geëvalueerd door gebrek aan tijd en financiële middelen. In de organisatiekunde zijn voldoende modellen voorhanden die kunnen worden geïmplementeerd in de zorgomgeving.

De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek bestaat uit het generaliseren van nieuwe kennis over het met behulp van zorgtechnologie verhogen van arbeidsproductiviteit met inachtneming van de kwaliteit van de zorg en van de arbeidsbeleving.

1.4 Opzet en werkwijze

Het onderzoek kent een theoretisch en een praktisch gedeelte. De probleemstelling in dit onderzoek vraagt om het belichten van een viertal concepten: zorgtechnologie, arbeidsbesparing, kwaliteit van zorg en arbeidsbeleving. Deze begrippen zijn door middel van een literatuurstudie uitgediept. Het conceptueel kader kan beschouwd worden als een samenvatting van de resultaten van deze literatuurstudie. Dit kader zal als raamwerk dienen voor het veldonderzoek. Het veldonderzoek bestaat uit individuele interviews, het tijdschrijven van medewerkers en schriftelijke enquêtes onder medewerkers (aanbodkant) van SPZ Haaglanden.

1.5 Leeswijzer

- Hoofdstuk 1: Dit hoofdstuk vormt de inleiding voor de rest van het onderzoeksverslag. In de inleiding worden de aanleiding van het onderzoek, doel- en probleemstelling, afbakening van het onderzoeksgebied, relevantie van het onderzoek en opzet beschreven.
- Hoofdstuk 2: Dit hoofdstuk beschrijft de context waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden.
- Hoofdstuk 3: In dit hoofdstuk is het theoretisch kader opgenomen. Het theoretisch kader beschrijft de onderliggende theorie die is gebruikt voor het onderzoek.
- Hoofdstuk 4: Hierin wordt beschreven welke onderzoeksmethoden zijn gevolgd.
- Hoofdstuk 5: Dit hoofdstuk is gereserveerd voor de beschrijving van de gevonden onderzoeksresultaten.
- Hoofdstuk 6: In dit hoofdstuk is de conclusie opgenomen, waarin wordt ingegaan op de beantwoording van de hoofd- en deelvragen.
- Hoofdstuk 7: In dit afsluitende hoofdstuk worden de discussie en aanbevelingen gepresenteerd. Hierin worden de theoretische en beleidsmatige implicaties van het onderzoek beschreven. Ook wordt er een kritische noot geplaatst bij het onderzoek.

2. Context

2.1 Interne arbeidsmarktsituatie

De gegevens in deze paragraaf zijn voornamelijk afkomstig uit de Nota Arbeidsmarktstrategie (Stichting Philadelphia Zorg, 2007). SPZ heeft $\pm$ 8.000 medewerkers in dienst. Op dit moment is 80% van de medewerkers binnen SPZ vrouw. Gemiddeld genomen hebben medewerkers momenteel bij SPZ een dienstverband van 50%. Dit heeft onder andere te maken met de kleinschaligheid van de meeste locaties van SPZ, waardoor weinig fulltime dienstverbanden beschikbaar zijn.

Binnen SPZ is momenteel 36% van de medewerkers 45 jaar of ouder. De verwachting is dat dit percentage de komende vijf jaar groeit naar 42%.

De gegevens ten aanzien van de in- en uitstroom van medewerkers in de organisatie, tonen aan dat de percentages in- en uitstroom van medewerkers uit de organisatie geen gelijke trend laten zien. De uitstroom van medewerkers lijkt toe te nemen ten opzichte van de instroom van medewerkers. De instroom van medewerkers lijkt te stabiliseren.

De werkgelegenheid zal in verband met de vergrijzing in de sector zorg en welzijn stijgen. Daarnaast krimpt het aanbod van arbeidskrachten doordat er minder jongeren op de arbeidsmarkt beschikbaar komen in verband met de ‘ontgroening’ van de bevolking. De combinatie van vergrijzing en de trend van uitstroom zal in de toekomst kunnen leiden tot een discrepantie tussen vraag en aanbod van personeel.

2.2 Zorgtechnologie binnen Stichting Philadelphia Zorg

De volgende definitie wordt gehanteerd door SPZ voor de term zorgtechnologie:

‘De definitie van Zorgtechnologie die gehanteerd wordt binnen SPZ is uitermate breed. Het gaat om alle technologische toepassingen en ontwikkelingen die een bijdrage leveren aan het zorgproces in de meest algemene zin. Het kan dus gaan om praktische hulpmiddelen, om technologie die de arbeidsinzet verlaagt, om technologie die de zorg (kwalitatief) verbetert, maar ook om technologie die de werkomstandigheden van de zorgverleners verbetert of technologie die de kwaliteit van leven van een zorgbehoevende verhoogt (Stichting Philadelphia Zorg, 2007)’.

Zoals uit bovenstaande omschrijving blijkt, wordt de term zorgtechnologie breed geïnterpreteerd binnen SPZ. Alle binnen de definitie vallende technologieën zijn echter niet te onderzoeken binnen de looptijd van het onderzoek, dus wordt er alleen naar het DRP-systeem gekeken.

2.3 Dienst Rooster Planning systeem

In het verleden bestond een instelling vaak uit een gecentreerde wooneenheid, terwijl nu de zorg meer versnipperd is over verschillende complexen en vormen van zorg. Steeds meer wordt klein-

schaligheid nagestreefd. Dit heeft vergaande gevolgen voor het roosteren van medewerkers. SPZ zet als zorgtechnologie het DRP-systeem in. Dit planning-/roosterpakket zal mogelijk bewerkstelligen dat een kostenbesparing wordt bereikt.

SPZ heeft verschillende redenen om anders te gaan roosteren. De bezuinigingen vanuit de overheid en de marktwerking van de zorg hebben tot gevolg dat de inkomstenstroom per cliënt lager wordt en dat er afgerekend wordt op geleverde prestaties (uren). De overheid wil namelijk naar een financieringssysteem toe waar betaald wordt voor geleverde prestaties in plaats van per plek/persoon.

Deze vorm van betalen zorgt ervoor dat het financiële risico voor SPZ groter wordt. Om deze reden dient het aantal gewerkte uren te worden beheerst. Onder werkelijk gewerkt uren worden de declarabele uren verstaan. Deze dienen, uitgedrukt in een percentage van het totale aantal uren, zo hoog mogelijk te zijn. Aan de andere kant dient het aantal niet declarabele uren, uitgedrukt in een percentage van het totale aantal uren, zo laag mogelijk te zijn.

Ook moet worden voorkomen dat er onnodig medewerkers aan het werk zijn. Door bijvoorbeeld overlap van uren van medewerkers zoveel mogelijk te beperken en het minimum aantal medewerkers in te zetten op basis van de uit te voeren activiteiten. En ook de activiteiten laten uitvoeren door degenen die daarvoor zijn getraind (substitutie van taken) en niet door medewerkers die te duur zijn. Een ander belangrijk punt in de beheersing van de uren is dat er zo min mogelijk wordt gewerkt met inhuur van personeel (meestal 50% duurder). Dit betekent dus een beperking van de inzet van uitzendkrachten.

Ten slotte dient ook te worden bewaakt dat niet meer uren worden geleverd dan op basis van het ZZP is afgesproken. Alle genoemde redenen maken het noodzakelijk dat SPZ heel strak gaat plannen en roosteren.

In 2005 is een poging gedaan om het DRP-systeem organisatiebreed in te voeren. De implementatie hiervan was destijds niet overal een onverdeeld succes. In die tijd werd namelijk aan elke locatiemanager de opdracht gegeven om het systeem naar eigen inzicht te implementeren. Elke regio kreeg daardoor een eigen procesverloop met verschillende resultaten. Resultaat hiervan was dat geen enkele regio een identiek DRP-systeem had.

Op dit moment wordt het DRP-systeem opnieuw en uniform ingevoerd bij de verschillende regio's en bijbehorende locaties van Philadelphia. Dit onder de naam van het project 'DRP Herstel'. De organisatie verwacht een efficiencyverbetering van € 8 - € 12 miljoen binnen heel SPZ. Dit is gebaseerd op een raming van Sietse Lugtenburg, projectleider van het DRP Herstel project. De organisatie kampt met een begrotings- en exploitatietekort. DRP kan bijdragen aan het verkleinen van dit tekort door bijvoorbeeld medewerkers efficiënter in te zetten.

DRP kan voor SPZ betekenen dat het primaire proces dusdanig wordt ondersteund dat de geïndiceerde zorg goed wordt gepland en dat de geleverde zorg goed kan worden verantwoord (Lugtenburg, 2007).

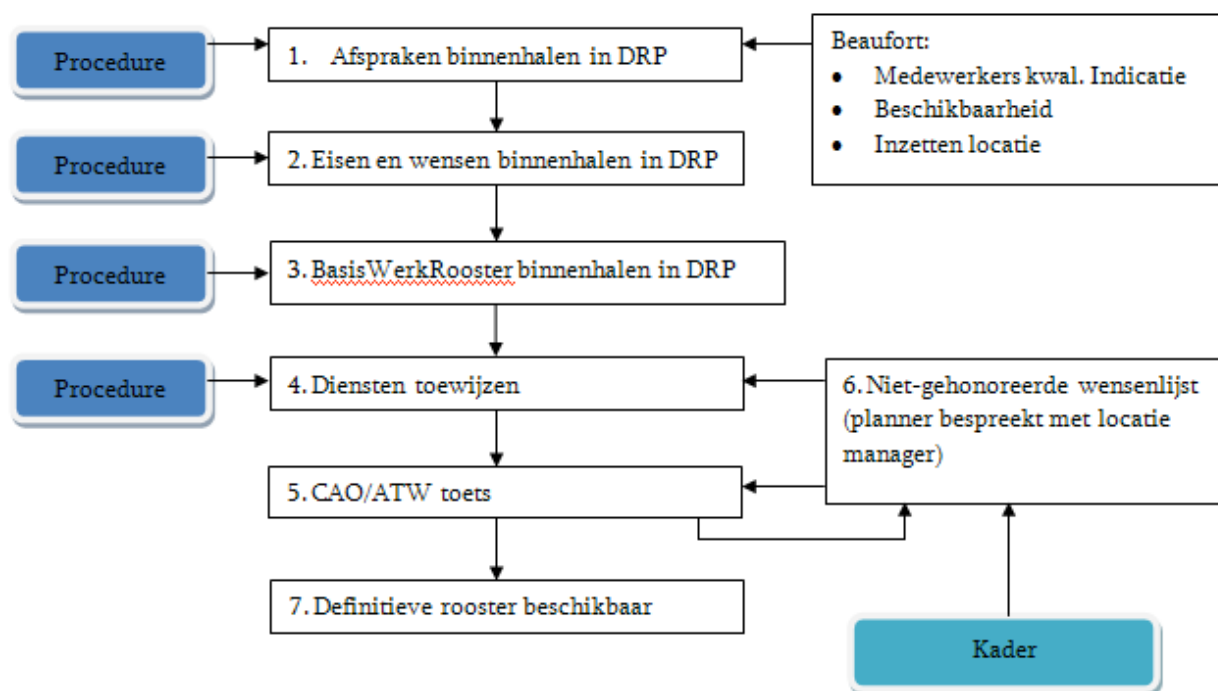
DRP regio Haaglanden

In regio Haaglanden van SPZ is in november 2008 het 'DRP Herstel' project geïmplementeerd.

In het oude roostersysteem werd het rooster gemaakt door één medewerker per locatie die deze taak naast zijn of haar reguliere werkzaamheden deed. Deze persoon kon de locatiemanager, coördinerend begeleider of een medewerker van de administratie zijn. Het rooster was gebaseerd op het aantal personeelsleden en uren. De medewerkers keken vervolgens in hun individuele agenda's en pasten het rooster aan naar hun wensen. Een locatiemanager kon niet sturen op het rooster, aangezien pas aan het eind van de maand de urenregistratie plaatsvond.

Met de invoering van het project 'DRP Herstel' wordt er een nieuwe werkwijze geïntroduceerd voor het plannen van medewerkers. Hierbij wordt gekeken naar de geïndiceerde zorg en wordt vervolgens gepland. De medewerkers dienen zich te houden aan het rooster dat wordt vervaardigd door het systeem. Veel medewerkers hebben eisen en wensen. Van beide kan een bepaald aantal worden ingevoerd in het DRP-systeem. Belangrijk aspect bij het 'DRP Herstel' is dat er 'schoon' kan worden geroosterd, met andere woorden: dat er wordt geroosterd conform de CAO regels. Medewerkers kunnen onderling met elkaar diensten ruilen, maar alleen diensten van een gelijk aantal uren. Deze aanvraag dient ruim van te voren te worden aangegeven door de medewerkers.

In figuur 2.1 is de nieuwe werkwijze schematisch weergegeven.



Figuur 2.1: Schematische weergave van nieuwe werkwijze plannen met DRP.

Besparing DRP

SPZ verwacht op vijf verschillende manieren arbeidsbesparing te genereren via het DRP Herstel project. Deze manieren worden onderstaand toegelicht.

1. Eén manier is om het verschil tussen bruto en netto kosten te verkleinen. Door minder tijd toe te kennen voor indirecte uren (zoals scholing en overleg) kan het aantal netto uren worden verhoogd. Hierdoor stijgt automatisch het aantal declarabele uren.
2. Via het DRP-systeem kunnen medewerkers ‘strakker’ achter elkaar worden ingeroosterd. Dit voorkomt overlapping in de uren en dus kostenbesparing.
3. Op dit moment wordt er veel sociaal gepland binnen regio Haaglanden. Via het DRP-systeem wordt centraal geroosterd en hierdoor zal een voorkeursbehandeling van bepaalde medewerkers dan ook verdwijnen.
4. Er wordt binnen het project een arbeidspool met invalkrachten ingesteld. Door deze pool zal de noodzaak van het inzetten van (duurdere) uitzendkrachten verminderen.
5. Op dit moment neemt één persoon per locatie de planningstaken voor zijn of haar rekening. Het is de bedoeling dat er één centraal roosterbureau komt dat de taken van de verschillende roosteraars op de locaties gaat overnemen.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal de theorie worden besproken die relevant is voor deze studie. De belangrijkste begrippen uit de probleemstelling zullen worden toegelicht middels een literatuurverkenning. Op basis van deze begripsverheldering wordt vervolgens een onderzoekskader geschetst.

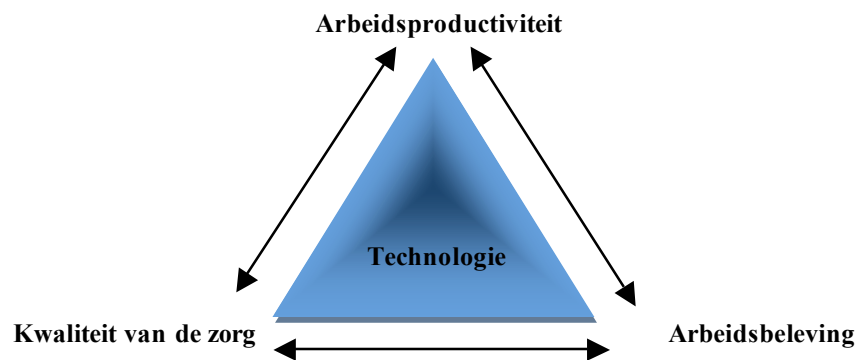
3.1 Inleiding

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit door middel van zorgtechnologie binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg kan niet los worden gezien van het aspect kwaliteit. Kwaliteit van de zorg en arbeidsproductiviteit zijn in de gezondheidszorg onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit kan worden verklaard uit het feit dat er wordt gewerkt aan de gezondheid en het welbevinden van mensen en dat werknemers vaak zeer betrokken zijn bij hun werk.

Smit en De Kleijn (2007) geven aan dat naast aandacht voor de kwaliteit van de arbeid, het effect van de innovaties op de kwaliteit van zorg ook een cruciale factor is. Als de tijd aan verleende zorg in minuten daalt, kan dat duiden op een stijging van de arbeidsproductiviteit, maar immers ook op zorg van een lagere kwaliteit. ‘De kunst is de arbeidsproductiviteit te laten stijgen zonder negatieve consequenties voor de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid (Smit & Kleijn, 2007)’.

Naast de kwaliteit van de zorg is ook arbeidsbeleving een belangrijk punt. De werkdruk binnen de zorg ligt hoog en er ontstaat een tekort aan geschoolde medewerkers.

Een optimale situatie zou zijn om de drie hierboven genoemde aspecten alle te meten. Het meten van deze aspecten tezamen is een redelijk nieuw fenomeen binnen de zorg. En dit brengt dan ook de nodige problemen met zich mee. Een integraal model of theorieën voor het meten van alle drie de aspecten zijn tot nu toe niet gevonden in de literatuur. Los van elkaar zijn zij wel te meten. Een schematisch overzicht van de drie aspecten komt terug in figuur 3.1.



Figuur 3.1: Schematische weergave van drie hoofdaspecten van het onderzoek.

3.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg

Ten eerste wordt de term ‘verstandelijk gehandicapt’ verduidelijkt. De American Association on Mental Retardation verstaat hier het volgende onder:

‘Een substantiële beperking in het huidige functioneren, dat wordt gekenmerkt door een significante benedengemiddeld intellectueel functioneren dat gelijktijdig bestaat met daarmee samenhangende beperkingen in twee of meer van de volgende van toepassing zijnde adaptieve vaardigheidsgebieden: communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, gebruikmaken van de samenleving, zelfbepaling, gezondheid en veiligheid, functionele schoolse vaardigheden, ontspanning en werken (Luckasson et al., 2002)’.

De verstandelijk gehandicaptensector heeft een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt, sinds de oprichting van het eerste specifieke instituut door arts Guggenbühl. Dit was Abendberg bij Interlaken (Zwitserland) in 1839 (Gennep, 2000). Belangrijk thema in de ontwikkeling van deze sector was de normalisatiebeweging. Deze beweging had haar wortels in de Scandinavische verzorgingsstaten. In 1943 werd door deze staten een regeringscommissie samengesteld. Hun voornaamste taak bestond uit het doen van voorstellen met betrekking tot adequate zorg en dienstverlening aan personen met een licht verstandelijke handicap, opdat zij een goed bestaan zouden kunnen leiden. De commissie deed een voorstel dat de licht verstandelijk gehandicapte in principe, voor zover mogelijk, opgenomen zou moeten worden in het gewone systeem van sociale dienstverlening (Gennep, 2000). ‘De commissie ging ervan uit dat ‘normalisatie’ van de woonomstandigheden, het onderwijs, de arbeid etc. positieve gevolgen zou hebben voor de betrokken personen met een licht verstandelijke handicap. Dit ‘normalisatieprincipe’ hield onder andere in dat speciale instituten een uitzondering zouden moeten blijven (Gennep, 2000)’.

Greenspan (1999) onderscheidt drie paradigma’s met betrekking tot de verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze drie paradigma’s geven een duidelijk beeld van de stadia van ontwikkeling binnen de gehandicaptenzorg.

1. Het institutionele model. Binnen dit model worden mensen met een verstandelijke handicap beschouwd als een soort semimenselijke species met ‘dwerghersenen’, een dierlijk organisme met laag intellect, maar fysiek sterk – de hedendaagse wilde.
2. Het ‘community’model (1970-1995). ‘Dit model is gebaseerd op een ontwikkelingsvisie, die door Greenspan wordt omschreven als de mogelijkheid van betekenisvolle groei naar semi-onafhankelijkheid. Deze visie resulteerde in een aantal veranderingen van betekenis:
 - a. geen kinderen meer in instituten opnemen en het aantal volwassenen in instituten geleidelijk verminderen;
 - b. opzetten van kleine woonvoorzieningen in de samenleving, namelijk groepshuizen met (soms aanzienlijk) minder dan tien bewoners, met begeleiders die nauw toezicht houden;
 - c. opzetten van speciale dagvoorzieningen, bijvoorbeeld beschutte werkplaatsen onder begeleiding van gespecialiseerd personeel (Greenspan, 1999)’.
3. Het ondersteuningsmodel. ‘Dit is gebaseerd op de visie dat er geen rollen of activiteiten zijn, waarin personen met een verstandelijke handicap niet zouden kunnen participeren en dat hun mogelijkheden om dit met succes te doen groter zijn dan vroeger werd aangenomen. Deze visie is gebaseerd op de filosofie van ‘volledige inclusie’, voortvloeiend uit het normalisatieprincipe (Greenspan, 1999)’.

De hierboven beschreven ontwikkelingen laten zien dat er sprake is van deinstitutionalisering en normalisering van de verstandelijk gehandicaptensector. Dit proces is vandaag de dag nog steeds gaande. De hedendaagse verstandelijk gehandicaptensector is een belangrijke speler in het zorgveld in Nederland. Onder meer vanwege het groot aantal gebruikers van voorzieningen en door het maatschappelijk belang dat hieraan wordt gehecht (Egging & Blank, 2001). Een relatief groot gedeelte van de uitgaven aan de zorg wordt besteed binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. In 2003 werd er zo’n € 4,8 miljard uitgegeven binnen deze sector. Dit komt neer op 8.3% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007).

De cliënten die de verstandelijk gehandicaptenzorg heeft, hebben vaak langdurige en intensieve zorg nodig. Wél is onderscheid te maken in zorgzwaarte per cliënt. Zo wordt in het algemeen verondersteld dat ouderen een grotere zorgbehoefte hebben dan jongeren. Dit is ook van toepassing op ernstig gehandicapten, bij wie het verouderingsproces eerder begint dan bij niet of lichter gehandicapten (Kwartel, Vliet, Sliggers, Barnard & Laeven, 1998). Deze intensieve vorm van zorg draagt ertoe bij dat er veel arbeid moet worden ingezet in de verstandelijk gehandicaptensector. In de sector is op dit moment een tekort aan geschoold personeel. Dit probleem zal in de komende jaren alleen maar groter worden. Een gedeelte van de oplossing ligt mogelijk in de inzet van zorgtechnologie. Deze inzet kan er namelijk toe leiden dat cliënten die thuis wonen langer zelfstandig kunnen blijven wonen en dat bepaalde taken van zorgverleners worden overgenomen of ondersteund met behulp van technologieën. Er gaat dan ook redelijk wat geld om in de verstandelijk gehandicaptenzorg dat wordt besteed aan de aanschaf en inzet van zorgtechnologie.

3.3 Inzet zorgtechnologie

Er wordt veel verwacht van zorgtechnologie in brede zin. Verschillende zorginstellingen verwachten een grote efficiencyslag bij de inzet van zorgtechnologie. De Haas-de Vries en Jochemsen (2007) zeggen hier het volgende over: ‘partijen in de zorgsector gaan er in het algemeen van uit dat zorgtechnologie, zoals telezorg, telegeneeskunde, thuiszorg-technologie en slim-wonen-technologie, daaraan een bijdrage zal moeten leveren door mensen langer zelfstandig en minder zorgafhankelijk te maken en de doelmatigheid van de zorg te vergroten’.

Het begrip zorgtechnologie kan op een ruime manier worden geïnterpreteerd. Het kan bijvoorbeeld de inzet zijn van technologie in de zorg. Zoals ICT-systemen die worden gebruikt om administratieve processen te ondersteunen in de zorg. Maar ook domotica.

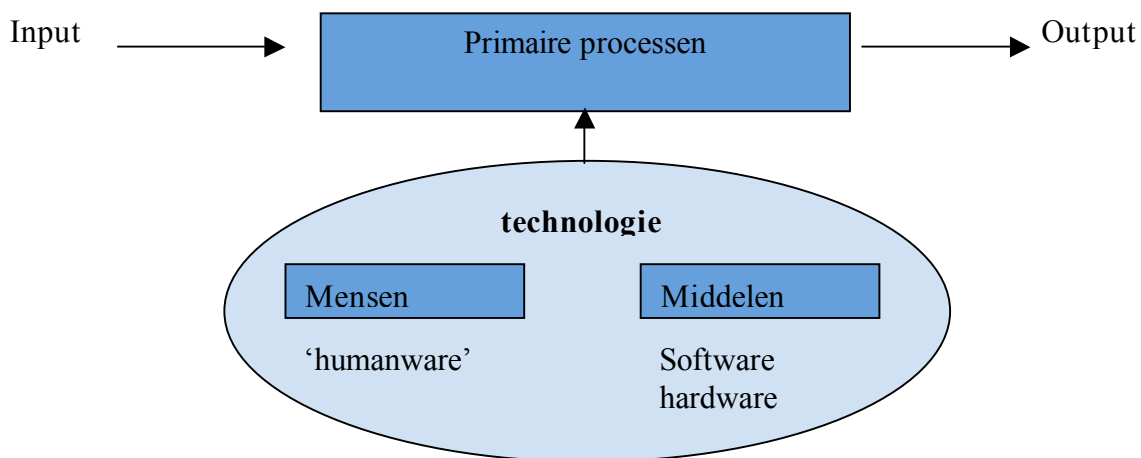
‘Domotica is een vorm van transmurale thuiszorgtechnologie. Het is min of meer woninggebonden technologie die het voor ouderen en mensen met functiebeperkingen mogelijk maakt om langer, comfortabeler, veiliger en zelfstandiger thuis te blijven wonen. Domotica is het “werkende huis” (Haas-de Vries en Jochemsen, 2007).

Thesaurus Zorg (2009) hanteert de volgende definitie voor zorgtechnologie:

‘Technologie om de kwaliteit of efficiency van zorg te verbeteren.’

De definitie sluit aan bij die van SPZ; zij zien zorgtechnologie namelijk ook als een breed begrip. Het DRP-systeem is dan een voorbeeld van een zorgtechnologie en niet van domotica. Het heeft de insteek om de efficiëntie van de zorg te verbeteren. Domotica beïnvloedt de cliënten zelf, terwijl zorgtechnologie ook alleen effect kan hebben op de medewerkers.

In de centrale onderzoeksvraag wordt de inzet van zorgtechnologie genoemd, versmald tot het DRP-systeem. Daarom zal er binnen deze paragraaf stil worden gestaan bij de plaatsbepaling van de inzet van zorgtechnologie. Deze heeft namelijk invloed op de primaire processen. Boer en Krabbendam (1993) hebben dit schematisch weergegeven in een procesmodel van organisaties. In figuur 3.2 is een gedeelte van dit model opgenomen.



Figuur 3.2: Een gedeelte uit het procesmodel van organisaties. Bron: Boer & Krabbendam (1993).

Het model van Boer en Krabbendam laat op een heldere wijze zien hoe de inzet van technologie inspeelt op de primaire processen. De technologie wordt uitgesplitst in mensen en middelen. Het model dient als basis voor het onderzoekskader van onderhavige studie.

Uiteindelijk moet de inzet van technologie leiden tot kostenbesparing. Dit kan omdat de inzet van technologie een besparing kan opleveren op de kosten van arbeid, oftewel arbeidsbesparing. Anders gezegd: de zorgtechnologie kan bijdragen aan het verhogen van de arbeidsproductiviteit.

3.4 Arbeidsproductiviteit

Door middel van de inzet van technologie kunnen de doelmatigheid en efficiëntie van de inzet van arbeid worden verhoogd, met als uiteindelijk doel de arbeidsproductiviteit te verhogen.

Allereerst wordt het begrip arbeidsproductiviteit verduidelijkt. De volgende definitie van De Kleijn, Campagne, Paagman & Smit (2007) geeft een heldere omschrijving van het begrip:

‘Arbeidsproductiviteit is de verhouding van de totale productie en de hoeveelheid benodigde arbeid om deze totale productie te bewerkstelligen’.

Deze definitie lijkt op het eerste oog simpel maar dit is volgens De Kleijn et al. (2005) zeker niet het geval. ‘Zowel de teller (productie) als de noemer (arbeid) van arbeidsproductiviteit zijn heterogeen: wezenlijk verschillende producten, wezenlijk verschillende soorten arbeid (Van Hilten, Kleima, Langenberg & Warns, 2005)’.

Het is complexer om de arbeidsproductiviteit te bepalen in de zorgsector dan bijvoorbeeld in een fabriek. Het is namelijk vaak moeilijker om producteenheden te bepalen in de zorg. De Kleijn et al. (2007) zeggen hier het volgende over: ‘omdat in de zorg de productie niet vastgesteld wordt met vastomlijnde producten die we kunnen tellen, is het meten van arbeidsproductiviteit een probleem’. Ook is de kwaliteit van de dienst in de zorg van (levens)belang. Er wordt namelijk met mensen gewerkt en dan ook nog met cliënten die een relatief kwetsbare groep vormen. Dit is dan

ook de reden waarom het belangrijk is om tegelijkertijd met de arbeidsproductiviteit ook de kwaliteit te toetsen. Lapré, Rutten en Schut (2001, p. 122) zeggen hier het volgende over: ‘door technologische ontwikkelingen kan de optimale verhouding tussen de ingezette middelen in de loop van de tijd veranderen. Bovendien kunnen technologische ontwikkelingen ook de kwaliteit van de output beïnvloeden’.

Aangezien het onderzoek zich afspeelt in het veld van de gezondheidszorg, moet er ook worden stilgestaan bij het budget waarmee deze instellingen werken. Verstandelijk gehandicapteninstellingen gaan hun inkomsten ontvangen uit de indicatiestellingen van de zorgkantoren, door middel van ZZP's. Albeda (2004) benadrukt dat rekening moet worden gehouden met het budget als gekeken wordt naar efficiëntie. Het budget krijgt dan ook een belangrijke plek in het onderzoekskader van deze studie.

3.4.1 Arbeidsproductiviteit verstandelijk gehandicaptenzorg

Allereerst wordt een definitie gegeven van arbeidsbesparing in de gezondheidszorg:

‘Met minder uren inzet van professionele zorgmedewerkers evenveel patiënten kwalitatief dezelfde zorg bieden (Goris & Mutsaers, 2008)’.

Uit deze definitie blijkt dat besparing vooral moet opleveren dat het aantal uren zorg wordt teruggedrongen, maar wel met behoud van dezelfde kwaliteit van zorg.

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit kan op verschillende manieren worden bewerkstelligd. De Kleijn et al. (2007) zeggen hier het volgende over:

‘Een verbetering van de arbeidsproductiviteit is op verschillende manieren te realiseren:

- door de inzet en het gebruik van nieuwe technologie;
- door een andere organisatie van de werkzaamheden of deelprocessen;
- door een andere werkwijze en/of door een andere inzet van het personeel’.

SPZ wil middels het inzetten van zorgtechnologie het rooster en planningsproces aanpassen om zo de inzet van personeel te veranderen. Hierbij maken ze dus gebruik van alledrie de manieren van De Kleijn et al. (2007) om de arbeidsproductiviteit te verhogen.

Het veranderen van de organisatie van werkzaamheden kan plaatsvinden middels taakverschuiving. Een mogelijkheid om arbeidsproductiviteit te verhogen, is om te kijken naar taken die zorgprofessionals hebben. Er kan dan worden gekeken of de technologie zorgt voor taakverschuiving. Smit en De Kleijn (2002) verstaan hieronder het volgende: ‘taakverschuiving heeft meestal betrekking op het afsplitsen van bestaande zorgverleningstaken met een relatief lage moeilijkheidsgraad of risicoprofiel van iemands takenpakket en het overdragen van deze taken aan andere functionarissen met een lager opleidingsniveau’.

Voor dit onderzoek is de verschuiving van indirecte naar directe taken relevant. Onder directe taken worden alle taken verstaan die direct bijdragen aan het leveren van primaire zorg en die

daarmee dus ook declarabel zijn bij de zorgkantoren. Alle resterende taken zijn onder te brengen onder indirecte taken.

Binnen deze studie is ervoor gekozen gebruik te maken van de taken zoals omschreven in het rapport ‘Landelijk Competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg’ (Arensbergen & Liefhebber, 2005, p. 26). In deze rapportage staan de beroepstaken helder omschreven en deze worden landelijk erkend. Cliëntgebonden taken zijn dan synoniem aan directe taken. De overige taken kunnen dan automatisch worden geschaard onder de indirecte taken. In tabel 2.2 zijn de taken opgesplitst in cliëntgebonden, organisatiegebonden en professiegebonden taken.

SPZ ziet graag dat het verhogen van de productiviteit leidt tot de volgende twee zaken.

- Er kunnen meer cliënten worden geholpen in dezelfde tijd.
- Er worden relatief meer uren gestoken in het leveren van primaire zorg en minder in de indirecte taken.

Om met name het laatste punt te kunnen achterhalen, kan worden gekeken naar de taken die de medewerkers vervullen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Om zodoende te bezien of er een verschuiving plaatsvindt van de indirecte taken naar de primaire zorgtaken. Daarbij moet worden gekeken welke gemaakte uren declarabel zijn voor de organisatie. Oftewel waarop het budget is gebaseerd dat SPZ krijgt via de Zorgkantoren.

Taken primair proces gehandicaptenzorg

Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn verschillende taken te onderscheiden. De taken die in het Landelijk Competentieprofiel Gehandicaptenzorg (Arensbergen & Liefhebber, 2005, p. 26) worden beschreven, zijn dezelfde als SPZ hanteert. Deze taken zijn op de volgende bladzijde in tabel 3.1 schematisch weergegeven.

Tabel 3.1: Taken verstandelijk gehandicaptenzorg, uitgesplitst naar cliëntgebonden, organisatiegebonden en professiegebonden taken.

Taken	Omschrijving
<i>Kerntaken</i>	
Cliëntgebonden taken	1. Inventariseren van de woon- en leefsituatie en verhelderen van de vraag van de cliënt 2. Opstellen van een begeleidingsplan voor en/of met de cliënt 3. Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het realiseren van de doelstellingen uit het begeleidingsplan en zo nodig taken overnemen. Het gaat om de volgende leefgebieden: • Persoonlijke verzorging en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen • Wonen en huishouden • Werk, scholing en zinvolle dagbesteding • Sociale omgeving en contacten leggen en onderhouden • (Dag)activiteiten 4. Evalueren en bijstellen van het begeleidingsplan 5. Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het voeren van de regie over zijn leven en zo nodig het systeem van de cliënt activeren en ondersteunen bij het voeren van de regie, dan wel de regie overnemen.
<i>Overige taken</i>	
Organisatiegebonden taken	6. Samenwerken intern en extern 7. Meedenken en meewerken aan verbetering van het hulpverleningsaanbod aan de cliënt 8. Bijdragen aan de organisatie en het beheer van de werkeenheid of organisatie-eenheid
Professiegebonden taken	9. Bijhouden van de eigen deskundigheid en ontwikkelingen op het vakgebied

Het is belangrijk om deze taken mee te nemen in het onderzoek. Door deze taakbenoeming kunnen werkzaamheden worden gecategoriseerd.

3.4.2 Meten arbeidsproductiviteit

Zoals al eerder genoemd in dit hoofdstuk, is het meten van de arbeidsproductiviteit in de zorg een complexe aangelegenheid.

De Kleijn, Campagne, Paagman en Smit (2007) benoemen verschillende manieren om arbeidsproductiviteit te berekenen. De productie in de zorg is namelijk niet in vastomlijnde producten te tellen. Dat is dan ook de reden waarom de productie in de zorg op verschillende andere manieren in kaart wordt gebracht. Tabel 3.2 geeft een overzicht van deze verschillende manieren.

Tabel 3.2: Overzicht van de verschillende productiviteitsbegrippen: outcome, output en throughput; inclusief toelichting.

Productiviteitsbegrip	Toelichting
Outcome	De <i>outcome</i> is de meest ideale productiemaatstaf. Met de outcome wordt aangegeven welke gezondheidswinst is bereikt. Deze wordt meestal uitgedrukt in QUALY's (voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren). Er is sprake van productiviteitsverbetering, als er meer gezondheid wordt gewonnen. Helaas is dit in de praktijk lastig te meten.
Output	Daarom werkt men in de praktijk vaak met de term <i>output</i> . De arbeidsproductiviteit kan dan gemeten worden als het aantal behandelde patiënten per contractueel arbeidsuur. Het grootste probleem bij het gebruik van de term output is dat de zorgzwaarte per patiënt sterk kan verschillen.
Throughput	Een mogelijkheid om met dit probleem om te gaan, is om te werken met de <i>throughput</i> . Hierbij wordt niet meer de complete behandeling van de patiënt als uitgangspunt genomen. Men gaat uit van specifieke verrichtingen, bijvoorbeeld opname, operatie of aantal uren thuiszorg. Bezwaar hierbij is dat verrichtingen die niet bijdragen aan gezondheid of welzijn toch als 'productief' bestempeld worden (Groot, Kruytzer & Maljers, 2005).

De outcome is minder relevant voor het onderzoek. Deze meet immers de behaalde gezondheidswinst. Terwijl de focus moet liggen op het verhogen van efficiency. De output zou in de toekomst kunnen worden bepaald met behulp van de ZZP's. Het kijken naar de throughput blijft dan over. Hier zal dan ook op worden gefocust binnen dit onderzoek.

TNO methodiek

Voor dit theoretisch kader zijn zowel verschillende bronnen geraadpleegd over arbeidsproductiviteit in het algemeen als specifiek voor de zorg, kwaliteit van de zorg en arbeidsbeleving. De meeste bestaande theorieën/instrumenten over arbeidsproductiviteit zijn niet toereikend voor deze studie. Zij meten namelijk geen van alle de effecten van innovaties op arbeidsproductiviteit in de zorg.

Het instrument van TNO, dat door De Kleijn et al. (2007) is ontwikkeld, kan dienstdoen als basisinstrument voor dit onderzoek. Het voldoet namelijk aan de volgende criteria: het meet arbeidsproductiviteit, is speciaal ontwikkeld voor de zorg en is bedoeld om het effect van zorgtechnologie te meten. Dit instrument zal dan ook getoetst gaan worden in de veldstudie van deze studie. Voor een uitgebreide beschrijving van het instrument wordt verwezen naar de bijlagen.

Om de theoretische basis van de meetinstrumenten te achterhalen, heeft via e-mail correspondentie plaatsgevonden met een senior adviseur van TNO. Zijn antwoordmail is opgenomen in de bijlagen van deze rapportage.

De instrumenten vinden hun theoretische basis in het Activity-Based Costing (ABC). ‘ABC is een methode die kosten toerekent (verbijzondert) aan kostendragers op basis van een oorzakelijk verband tussen producten en de voor deze producten benodigde activiteiten. Deze methode verlangt een grondig onderzoek naar activiteiten, die noodzakelijk zijn voor de totstandkoming van de producten (en diensten), zodat de belangrijkste kostenveroorzaker (cost driver) per soort activiteit bepaald kan worden. Cost drivers kunnen beschouwd worden als maatstaven op basis waarvan het verbruik van een activiteit gemeten kan worden. (Tillema, 2002, p. 38)’.

3.5 Kwaliteit van de zorg

Naast de arbeidsproductiviteit is het tevens noodzakelijk om aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving. De Kleijn et al. (2007) onderstrepen dit in een literatuuronderzoek dat is uitgevoerd door TNO. Volgens deze studie moet op de volgende punten duidelijkheid ontstaan bij het bepalen van de productiviteit in de zorg:

1. de medisch inhoudelijke kwaliteit;
2. de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening;
3. de benodigde capaciteit;
4. de kosteneffectiviteit en
5. de kwaliteit van de arbeid.

De Haan (2004) benadrukt dat het aantal verpleegkundigen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten is gedaald in Nederland. Dit is gedeeltelijk te wijten aan de normalisatie in de verstandelijk gehandicaptensector. Het werk dat traditioneel werd uitgevoerd door verpleegkundigen werd overgenomen door sociaal werkers (De Haan, 2004). De ontwikkeling is terug te zien bij SPZ in de regio Haaglanden. Er zijn veel meer begeleiders werkzaam dan verpleegkundigen. Hierdoor speelt de evaluatie van het medisch inhoudelijk aspect een minder grote rol. De nadruk zal dan ook meer liggen op de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.

Als de tijd aan verleende zorg in minuten daalt, kan dat duiden op een stijging van de arbeidsproductiviteit, maar immers ook op zorg van een lagere kwaliteit. ‘De kunst is de arbeidsproductiviteit te laten stijgen zonder negatieve consequenties voor de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid (Smit & De Kleijn, 2007)’.

Ook Bekkers, Simons, Rietman en De Rooij (2005) onderschrijven dit: ‘het innovatiepotentieel van ICT kan worden ingezet om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Daarbij moet (met name in de dienstensector) niet alleen worden gekeken naar de kwantiteit, maar juist ook naar de kwaliteit van de zorg’.

Binnen deze studie zal de volgende definitie over de kwaliteit van de zorg uit het visiedocument ‘Normen voor Verantwoorde zorg’ worden gehanteerd.

“Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt (Norm Verantwoorde zorg, 2005, p.4)”.

Meten kwaliteit van de zorg

Bij het meten van de kwaliteit van de zorg kan worden gebruikgemaakt van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Dit kwaliteitskader gehandicaptenzorg is ontwikkeld door de volgende organisaties: cliëntenorganisaties (FvO, CG-raad, LFB), zorgaanbieders (VGN), beroepsorganisaties (NVO, NIP, NVAVG, V&VN, Phorza), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De volgende twaalf domeinen en thema's benoemen zij voor het meten van de kwaliteit van zorg binnen de VG-zorg.

1. Zorgafspraken en ondersteuningsplan
2. Zelfbepaling
3. Belangen
4. Lichamelijk welbevinden
5. Psychisch welbevinden
6. Persoonlijke ontwikkeling
7. Interpersoonlijke relaties
8. Participatie en toegang tot de samenleving
9. Materieel welzijn
10. Cliëntveiligheid
11. Kwaliteit van organisatie en medewerkers
12. Samenhang in zorg en ondersteuning

De kwaliteitsaspecten zoals genoemd in het TNO instrument zijn afgeleid van het 'Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg'. Wat er precies onder deze aspecten wordt verstaan, kan worden teruggevonden in de bijlagen.

3.6 Arbeidsbeleving

Naast de kwaliteit van de zorg, is het belangrijk stil te staan bij de arbeidsbeleving van de medewerkers. De kwaliteit van de zorg valt of staat namelijk met de inzet van de medewerkers. Bij het implementeren van nieuwe technologieën moet dan ook worden gekeken naar de tevredenheid van medewerkers. In het volgende hoofdstuk wordt naast de beschrijving van een meetinstrument voor de arbeidsproductiviteit ook aandacht besteed aan het meetbaar maken van de arbeidsbeleving.

Het TNO instrument bevraagt niet het onderdeel arbeidsbeleving, terwijl dit één van de belangrijkste onderzoeksconcepten is. Daarom is er binnen de literatuur verder gezocht naar een apart onderzoeksinstrument voor het meten van arbeidsbeleving.

Van Veldhoven en Meijman (1994) hebben op basis van een analyse van vijftig bestaande meetinstrumenten op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress de ‘Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)’ ontwikkeld.

‘In deze vijftig meetinstrumenten zochten zij naar die begrippen die binnen het vakgebied de grootste gemene deler vormen voor psychosociale arbeidsbelasting en werkstress. Deze begrippen bleken goed aan te sluiten bij theoretische modellen uit de belasting-belastbaarheid traditie. In deze modellen wordt stress gezien als het resultaat van de discrepantie tussen de eisen van het werk en het vermogen van de werknemer om aan deze eisen te voldoen. Op het moment dat de eisen van het werk (de belasting) het vermogen van de werknemer (de belastbaarheid) te boven gaan, ontstaan er problemen (Van Veldhoven, Meijman, Broersen & Fortuin, 2002)’.

De VBBA meet werkstress en de verschillende oorzaken hiervan. De vragenlijst is voor het merendeel opgebouwd uit zogenaamde schalen: verschillende bij elkaar horende vragen die samen een probleemgebied bestrijken (Van Veldhoven et al., 2002).

Er is gekozen voor de VBBA vragenlijst omdat deze uitvoerig is geëvalueerd en betrouwbaar en valide is bevonden. Dit blijkt uit de volgende gegevens:

“In verschillende publicaties is de VBBA door derden beoordeeld op een aantal criteria. Hier wordt één van deze publicaties behandeld: de ‘Documentatie van Tests en Testresearch’. Daarin zijn de conclusies opgenomen van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) uit 1999 (Evers, van Vliet-Mulder & Groot 2000a en 2000b). De COTAN is een onderdeel van het NIP dat alle psychologische tests beoordeelt op een aantal vastgestelde criteria (Van Veldhoven et al., 2002)”.

In tabel 3.3 is de beoordeling van de VBBA uit 1999 opgenomen.

Tabel 3.3: beoordeling VBBA (1999)

Criterium	Resultaat
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Voldoende
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Onvoldoende
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Voldoende

De VBBA hanteert zeven verschillende thema’s. Binnen deze thema’s zijn verschillende schalen te onderscheiden. In tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van de thema’s en bijbehorende schalen.

Tabel 3.4: Thema's en schalen zoals gehanteerd door de VVBA.

Thema	Schaal
<i>Oorzaken</i>	
Taakeisen	werktempo en werkhoeveelheid emotionele belasting lichamelijke inspanning geestelijke belasting
Veelzijdigheid	afwisseling in het werk leermogelijkheden
Regelmogelijkheden	zelfstandigheid in het werk inspraak contactmogelijkheden
Sociaal-organisatorische aspecten	relaties met collega's relaties met directe leiding problemen met de taak onduidelijkheid over de taak verandering in de taak informatie communicatie
Arbeidsvoorwaarden	toekomstonzekerheid beloning loopbaanmogelijkheden
<i>Gevolgen</i>	
Welbevinden	plezier in het werk betrokkenheid bij de organisatie verandering van baan
Spanning	herstelbehoefte piekeren emotionele reacties tijdens het werk vermoeidheid tijdens het werk slaapklachten

In de veldstudie zullen de relevante thema's worden bevraagd.

3.7 Inbaarheid

Tot slot moet er worden stilgestaan bij het begrip 'inbaarheid' als er wordt gekeken naar arbeidsbesparing. De vraag is wat er uiteindelijk gedaan wordt met de bespaarde tijd op de werkvloer.

Volgens Goris en Mutsaers (2008) kan men vrijgekomen werktijd onder andere op de volgende wijzen inzetten:

- 'Patiëntgericht en kwantitatief: wachtlijst laten doorstromen, meer patiënten in zorg.

Dit is tevens organisatiegericht: men kan dan meer (zorg)handelingen verkopen aan zorginkopers.

- Patiëntgericht en kwalitatief: in staat zijn om zorg te (blijven) leveren conform de normen van verantwoorde zorg.
- Werkergericht: meer rust in het werk.
- Werkergericht: om-, her- en bijscholing nu mogelijk.
- Organizatiegericht: optimalisatie van het zorgverleningsproces en systeemveranderingen’.

Een onderwerp dat samenhangt met de kwaliteit van de zorg is de productiviteitsparadox. Smit en De Kleijn (2007) beschrijven deze paradox als volgt: ‘veelal is over het effect van innovaties op de arbeidsproductiviteit nog weinig bekend. Dit komt mede omdat de tijdwinst die geboekt wordt vaak wordt omgezet in kwaliteitsverhoging in de zorgverlening. Dit kwalitatieve verschijnsel (betere service, nieuwe dienstverlening die eerder niet mogelijk was) komt niet naar voren bij kwantitatieve metingen. Dit fenomeen staat ook wel bekend als de productiviteitsparadox’.

De Kleijn et al. (2007) melden het volgende over inbaarheid.

“Er moet worden opgemerkt dat de substitutie van werkzaamheden zeker niet 100% is. Dat wil zeggen dat de beroepsbeoefenaren niet alleen taken overnemen, maar ook taken oppakken die zijn blijven liggen, of er nieuwe taken bij doen. Voorbeelden zijn het opzetten van programma’s voor chronische patiënten, het ontwikkelen van protocollen, het vervullen van een consultfunctie, het verzorgen van bij- en nascholing aan collega’s en het meewerken aan projecten en onderzoek. Een deel van de tijdwinst wordt door artsen gebruikt voor extra overleg en toezicht dat vaak met taakdelegatie gepaard gaat. Het idee is echter, dat bij structurele taakherschikking in mindere mate sprake is van overleg en toezicht, omdat hierbij taken zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid worden uitgevoerd. Zo moet er meer tijd worden besteed aan overleg en afstemming. Daarnaast zullen artsen voor een groter deel van de tijd zich bezighouden met complexere risicovolle zorg. Denkbaar is dat de verandering van de aard van het werk invloed heeft op de werkbeleving. Welke invloed dit heeft, is niet breed onderzocht”.

Ess en Szucs (2002) zeggen over inbaarheid het volgende:

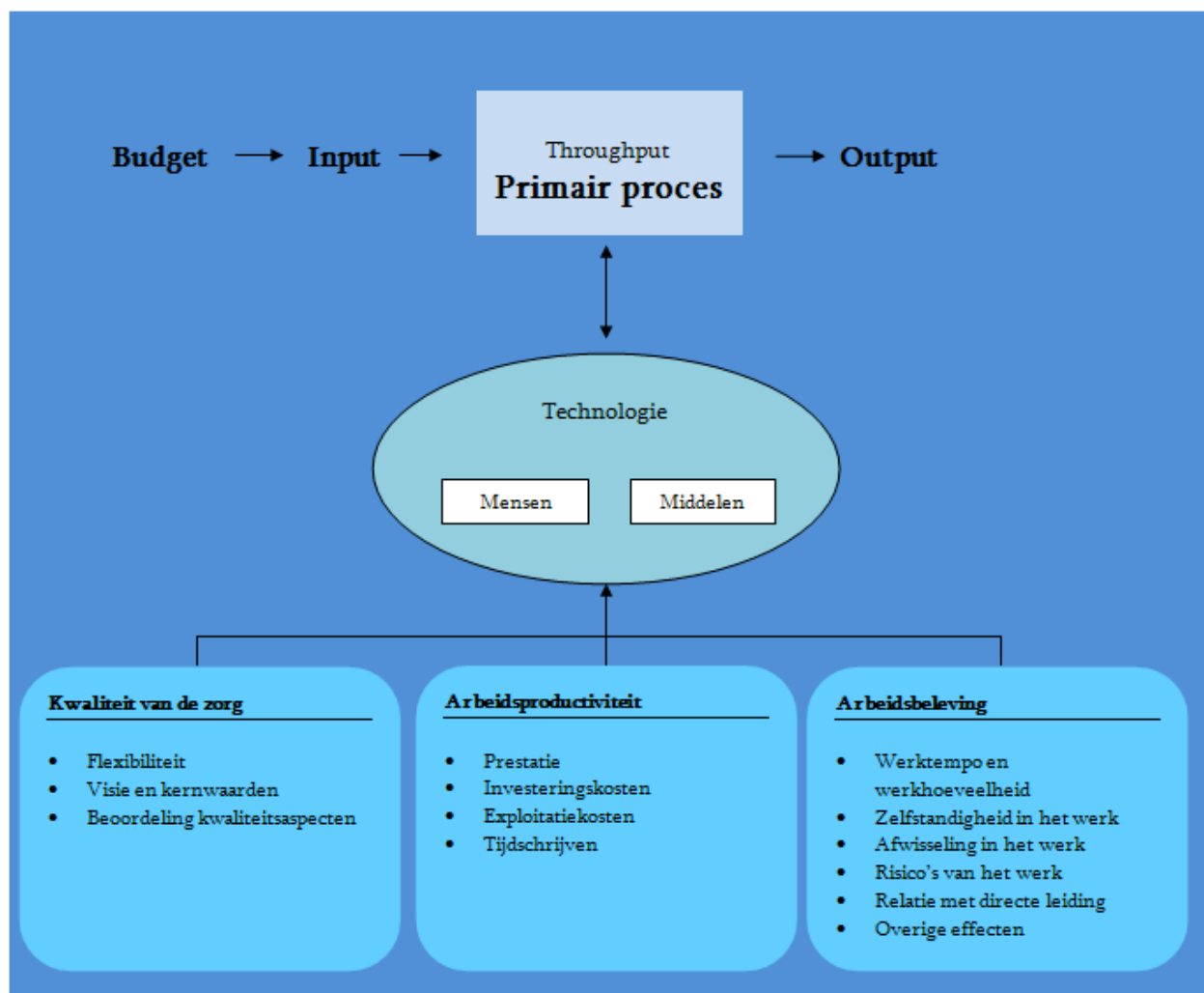
“Finally, economic evaluation techniques assume that resources freed or saved by preferred programs will be used in alternative worthwhile programs. This assumption warrants careful scrutiny: if the freed resources are consumed by other ineffective or unevaluated programs, then not only are no savings gained, but overall health care system costs will actually increase, without any assurance that additional improvements in the health status of the affected populations will result”.

Volgens De Kleijn et al. (2007) is het niet altijd vanzelfsprekend dat de substitutie van werkzaamheden tot daadwerkelijke arbeidsbesparing leidt. Bepaalde taken worden afgestoten, maar daarvoor kunnen andere taken in de plaats komen. Ess en Szucs (2002) waarschuwen daarbij dat als er wél arbeidsbesparing wordt gegenereerd dat de middelen die hieruit voortkomen niet ver-

keerd moeten worden besteed. Door een slechte investering van de bespaarde tijd en/of middelen kan de besparing zelfs negatief uitpakken.

3.8 Onderzoekskader

Het onderzoeksmodel is tot stand gekomen door middel van het samenvoegen van verschillende modellen. Het eindresultaat hiervan is te zien in figuur 3.3. De drie aspecten die bij de throughput worden gemeten zijn onderverdeeld in verschillende categorieën. Deze categorieën zijn weer gebaseerd op de onderzoeksinstrumenten die deze drie aspecten meten. Voor een nadere omschrijving van de instrumenten wordt verwezen naar hoofdstuk 'Methoden'. In dit hoofdstuk worden de methoden van het onderzoek beschreven. Het model dient als insteek voor het veldonderzoek.



Figuur 3.3: Onderzoekskader.

4. Methode

4.1 Inleiding

De centrale onderzoeksvraag van deze studie luidt:

Levert de inzet van zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem arbeidsbesparing op en daardoor mogelijke kostenbesparing binnen Stichting Philadelphia Zorg en zo ja, wat is het verwachte effect hiervan op de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is de volgende werkwijze gehanteerd. Voor het ontwerpen van het theoretisch kader is een verscheidenheid aan literatuur geraadpleegd. Voor het begrip zorgtechnologie zijn stukken geraadpleegd van SPZ zelf. Ook is er gezocht in Nederlandse vakbladen en branchegegevens. Verder is er op de zoekmachine Google Scholar gezocht naar informatie over arbeidsbesparing. Via de zoekmachine van de catalogus van de bibliotheek Universiteit Twente is er gezocht naar bruikbare literatuur op het gebied van economische modellen voor de gezondheidszorg. Ook is navraag gedaan bij de beleidsmedewerker van de afdeling Zorg & Ondersteuning binnen Stichting Philadelphia Zorg Noordwest-Veluwe voor bruikbare literatuur.

De veldstudie heeft plaatsgevonden binnen regio Haagland SPZ. Er is onderzoek gedaan naar het DRP-systeem. Om de verschillende onderzoeksbegrippen te meten, zoals arbeidsproductiviteit, kwaliteit van de zorg en arbeidsbeleving, is gebruikgemaakt van een TNO-model met als aanvulling een apart instrument dat de arbeidsbeleving meet.

4.2 Ontwikkeling meetinstrument

Speciaal voor deze studie is een meetinstrument ontwikkeld. Dit instrument is samengesteld uit verschillende bestaande onderzoeksinstrumenten. De ontwikkeling van dit instrument is stapsgewijs verlopen. Eerst heeft er een inventarisatie plaatsgevonden onder bestaande instrumenten en relevante literatuur. Vervolgens zijn instrumenten en theorieën samengevoegd om te komen tot het meten van de onderzoeksconcepten. Tabel 4.1 beschrijft de operationalisatie van de verschillende onderzoeksbegrippen die in het conceptueel kader van hoofdstuk 2 zijn beschreven.

Tabel 4.1: Operationalisatie van de onderzoeksconcepten onderhavig studie.

Aspecten	Operationalisatie	Gegevensverzameling
Arbeidsproductiviteit	• Formatie personeel in FTE • Tijdsbesteding medewerkers • Taakverdeling (wie doet wat)	• Documentatie regiokantoor Haaglanden • Interviews coördinerend begeleiders • Enquêtes medewerkers • Gegevens uit het DRP-systeem • Tijdschrijven medewerkers
Kwaliteit van zorg	Visie zorgverleners	Enquêtes medewerkers
Arbeidsbeleving	Visie zorgverleners	Enquêtes medewerkers

De gegevensverzameling is onderzocht via kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

4.3 Onderzoeksstrategie

Er heeft een literatuurstudie plaatsvonden om het kader te ontwikkelen voor dit onderzoek. De resultaten van deze literatuurstudie waren een leidraad voor het opzetten en uitvoeren van het onderzoek. Binnen het veldonderzoek is gebruikgemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Gekozen is om een onderzoek te doen onder de medewerkers van SPZ regio Haaglanden.

Het kwantitatieve gedeelte bestaat uit een vragenlijst en het tijdschrijven van medewerkers. De vragenlijst is onder andere gebaseerd op de ‘De Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)’. Volgens de ‘Handleiding VBBA’ wordt het onderzoek sterker gemaakt door tevens interviews af te nemen met sleutelfiguren binnen de organisatie. Het kwalitatieve gedeelte bestaat uit het afnemen van interviews. In paragraaf 4.5 zijn de verschillende onderzoeksinstrumenten aangegeven. Er zal zowel een voor- als een nameting plaatsvinden. Gezien het tijdsbestek van het onderzoek is ervoor gekozen om tussen de voor- en nameting een periode van twee maanden te laten. Daardoor kan de nameting in feite worden gezien als een tussentijdse meting.

4.4 Onderzoeksgroep

Er is onderzoek gedaan onder twee onderzoeksgroepen binnen SPZ regio Haaglanden, te weten:

- coördinerend begeleiders;
- alle medewerkers die te maken hebben met het leveren van primaire zorg.

Er heeft een subjectieve meting plaatsgevonden onder de medewerkers en de coördinerend begeleiders. Reden om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de zorgverleners is dat de direct betrokkenen het beste op de hoogte zijn van de dagelijkse gang van zaken. De informatie die via deze onderzoeksgroep wordt verzameld, is per definitie subjectief. Ervaringen verschillen immers van persoon tot persoon.

Juist omdat de ervaringen van personen onderling sterk kunnen verschillen, wordt de beschrijving van de belangrijkste bevindingen voornamelijk beperkt tot die ervaringen die in zekere mate intersubjectief zijn, dat wil zeggen door meerdere medewerkers op vergelijkbare manier worden ervaren.

4.5 Onderzoeksinstrumenten

Alle onderzoeksinstrumenten die zijn gebruikt voor dit onderzoek zijn opgenomen in de bijlagen.

4.5.1 Kwantitatief onderzoek

In tabel 4.2 is een overzicht opgenomen van alle meetinstrumenten die gebruikt zijn binnen dit onderzoek.

Tabel 4.2: Overzicht van de gebruikte vragenlijsten

Aspecten	Vragenlijst	Bron	Focus
Arbeidsproductiviteit	- Meetinstrument arbeidsinnovatie - Handleiding Kosten Baten Analyse	TNO Kwaliteit van Leven; De Kleijn en Smit, 2008	Metten van arbeidsproductiviteit met daaraan gekoppeld de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg
Kwaliteit van zorg	Meetinstrument arbeidsinnovatie	TNO Kwaliteit van Leven; De Kleijn en Smit, 2008	Kwaliteitsbeleving door de medewerkers
Arbeidsbeleving	VVBA	Van Veldhoven, Meijman, Broersen en Fortuin, 2002	Beleving van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress

De meetinstrumenten zijn aangepast voor het onderhavige onderzoek.

Vragenlijsten

Om de kwaliteit van de arbeidsbeleving te kunnen meten, is gebruikgemaakt van ‘De Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)’ vragenlijst. In de vragenlijst, die speciaal voor dit onderzoek is opgesteld, zijn ook vragen verwerkt over de tijdsbesteding aan verschillende taken.

De oorspronkelijke opzet van het onderzoek was om de kwaliteit van zorg niet alleen vanuit het perspectief van de medewerkers te benaderen, maar ook vanuit het cliëntenperspectief.

Uiteindelijk is besloten hiervan af te zien in verband met de financiële situatie van SPZ en het effect hiervan op de beleving van kwaliteit van zorg van de cliënt(vertegenwoordigers).

Tijdsbestedingsonderzoek

Tijdens de voormeting is een tijdsbestedingsonderzoek gehouden onder de medewerkers van SPZ Haaglanden. Voor dit doel is een formulier ontwikkeld en gebruikt waarop medewerkers gedurende 7 dagen 24 uur noteren wat hun belangrijkste activiteiten waren. Te beginnen op maandag 00:00 uur en eindigend op zondag 00:00 uur.

Binnen dit onderzoek kunnen de medewerkers kiezen uit de volgende codes:

VB	Vaststellen van de benodigde zorg
PZ	Plannen van zorg
PW	Plannen van medewerkers
UZ	Uitvoeren van zorg
EZ	Evalueren van zorg
PT	Professiegebonden taken
OT	Organisatiegebonden taken
P	Pauze
EP	Eigen tijd/privé

De medewerkers worden geïnstrueerd hun tijd te registreren met behulp van de eerdergenoemde codes. De bedoeling is dat er op zeven achtereenvolgende dagen wordt geregistreerd. Hierbij is gevraagd hiervoor een week te kiezen die representatief is voor een normale werkweek (bijvoorbeeld geen langdurige afwezigheid wegen vakantie).

De medewerker die zich heeft opgegeven voor het tijdschrijven, heeft aangegeven enthousiast te zijn over het onderzoek en graag haar medewerking te willen verlenen. Hierdoor zijn de betrouwbaarheid en validiteit van deze onderzoeksmethode verhoogd.

Slecht één medewerkster van regio Haaglanden heeft deelgenomen aan het onderzoek. Om deze reden heeft het tijdschrijven ook op een andere locatie plaatsgevonden. Vier medewerksters van locatie Watersnip regio Noordwest-Veluwe hebben deelgenomen aan het onderzoek. In de bijlagen staat een korte omschrijving van deze locatie. Dit onderzoek heeft wel gebruikgemaakt van twee meetmomenten. De voor- en de nameting zijn met elkaar vergeleken om zo verschuivingen in taken te kunnen bestuderen. Het is niet mogelijk om een hele week dezelfde medewerkers tijd te laten schrijven. Dit in verband met het feit dat de werknemers niet zoveel dagen achter elkaar werken. Daarom is ervoor gekozen om vergelijkbare diensten te kiezen en deze met elkaar te vergelijken. Voor meer informatie over deze deelnemers en de afnamedatum wordt verwezen naar de bijlagen.

4.5.2 Kwalitatief onderzoek

Binnen het onderzoek zijn interviews afgenomen onder de coördinerend begeleiders. De coördinerend begeleider is een nieuwe functie bij SPZ en is afgeleid van het oude begrip ‘teamleider’. Voor de implementatie van het ‘DRP Herstel’ project waren de teamleiders veel tijd kwijt aan het

plannen. De bedoeling is dat na de invoering van het project al het planwerk centraal zal worden aangestuurd door het DRP-bureau. De coördinerend begeleiders zijn dan ook geïnterviewd om hun tijdsbesteding op het gebied van plannen te inventariseren.

Het interview is in feite een gecombineerde vorm van een gestandaardiseerd, gestructureerd interview en een half gestructureerde interview. Half gestructureerd wil zeggen een interview met gestandaardiseerde vragen en open antwoordmogelijkheden. In het interview zijn namelijk zowel open als gesloten vragen verwerkt.

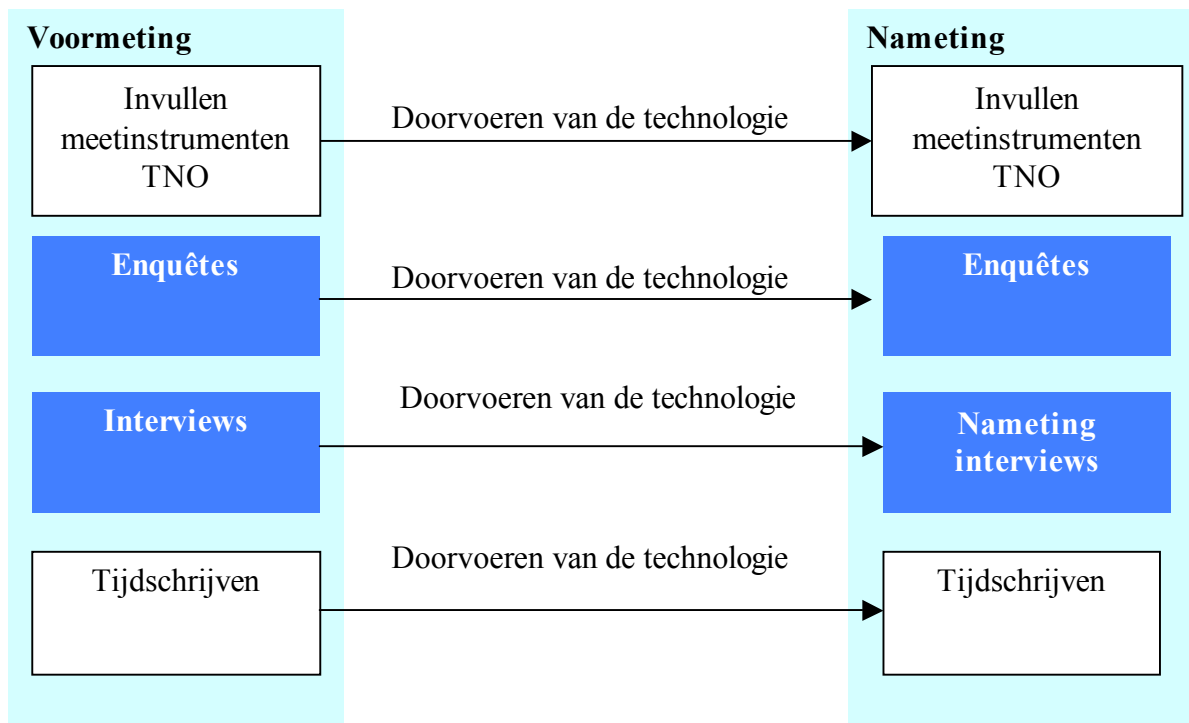
Binnen de interviews zijn de volgende aspecten onderzocht:

- arbeidsefficiëntie;
- taakverschuiving;
- flexibiliteit;
- kwaliteitsaspecten.

4.6 Onderzoeksprocedure

Meetmomenten

Er heeft alleen een voormeting plaatsgevonden. In de ideale situatie had zowel een voor- als een nameting plaatsgevonden onder dezelfde respondenten. Met de nulmeting is de huidige werkwijze geanalyseerd, inclusief de benodigde tijd en de kwaliteitsbeoordeling. Deze ideale situatie is schematisch weergegeven in figuur 4.1.



Figuur 4.1: Schematische weergave voor- en nameting.

Procedure TNO meetinstrumenten

1. Er wordt een nulmeting arbeidsproductiviteit uitgevoerd om zo daarmee de huidige werkwijze te analyseren in het te verbeteren proces inclusief de benodigde tijd en de kwaliteitsbeoordeling. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van het Meetinstrument Arbeidsinnovatie.
2. Er vindt een gesprek plaats met de projectleider van het DRP Herstel. In dit gesprek wordt aan de hand van de Handleiding Kosten Baten Analyse gezamenlijk geanalyseerd wat de kosten en baten van de innovatie zullen zijn. Daarbij gaat het om:
 - de kwaliteit van het proces na doorvoering van de innovatie;
 - investerings- en exploitatiekosten;
 - de gevolgen voor de kwaliteit van de arbeid, flexibiliteit e.d.
3. Invullen webapplicatie Kosten Baten Analyse voor de huidige situatie (nulmeting).
4. Tot slot vindt er een effectmeting plaats. Hierbij kan worden vastgesteld of de beoogde doelstellingen met de invoering van de innovatie zijn gerealiseerd.

Procedure enquêtes

De vragenlijst voor het onderzoek is digitaal opgemaakt via de website van Thesistools. Dit is een website waarop kosteloos enquêtes online kunnen worden gepubliceerd en verspreid.

De link naar de vragenlijst is via de verschillende locatiemanagers naar alle medewerkers gemaild.

Om de respons te vergroten zijn dezelfde vragenlijsten op papier afgedrukt en per post verstuurd.

Aan de medewerkers is gevraagd om binnen twee weken de enquête te retourneren. De geretourneerde enquêtes zijn vervolgens verwerkt in het statistische softwareprogramma SPSS.

4.7 Analyses

Binnen deze paragraaf zal het proces van analyseren van de verzamelde gegevens uitgebreid worden besproken. Om de herhaalbaarheid en controleerbaarheid van het proces te vergroten, worden de verschillende stappen in de analyses uitgeschreven. Dit zal de bruikbaarheid van de instrumenten ten goede komen.

Data-analyses

Om tot een hanteerbare dataset te komen is eerst de database in SPSS opgeschoond.

De volgende twee stappen zijn hiervoor doorlopen:

- handmatig verwijderen van dubbele records (sommige respondenten hadden de vragenlijst zowel handmatig als digitaal geretourneerd);
- verwijdering van lege records (een aantal respondenten had in de digitale vragenlijst niets aangevinkt, maar wel verstuurd).

Om tot valide, betrouwbare en praktisch toepasbare meetinstrumenten te komen, zijn achtereenvolgens de volgende analyses uitgevoerd:

- a. psychometrische analyses: schaaloptimalisatie en item-selectie aan de hand van factoranalyses en betrouwbaarheidsanalyses;
- b. analyses van de feedback van interviewers: voor het nader bepalen van de validiteit en praktische toepasbaarheid van de interviewlijsten voor interviews met medewerkers in de verstandelijk gehandicaptenzorg (coördinerend begeleiders). Dit aan de hand van de interviewduur, uitval gedurende interviews, en commentaar van de interviewers op de vragenlijst of vragen.

Schaaloptimalisatie

Met behulp van exploratieve factoranalyse en de berekening van de Cronbach's Alpha is de structuur van de vragenlijst onderzocht.

Factoranalyse

Factoranalyse is een techniek voor het identificeren van onderliggende hypothetische constructen voor het verklaren van relaties tussen variabelen. Er wordt gekeken of de verschillende variabelen/vragen binnen één schaal een construct meten (Foster, Barkus & Yavorsky, 2006). Aangezien er binnen het onderzoek met schalen wordt gewerkt, zou idealiter een factoranalyse moeten worden uitgevoerd. Dit is echter niet mogelijk, omdat het doen van een factoranalyse een minimaal aantal respondenten vereist.

Tabachnick en Fidell (1996) beschrijven een situatie waarbij 300 respondenten volstaan, maar Kline (1994) gelooft dat een steekproef van 100 personen voldoet, zolang er maar op zijn minst twee keer zoveel respondenten als variabelen zijn.

Aangezien de responsiegroep van onderhavig onderzoek maar uit 61 respondenten bestaat, is het niet zinvol om een factoranalyse uit te voeren.

Schaalscore

Om te komen tot een schaalscore voor de verschillende schalen binnen de enquêtes zijn er diverse berekeningen uitgevoerd. Het gaat om de scores voor de volgende schalen:

- werktempo en werkhoeveelheid;
- zelfstandigheid in het werk;
- afwisseling in het werk;
- relatie met directe leiding.

Eerst zijn de vragen per schaal omgeschaald, door punten toe te kennen aan de verschillende antwoordopties. Hierbij is de volgende verdeling gehanteerd: nooit = 0, soms = 1, vaak = 2 en altijd = 3. Enkele vragen binnen een schaal zijn zogenaamde ‘ommekeervragen’. Dat wil zeggen dat deze vragen negatief zijn gesteld: het antwoord ‘nooit’ is dan juist het meest ongunstig (3 punten) en het antwoord ‘altijd’ het gunstigst (0 punten). Deze zijn eerst gehercodeerd om vervolgens omgeschaald te worden.

Ontbrekende waarden

Als er één vraag ontbreekt binnen een schaal, dan is in principe de totaalscore van de schaal onbekend. Om te voorkomen dat teveel respondenten hierdoor een missende schaalscore zouden krijgen, mogen in een schaal één of enkele antwoorden ontbreken. Vervolgens wordt de berekening dan uitgevoerd over de vragen die wel correct zijn beantwoord. “Aan deze versoepelde norm zijn twee voorwaarden verbonden:

- tenminste 2/3 van het aantal vragen moet correct beantwoord zijn;
- de ontbrekende items moeten willekeurig verdeeld zijn (Van Veldhoven et al., 2002)”.

Gestandaardiseerde schaalscores

Er wordt een gestandaardiseerde schaalscore berekend. Dit met behulp van een score tussen de 0 en 100. Dat betekent dat het aantal gescoorde punten gedeeld wordt door de maximaal haalbare score (=aantal vragen x maximum punten per vraag) en dat deze factor vermenigvuldigd wordt met 100. Een schaalscore van 100 wordt gehaald als bij alle beantwoorde vragen het meest ongunstige antwoord is gegeven. Uitsluitend het meest gunstige antwoord geven leidt tot een schaalscore van 0. In figuur 5.1 wordt de berekeningsformule gegeven die leidt tot een totaal schaalscore.

Schaalscore =	$\frac{\text{Aantal punten}}{3 \times \text{aantal beantwoorde vragen}}$	x 100
---------------	--	-------

Chronbach's Alpha

Om de interne betrouwbaarheid van de vier schalen te bepalen is er een Cronbach's Alpha of Rho(t) geconstrueerd met behulp van SPSS. Als vuistregel geldt dat een betrouwbare schaal van Chronbach Alpha een score van minimaal 0.80 moet hebben (Drenth en Sijtsma, 1990). Daar tegenover staan ook bronnen die beweren dat lagere waardes voldoende zijn. Zo beweren Bland en Altman (1997) in hun studie dat een Cronbach's Alpha tussen de 0.7 en de 0.8 toereikend is. En Wiegers, Stubbe en Triemstra (2007) zeggen hier het volgende over: 'een schaal is onvoldoende betrouwbaar of consistent als Cronbach's alpa <60, redelijk bij een Alpha tussen 0,60 en 0,80, en goed bij een alpha >0,80'.

Codering

De kwalitatieve gegevens worden verwerkt met behulp van codering. De belangrijkste onderzoeksbegrippen binnen het onderzoek zijn gelabelled. Vervolgens zijn deze in een tabel geplaatst. Dit maakt de resultaten overzichtelijk.

Om de betrouwbaarheid van deze vorm van data-analyse te vergroten, zijn de resultaten van de interviews tevens door een ander persoon gecodeerd. De uitkomsten zijn vergeleken en waar nodig aangepast.

4.8 Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen het onderzoek is gebruikgemaakt van data-triangulatie. Baarda, De Goede en Teunissen (1995, p. 96) zeggen over data-triangulatie het volgende:

'Door verschillende soorten van onderzoeksinformatie of gegevensbronnen te gebruiken, wordt vooral je beeld van je onderzoekssituatie geldiger. Door de herhaling van metingen over dat verschijnsel, wordt echter ook de betrouwbaarheid verhoogd'.

TNO meetinstrumenten

Het TNO model is vooral getest op face validity. Het is daarom ook getest in de praktijk. Bij 21 proeftuinen is gebruikgemaakt van het TNO model. De betreffende organisaties reageerden positief op het model. Het model heeft twee belangrijke voordelen:

- het is een praktisch instrument;
- het heeft een logische opbouw.

Daarnaast is SPZ geïnteresseerd in het model. De organisatie wil graag dat het model wordt getest binnen de organisatie. In de toekomst kan het namelijk een instrument worden om te beoordelen of (zorg)technologieën geadopteerd dienen te worden door de organisatie.

Samen met ZonMw organiseerde TNO expertmeetingen, waar kansrijke innovaties zijn geselecteerd voor toepassing in proeftuinen. In deze instellingen zijn zowel het meetinstrument arbeidsinnovatie als de kosten-baten analyse toegepast, beide webapplicaties (Van der Zalm, 2008).

De instrumenten vinden hun theoretische basis in het Activity-Based Costing (ABC).

Interviews

Om de interviews betrouwbaarder te maken is van tevoren een interviewschema opgesteld. Dit is opgenomen in de bijlagen. ‘Eén van de basisregels is dat in elk interview alle vragen op dezelfde wijze moeten worden gesteld (Loosveldt, 1982)’. Een interviewschema helpt hierbij, aangezien hierin staat beschreven wat de interviewer moet vragen en zeggen.

In het algemeen is een (meer) gesloten interviewvorm geschikt als:

- de onderzoeker goede (wetenschappelijk vruchtbare en aantoonbare zinvolle) vragen heeft;
- de vragen voor de geïnterviewden min of meer hetzelfde betekenen als voor de onderzoeker;
- deze betrekking heeft op publieke informatie;
- de ervaringswereld van de geïnterviewden met betrekking tot het onderwerp in ruime mate wordt gedekt (De Vries, 1982).

Tijdschrijven

Een aantal medewerkers heeft voor het onderzoek tijd geschreven. Deze methode draagt bij aan extra controle op de uitkomsten van de vragenlijsten. De subjectieve beleving van de respondenten die uit de enquêtes komen, is vergeleken met het meer objectieve tijdschrijven.

5. Resultaten

5.1 Vragenlijsten

Achtergrondgegevens respondenten

Tabel 5.1 laat een overzicht zien van de achtergrondgegevens van de respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld. Hierin zijn van de medewerkers het opleidingsniveau, aantal jaren werkzaam binnen SPZ en het dienstverband opgenomen.

Tabel 5.1: Overzicht achtergrondgegevens respondenten

OPLEIDINGSNIVEAU	FREQUENTIE	PERCENTAGE
Géén onderwijs	0	0%
Basisonderwijs	1	1.6%
Mavo/VMBO	6	9.8%
Havo	4	6.6%
Vwo/gymnasium	0	0%
Lager beroepsonderwijs (LBO)	0	0%
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	29	47.5%
Hoger Beroepsonderwijs (HBO)	21	34.4%
Wetenschappelijk onderwijs (WO)	0	0%
Totaal	61	100%
Jaren werkzaam		
0 t/m 3 jaar	26	42.6%
4 t/m 7 jaar	9	14.8%
8 t/m 11 jaar	7	11.5%
12 t/m 15 jaar	9	14.8%
16 t/m 19 jaar	2	3.3%
20 t/m 23 jaar	4	6.6%
24+	3	4.9%
Geen antwoord	1	1.6%
Totaal	61	100%
Dienstverband		
Dagdienst	6	9.8%
Onregelmatige dienst	49	80.4%
Anders	6	9.8%
Totaal	61	100%

De meerderheid van de responsgroep heeft een MBO- of HBO-opleiding genoten en draait onregelmatige diensten. Verder geeft 42,6% van de medewerkers aan 0 t/m 3 jaar bij SPZ werkzaam te zijn.

Representativiteit respondenten

Er is een vergelijking gemaakt tussen de respondenten van het onderzoek en de gehele werkpopulatie van SPZ Haaglanden. Dit om te kunnen beoordelen of de respondenten van het onderzoek representatief zijn voor de gehele werkpopulatie van regio Haaglanden. Binnen deze vergelijking is informatie verwerkt over geslacht, leeftijd en functie van de medewerkers.

In de tabellen 5.2 en 5.3 is een vergelijking opgenomen tussen de totale werkpopulatie en de respondenten. Voor de totale populatie van regio Haaglanden zijn de gegevens verkregen via Joost Borgsteede, personeelsfunctionaris SPZ Haaglanden.

Tabel 5.2: Overzicht verdeling naar geslacht bij de totale werkpopulatie en de respondenten regio Haaglanden.

	TOTALE POPULATIE		RESPONDENTEN	
	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>
Man	31	12,8%	8	13,1%
Vrouw	212	87,2%	53	86,9%
Totaal	243	100%	61	100%

Tabel 5.3: Overzicht verdeling naar leeftijdscategorieën bij de totale werkpopulatie en de respondenten regio Haaglanden.

	TOTALE POPULATIE		RESPONDENTEN	
	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>
0-24	34	14%	3	4,9%
25-34	56	23%	15	24,6%
35-44	61	25,1%	17	27,9%
45-54	59	24,3%	15	24,6%
55-59	23	9,5%	3	4,9%
60+	10	4,1%	3	4,9%
Missing values	0	0%	5	8,2%
Totaal	243	100%	61	100%

Niet alle functiegroepen binnen regio Haaglanden hebben een enquête ontvangen. De functies die wel zijn meegenomen in het onderzoek zijn opgenomen in tabel 5.4.

Tabel 5.4: Overzicht functies bij de totale werkpopulatie en de respondenten Haaglanden.

	TOTALE POPULATIE		RESPONDENTEN	
	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage</i>
Assistent begeleider	11	5,7%	2	3,3%
Assistent zorgkundige	4	2,1%	1	1,6%
Begeleider	113	58,5%	23	37,7%
Cliëntadviseur	6	3,1%	3	4,9%
Coördinerend begeleider	44	22,8%	26	42,6%
Zorgkundige	15	7,8%	6	9,8%
Totaal	193	100%	61	100%

Van 243 medewerkers hebben 63 medewerkers de vragenlijst geretourneerd, waarvan 2 niet waren ingevuld. Dit komt neer op een respons van 25,1%.

Het verschil in man/vrouw verhouding tussen de totale populatie en de respondenten is te verwaarlozen. Wat geslacht betreft is de respondentengroep dan ook een goede afspiegeling van de totale populatie binnen regio Haaglanden. Over het algemeen geldt dit ook voor de leeftijd. Alleen de leeftijdscategorieën '0-24' en '55-59' zijn enigszins ondervertegenwoordigd in de respondentengroep.

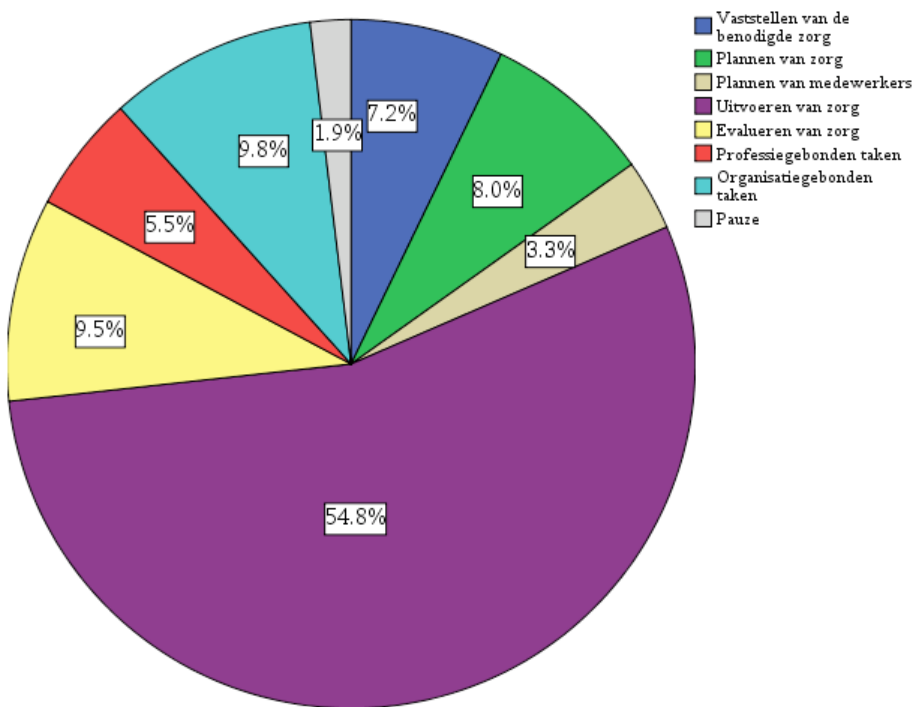
Wordt er gekeken naar de functieverdeling dan laat de respondentengroep ten aanzien van de totale populatie een duidelijke ondervertegenwoordiging zien van de functie begeleider en een oververtegenwoordiging van de coördinerend begeleiders. De andere functies benaderen elkaar redelijk. Een mogelijke reden voor de oververtegenwoordiging van coördinerend begeleiders is dat zij ook deelnemen aan de interviews voor het onderzoek. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de coördinerend begeleiders extra gemotiveerd zijn om tevens de vragenlijst in te vullen.

Volgens Pieter Terlouw, docent aan de Universiteit Twente, is een respons van zestig personen voldoende voor een goede meting. Binnen dit onderzoek zijn 61 bruikbare enquêtes geretourneerd; dit biedt dus genoeg materiaal voor een representatieve steekproef. Ook is de respondentengroep vergeleken met de totale werkpopulatie binnen regio Haaglanden SPZ. Uit de resultaten blijkt dat de steekproef representatief is qua verdeling van geslacht, leeftijd en functie.

Deeltaken

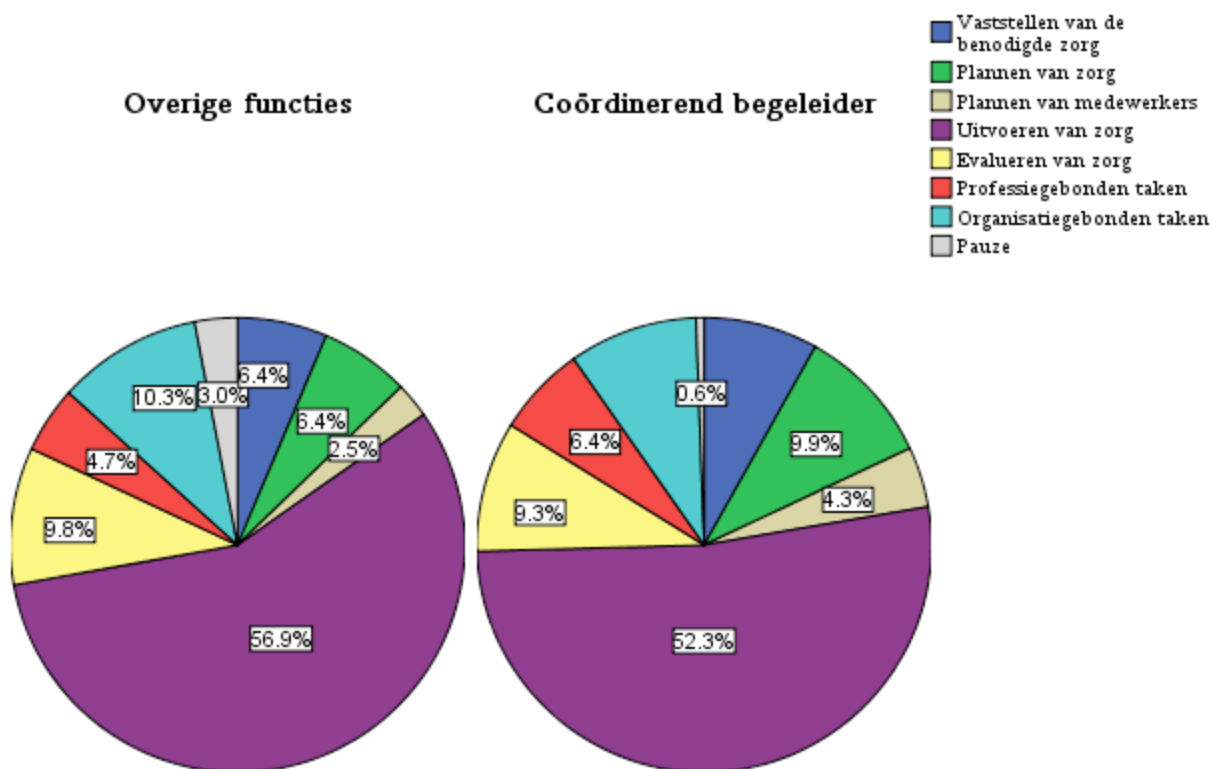
In de vragenlijst worden een aantal deeltaken genoemd. Vervolgens wordt aan de respondenten gevraagd om per deeltaak op te geven welk percentage van hun tijd zij kwijt zijn aan deze specifieke taak. Alle deeltaken bij elkaar moeten op een totaal van 100% komen.

De antwoorden van alle medewerkers zijn bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal respondenten. Een overzicht hiervan is opgenomen in figuur 5.1.



Figuur 5.1: Taakverdeling onder alle respondenten, weergegeven in percentages.

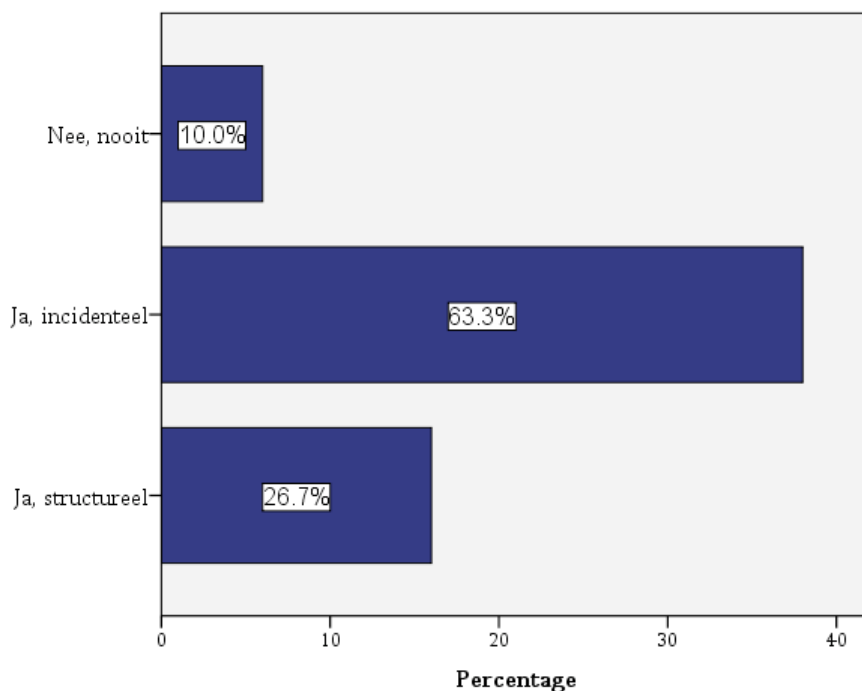
Vervolgens is de gehele respondentgroep opgesplitst in twee groepen, te weten een groep ‘coördinerend begeleiders’ en een groep ‘overige functies’. In figuur 5.2 zijn deze groepen grafisch weergegeven door twee taartdiagrammen.



Figuur 5.2: Taakverdeling opgedeeld naar functiegroepen ‘coördinerend begeleiders’ en ‘overige functies’.

Overwerken

In figuur 5.3 is een staafdiagram opgenomen over de mate van overwerken.



Figuur 5.3: Mate van overwerken uitgesplitst in structureel, incidenteel en nooit.

Uit het staafdiagram blijkt dat van de medewerkers 26.67% structureel en 63.33% incidenteel overwerkt. De overige 10% geeft aan nooit over te werken.

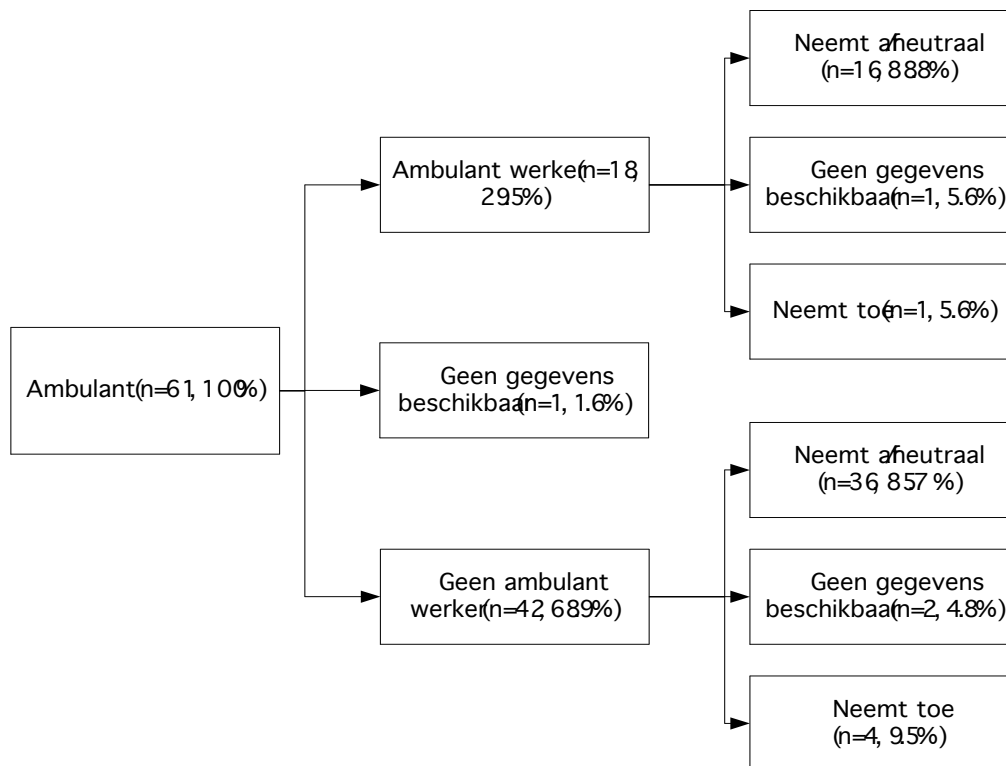
Verwachte veranderingen productiviteit

Aan de medewerkers is gevraagd naar hun verwachtingen ten aanzien van het aantal cliënten dat per medewerker kan worden ondersteund na de invoering van het DRP-systeem. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 5.5.

Tabel 5.5: Verwachtingen ten aanzien van het aantal cliënten dat per medewerker kan worden ondersteund na de invoering van het DRP-systeem.

	FREQUENTIE	PERCENTAGE
Neemt veel af	5	8.2%
Neemt af	6	9.8%
Neemt niet af/niet toe	42	68.9%
Neemt toe	5	8.2%
Missing values	3	4.9%
Totaal	61	100%

Om te kijken of er een verschil bestaat tussen ambulante medewerkers en overige functies in hun verwachtingen ten aanzien van de productiviteit na invoering van het DRP-systeem is een takdiagram ontworpen. Deze is opgenomen in figuur 5.4.



Figuur: 5.4: Takdiagram verwachte veranderingen in productiviteit uitgesplitst naar ambulant en geen ambulant medewerker.

Regressie-analyse

Uit het takdiagram blijkt dat er een verschil bestaat in opvatting tussen de groepen ‘ambulant werker’ en ‘geen ambulant werker’. Om te toetsen of er ook daadwerkelijk een relatie bestaat tussen verwachtingen en functie is een regressie-analyse toegepast op de data. Hierbij is de onafhankelijke variabele opleidingsniveau ook meegenomen in de analyse. Om zo te toetsen of het niveauverschil invloed heeft op de verwachtingen.

Ambulant

H0 = Er is geen verschil tussen wel en niet ambulante medewerkers met betrekking tot verwachtingen ten aanzien van productiviteit.

H1 = Ambulante medewerkers zijn negatiever in hun verwachtingen ten aanzien van het verhogen van productiviteit dan niet ambulante medewerkers.

Opleidingsniveau

H0 = Er is geen relatie tussen opleidingsniveau en verwachtingen ten aanzien van productiviteit.

H1 = Hoger opgeleiden zijn positiever in hun verwachtingen ten aanzien van de productiviteit dan lager opgeleiden.

De variabele ‘verwachtingen productiviteit’ is opgedeeld in twee groepen: medewerkers die in hun verwachtingen negatief tegenover de verhoging van arbeidsproductiviteit staan en medewerkers die hier positief tegenover staan. Hiervan is een overzicht opgenomen in tabel 5.6 .

Tabel 5.6: Opsplitsing van totale respondentengroep in een groep met negatieve verwachtingen en een groep met positieve verwachtingen.

		Frequentie	Percentage
Valide	Negatief	11	18,0
	Positief	47	77,0
	Totaal	58	95,1
Missing	System	3	4,9
Totaal		61	100,0

Uit tabel 5.7 blijkt dat de ‘adjusted R square’ -0.002 bedraagt. Dit betekent dat de gekozen onafhankelijke variabelen slechts voor 0.2% bijdragen aan de totale variantie op ‘verwachtingen productiviteit’. Wat wil zeggen dat er andere variabelen zijn die ‘verwachtingen productiviteit’ verklaren.

Tabel 5.7: Modelsamenvatting.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,183 ^a	,033	-,002	,399

a. Predictors: (Constant), opleidingsniveau, dienstverband

Tabel 5.8: Overzicht regressiecoëfficiënten.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	1,682	,296		5,679	,000
Dienstverband	,140	,116	,163	1,215	,230
Opleidingsniveau	-,017	,031	-,075	-,558	,579

a. Dependent Variable: verwachtingen productiviteit

In tabel 5.8 worden de bèta waarden aangegeven. De bèta's zijn de gestandaardiseerde versies van de B's. De B-waarde geeft informatie over de relatie tussen de afhankelijke variabele 'verwachtingen productiviteit' en de onafhankelijke variabelen 'opleidingsniveau' en 'dienstverband'. De B-waarden geven weer in welke mate de onafhankelijke variabelen de uitkomsten beïnvloeden, onder de voorwaarde dat alle andere predictoren gelijk worden gehouden (Foster et al., 2006).

Zowel 'dienstverband' (B= 0.163, S.E. = 0.116) als 'opleidingsniveau' (B=-0.075, S.E. = 0.031) zijn niet significant. Beide variabelen hebben namelijk t-waarden (1,492 en -0.558) die onder de grens van 2 vallen.

Daardoor kan de H0 hypothese voor beide onafhankelijke variabelen worden aangenomen.

In de vragenlijst is gevraagd naar de verwachtingen van de werknemers ten opzichte van invoering van het nieuwe DRP-systeem op de risico's van het werk. Deze deelvragen zijn ook getoetst via een regressie-analyse. Op één deelvraag na schijnt er geen relatie te zijn tussen het wel of niet ambulant werken en de verwachtingen.

Verwachtingen risico's op het werk

In de vragenlijst is gevraagd naar de verwachtingen van de werknemers ten opzichte van invoering van het nieuwe DRP-systeem op de risico's van het werk. Een overzicht van de verschillende risico's is hier onder opgenomen in tabel 5.9.

Tabel 5.9: Verwachtingen veranderingen in risico's op het werk na invoering van het DRP- systeem.

Vragen	Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe	Missing values	Totaal
Lichamelijke belasting van het werk	0%	3.3%	77.0%	11.5%%	1.6%	6.6%	100%
Werkdruk	0%	6.6%	55.7%	23%	8.2%	6.6%	100%
Emotionele belasting	0%	4.9%	45.9%	34.4%	8.2%	6.6%	100%
Ziekteverzuim	0%	3.3%	80.3%	11.5%	0%	4.9%	100%
Arbeidsongeschiktheid	0%	3.3%	85.2%	4.9%	1.6%	4.9%	100%

De items die weergegeven zijn in tabel 5.6 meten samen het construct 'risico's op het werk'. Dit blijkt een redelijk betrouwbare schaal te zijn met een Cronbach's Alpha van 0.751.

Schaalscores

Binnen het onderzoek zijn vier schalen van de VBBA gebruikt. Per schaal is een schaalscore berekend. Voor elke schaal geldt: hoe hoger het getal hoe ongunstiger. Om dit getal betekenis te geven, moet deze óf met een referentiegroep worden vergeleken óf met de nameting. Om zo te kunnen constateren of er een verslechtering respectievelijk verbetering is opgetreden in de schalen. In tabel 5.10 zijn de diverse schaalscores opgenomen.

Tabel 5.10: gemiddelde schaalscores. Totale onderzoeksgroep (n=61)

SCHAAL	SCHAALSCORE
Werktempo en werkhoeveelheid	46,89
Zelfstandigheid in het werk	41,96
Afwisseling in het werk	36,76
Relatie met directe leiding	13,77

Schaalanalyse

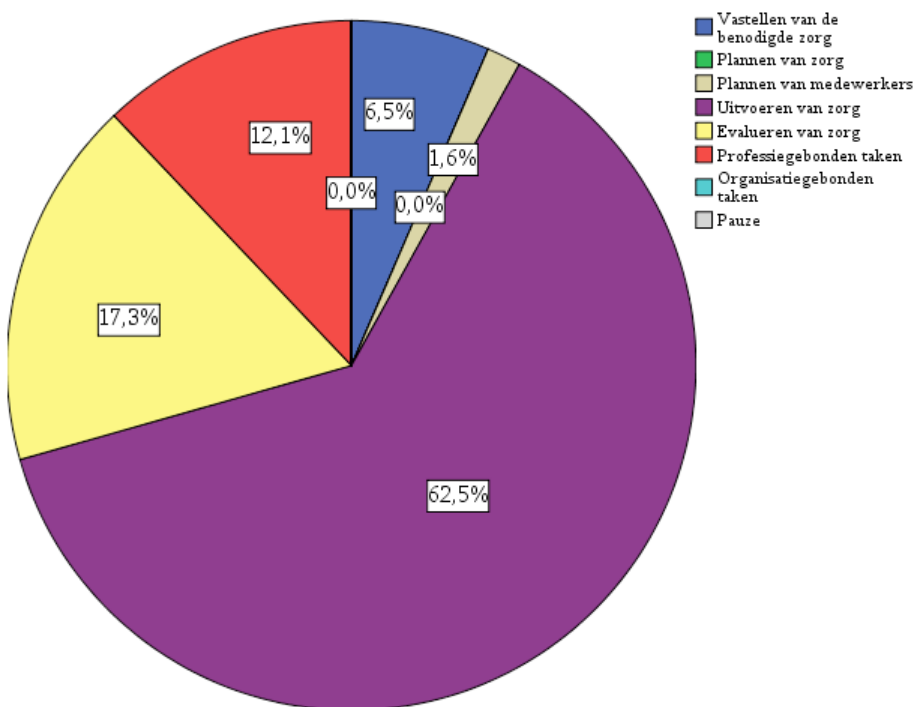
Van Veldhoven et al. (2002) hebben constructieonderzoek gedaan naar de schaalkwaliteit van de verschillende schalen van de VBBA. Tabel 5.11 toont een overzicht van de berekende Cronbach's Alpha voor de onderzoekspopulatie en die van het onderzoek van Van Veldhoven et al. (2002).

Tabel 5.11: Overzicht Cronbach's Alpha voor het onderzoek en die van de studie van Van Veldhoven et al. (2002).

SCHAAL	RHO(T) ONDERZOEK	RHO(T) STUDIE V. VELDHOVEN	N OF ITEMS
Werktempo en werkhoeveelheid	0.809	0.88	11
Zelfstandigheid in het werk	0.875	0.88	11
Afwisseling in het werk	0.779	0.80	6
Relatie met directe leiding	0.834	0.90	9

5.2 Tijdschrijven

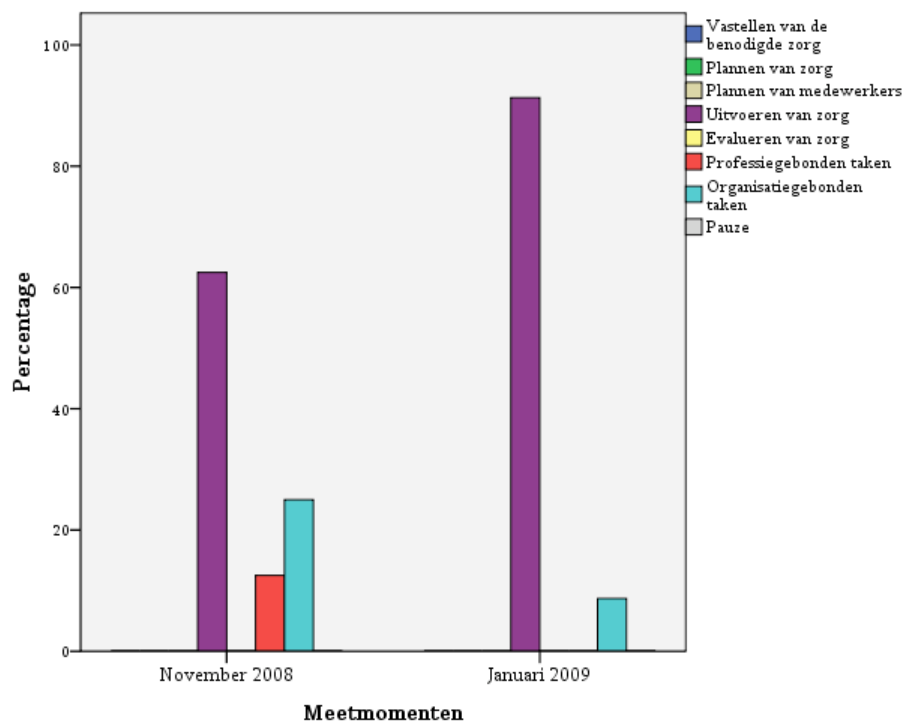
In figuur 5.5 is een overzicht opgenomen van de tijdsbesteding van één van de coördinerend begeleiders van SPZ regio Haaglanden. Voor meer gedetailleerde informatie over de urenbesteding wordt verwezen naar de bijlagen.



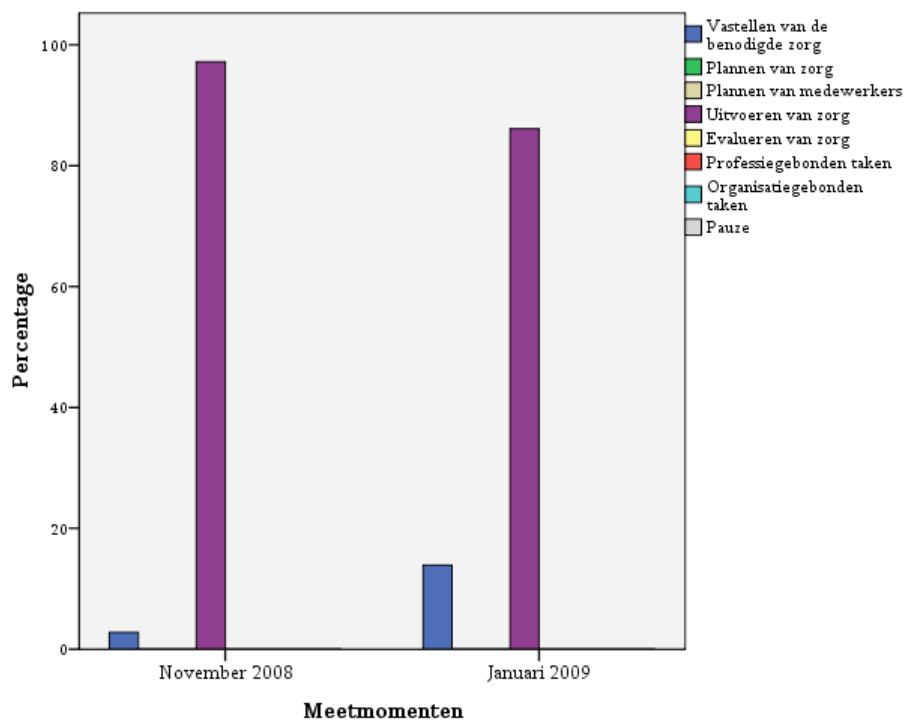
Figuur 5.5: Taakverdeling medewerkster regio Haaglanden.

Binnen regio Haaglanden heeft slechts één medewerker geparticipeerd. Om dit geringe aantal te ondervangen heeft in de regio Noordwest-Veluwe, locatie Watersnip hetzelfde onderzoek plaatsgevonden. Aan dit onderzoek hebben vier medewerkers deelgenomen.

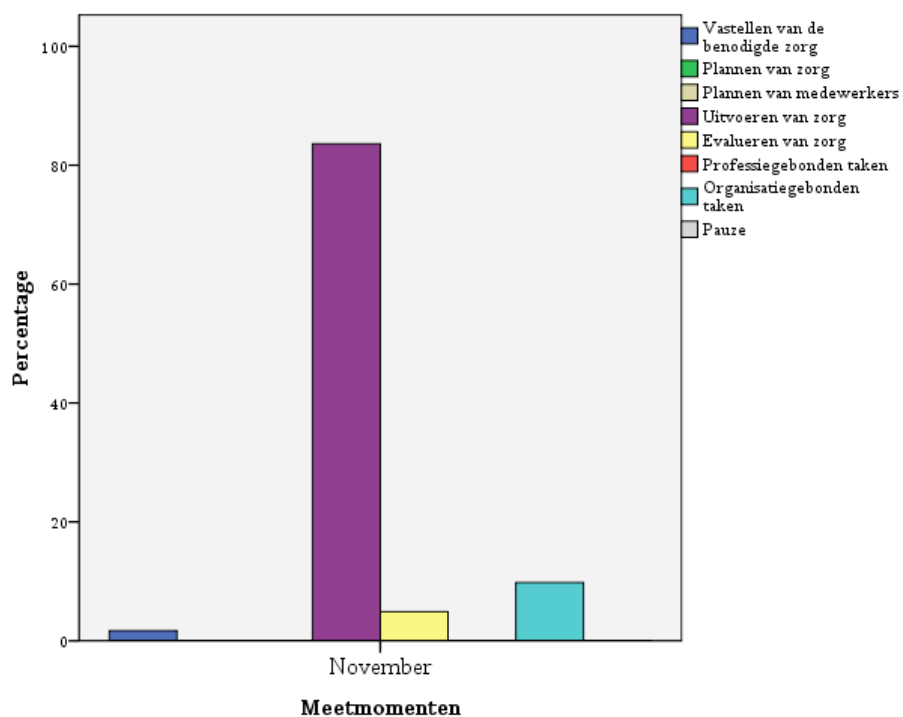
In figuren 5.6 t/m 5.9 staan de taakverdelingen van de deelnemende medewerkers aangegeven in staafdiagrammen. Bij het tijdschrijven op locatie Watersnip hebben twee meetmomenten plaatsgevonden. De nulmeting in november 2008 en de nameting in januari 2009. Per maand zijn vergelijkbare diensten met elkaar vergeleken. De derde respondent gaf aan dat zij twee keer tijd heeft geschreven voor een weekend en dat deze ongeveer hetzelfde verliepen. Vandaar dat voor deze respondent alleen de maand november staat weergegeven in de grafiek.



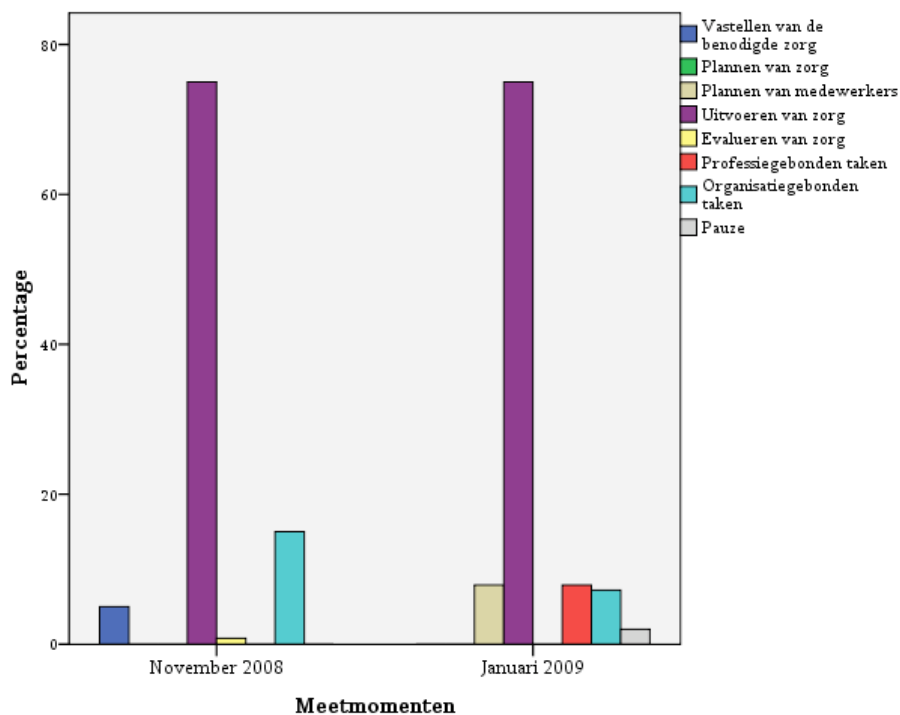
Figuur 5.6: Taakverdeling medewerkster één locatie Watersnip



Figuur 5.7: Taakverdeling medewerkerster twee locatie Watersnip



Figuur 5.8: Taakverdeling medewerkster drie locatie Watersnip



Figuur 5.9: Taakverdeling medewerkster vier locatie Watersnip

5.3 Interviews

In totaal zijn dertien interviews afgenomen, waarvan twaalf onder coördinerend begeleiders en één bij een medewerkster planning DRP. Deze medewerkster planning was al werkzaam in regio Haaglanden voordat het oude DRP-systeem werd ingevoerd. De medewerkster is dan ook goed op de hoogte van alle ontwikkelingen rondom deze technologie.

De coördinerend begeleiders die zijn geïnterviewd, zijn zowel afkomstig uit de intramurale als extramurale (ambulante) zorg. De samenvatting van de antwoorden op de interviews zijn opgenomen in de bijlagen. Wegens bescherming van de privacy zijn de specifieke interviews niet opgenomen in deze rapportage.

In tabel 5.12 is een overzicht opgenomen van de definiëring van de labels van de interview- resultaten.

Tabel 5.12: Definiëring Labels interviewresultaten

Labels	Definitie
Invoering	
Overzicht	Beter overzicht over roosters, uren en locaties
Taakverschuiving	Het overhevelen van plan- en roostertaken van de coördinerend begeleiders naar één centraal planbureau
Controle	Het controleren van medewerkers op gemaakte uren.
Efficiency	Het efficiënter inzetten van werknemers
Eenvormigheid	De eenvormigheid van de plan- en rooster werkwijze verbeteren tussen de verschillende locaties.
Taakverschuiving	
+	Ja, er zal taakverschuiving plaatsvinden.
-	Nee, er zal geen taakverschuiving plaatsvinden.
Efficiëntie	
+	De efficiëntie per medewerker zal toenemen na invoering van het DRP-systeem.
/	De efficiëntie per medewerker blijft gelijk na invoering van het DRP-systeem.
-	De efficiëntie per medewerker zal afnemen na invoering van het DRP-systeem.
Inzet	
Kwaliteit	De kwaliteit van de zorg wordt verbeterd. Er is meer aandacht voor de cliënt.
Niet	Er treedt geen arbeidsbesparing op.
Ziekte	De medewerkers worden op een andere locatie ingezet bij ziekte.
Achterstallig	Uren worden ingezet om achterstallig werk te doen.
Verhouding	
-	Er zullen minder invalkrachten/uitzendkrachten worden ingezet na de implementatie van het DRP-systeem.
+	Er zullen meer invalkrachten/uitzendkrachten worden ingezet na de implementatie van het DRP-systeem.
/	Er zal geen verschil zijn met de oude situatie met betrekking tot het inzetten van invalkrachten/uitzendkrachten.
Automatisering	
+	Ja, na de invoering van het DRP-systeem zal er in hogere mate geautomatiseerd gewerkt gaan worden.
-	Nee, na de invoering van het DRP-systeem zal er niet in hogere mate geautomatiseerd gewerkt gaan worden.
Primaire zorg	
+	Het primaire proces van het leveren van zorg verandert met de implementatie van het nieuwe DRP-systeem.
-	Het primaire proces van het leveren van zorg verandert niet met de im-

	plementatie van het nieuwe DRP-systeem.
Werkbelasting	
+	De werkbelasting zal toenemen door het nieuwe DRP-systeem
-	De werkbelasting zal afnemen door het nieuwe DRP-systeem
/	De werkbelasting zal gelijkblijven bij de invoering van het nieuwe DRP-systeem

In tabel 5.13 zijn de labels weergegeven als kolommen in een tabelvorm. Per respondent is de meest toepasbare label benoemd. In de rij totaal is opgenomen welk label het meest genoemd is door de respondenten.

Tabel 5.13: Overzicht gecodeerde resultaten interviews.

Respondenten	Arbeidsproductiviteit						Kwaliteit van zorg		Arbeidsbeleving	
	Invoering	Taakverschui- ving	Efficiëntie	Inzet	Verhoud- ing	Automatise- ring	Kwali- teit zorg	Primaire zorg	Werkbe- lasting begeleiders	Werkbe- lasting cb'ers
Respondent 1	Overzicht	-	-	Kwaliteit	-	?	/	-	/	/
Respondent 2	Overzicht	+	/	Kwaliteit	/	+	/	-	/	/
Respondent 3	Taakverschuiving	+	+	Niet	/	+	/	-	-	/
Respondent 4	Overzicht	+	-	Ziekte	-	-	-	-	+	+
Respondent 5	Overzicht	+	/	Achterstallig	/	-	/	-	/	-
Respondent 6	Efficiency	-	+	Niet	-	+	/	-	/	+
Respondent 7	Overzicht	-	-	Niet	/	-	/	-	+	+
Respondent 8	Overzicht	-	+	Niet	/	+	/	-	/	/
Respondent 9	Efficiency	-	/	Niet	-	+	-	-	-	/
Respondent 10	Overzicht	+	-	Niet	-	+	/	-	/	/
Respondent 11	Efficiency	+	/	Niet	-	+	/	-	/	-
Respondent 12	Eenvormigheid	-	+	Kwaliteit	-	-	/	-	/	/
Respondent 13	Efficiency	+	+	Niet	-	+	+	+	/	/
Totaal	Overzicht	+	+	Niet	-	+	/	-	/	/

Kwaliteitsaspecten

In tabel 5.14 wordt de beoordeling van de verschillende kwaliteitsaspecten door de geïnterviewden schematisch weergegeven. Zij konden een cijfer toekennen van 1 t/m 10. Vonden ze het aspect niet van toepassing, dan mochten zij hier een 0 aan toekennen. De cijfers zoals hieronder aangegeven zijn een gemiddelde van alle dertien medewerkers die deelnamen aan het interview.

Tabel 5.14: Beoordeling verschillende kwaliteitsaspecten uitgedrukt in een gemiddeld cijfer

Kwaliteitsaspecten	Cijfer
1. Zorg- en leefplan / behandelplan	5.3
2. Communicatie en informatie	7.1
3. Lichamelijk welbevinden en gezondheid	6.8
4. Mentaal welbevinden	6.9
5. Zorginhoudelijke veiligheid	7.0
6. Inspraak cliënten	7.6
7. Woonomgeving en veiligheid	7.5
8. Voldoende en bekwaam personeel	6.6

Overige vragen

Binnen het interview is gevraagd naar verwachte flexibiliteit na invoering van het DRP-systeem. In tabel 5.15 is een overzicht opgenomen van deze verwachte flexibiliteit, uitgesplitst naar deel-vragen.

Tabel 5.15: Verwachte flexibiliteit na invoering van het DRP-systeem

FLEXIBILITEIT				
	<i>Flexibeler</i>	<i>Gelijk</i>	<i>Minder flexibel</i>	Totaal
Inzet van medewerkers	23%	38.5%	38.5%	100%
Werkprocessen	7.7%	61.5%	30.8%	100%
Zorgaanbod	15.4%	84.6%	0%	100%

De zelfzorg van cliënten neemt toe: 7.7% ja en 92.3% nee.

In de tabellen 5.16 en 5.17 wordt een overzicht getoond van de onderzoeksresultaten met betrekking tot ‘overige effecten’ en ‘sluit aan bij de visie en kernwaarden’.

Tabel 5.16: Overige effecten

OVERIGE EFFECTEN						
	<i>Neemt fors af</i>	<i>Neemt af</i>	<i>Neemt toe</i>	<i>Neemt fors toe</i>	<i>Geen ef- fect</i>	Totaal
Zelfontplooiing van medewerkers	7.7%	7.7%	0%	0%	84.6%	100%
Aantrekkelijkheid van de functie	7.7%	38.5%	15.4%	7.7%	30.8%	100%
Wervingskracht op de arbeidsmarkt	0%	30.8%	7.7%	0%	61.5%	100%

Tabel 5.17: Sluit aan bij de visie en kernwaarden

SLUIT AAN BIJ DE VISIE EN KERNWAARDEN				
	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Niet van toepassing</i>	Totaal
Draagt bij aan vraaggestuurde zorg	23.1%	23.1%	53.8%	100%
Draagt bij aan respect voor de cliënt en diens levenswijze	15.4%	7.7%	76.9%	100%
Draagt bij aan de autonomie van de cliënt	0%	7.7%	92.3%	100%
Vergroot het innovatief vermogen van de cliënt	53.8%	15.4%	30.8%	100%
Bevordert kwaliteit van leven van de cliënt	15.4%	7.7%	76.9%	100%
Maakt duidelijk dat gezondheid van werknemers belangrijk is	61.5%	15.4%	23.1%	100%

5.4 Feedback meetinstrumenten

Aan het eind van de vragenlijst is ruimte gelaten voor de geënquêteerden om vragen en/of opmerkingen te plaatsen. Meerdere respondenten gaven aan het moeilijk te vinden om hun verwachtingen uit te spreken over het nog in te voeren DRP-systeem.

De geïnterviewde coördinerend begeleiders gaven aan de interviewduur goed te vinden en niemand heeft het interview voortijdig afgebroken. De meeste kritiek werd gegeven op de vragen over de kwaliteit van de zorg. De meeste geïnterviewden hadden het idee dat het DRP-systeem weinig van doen heeft met de kwaliteit van de zorg.

Het tijdschrijven werd door één medewerker als te tijdrovend gezien en werd om die reden dan ook niet geretourneerd.

De TNO-instrumenten zijn ingevuld met hulp van de concerncontroller van SPZ. Hij gaf aan de instrumenten praktisch en relevant te vinden voor het meten van de arbeidsproductiviteit. Enig punt van kritiek is dat veel kosten die moesten worden ingevuld, bij de kosten baten analyse gedaan zijn op basis van schattingen.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken door middel van het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen.

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Levert de inzet van zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem arbeidsbesparing op en daardoor mogelijke kostenbesparing binnen Stichting Philadelphia Zorg en zo ja, wat is het verwachte effect hiervan op de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving?

Allereerst zullen de deelvragen worden beantwoord om zo te komen tot de beantwoording van de hoofdvraag.

Deelvraag 1

- a. *Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van het DRP-systeem op de arbeidsproductiviteit binnen SPZ?*

Het doel van onderhavig onderzoek is het ontwikkelen en uittesten van een valide, betrouwbaar en praktisch toepasbaar instrument voor het meten van de arbeidsproductiviteit binnen SPZ, dat tevens in staat is om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid te meten.

De effecten van het DRP-systeem op de arbeidsproductiviteit zijn gemeten middels enquêtes, interviews en tijdschrijven. De enquêtes en interviews geven een goed beeld van vooral de verwachtingen van medewerkers op de toe- of afname van arbeidsproductiviteit door middel van het DRP-systeem. Het tijdschrijven heeft potentie om aan te tonen of er een verschuiving optreedt van indirecte naar directe uren. Het tijdschrijven is een objectief meetinstrument, aangezien medewerkers exact moeten bijhouden hoeveel tijd zij kwijt zijn aan bepaalde werkzaamheden. Bij de enquêtes en interviews gaat het meer om de subjectieve beleving van de werknemers.

Het tijdschrijven dient als input voor het TNO meetinstrument. Via dit instrument kan worden bepaald of er besparing optreedt op de gewerkte uren.

- b. *Wat zijn de verwachtingen van de medewerkers ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de arbeidsbesparing binnen SPZ?*

Als er gekeken wordt naar de verwachtingen van de toe- of afname van productiviteit na implementatie van het DRP-systeem kan het volgende worden gezegd. Van de respondenten verwacht 18% dat de productie (in grote mate) gaat afnemen en 8.2% verwacht dat deze toeneemt. De overige 73.8% denkt dat er geen verschil optreedt of heeft de vraag niet beantwoord (4.9%). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de medewerkers niet verwacht dat het DRP-systeem de arbeidsproductiviteit gaat verhogen.

De geïnterviewde coördinerend begeleiders verwachten daarentegen dat er taakverschuiving zal plaatsvinden en dat de arbeidsproductiviteit zal toenemen. De meerderheid verwacht dat na de implementatie van het DRP-systeem minder invalkrachten/uitzendkrachten zullen worden ingezet. De verwachting is dat na de invoering van het DRP-systeem er in belangrijkere mate geautomatiseerd gewerkt gaat worden. Verder blijkt uit de interviews dat de medewerkers die bij de ambulante dienst werken negatiever staan ten opzichte van de opbrengsten van het DRP-systeem dan de overige medewerkers. Om deze reden is een regressie-analyse toegepast. Uit deze analyse blijkt dat er geen relatie is tussen het wel of niet werken bij de ambulante dienst en de verwachtingen ten aanzien van de productiviteit.

Binnen de vragenlijst is gevraagd aan de medewerkers om een tijdsverdeling te maken. De respondenten besteden gemiddeld 82% aan cliëntgebonden taken. De overige 18% wordt aan professioneel en organisatiegebonden taken en aan pauzes besteed.

Met het DRP-systeem zou een beter inzicht kunnen worden verworven in de taakbesteding. Uren, besteed aan cliëntgebonden/directe taken zijn de enige uren die declarabel zijn bij het zorgkantoor. Het zou SPZ een aanzienlijke besparing opleveren wanneer er minder uren aan de overige/indirecte taken worden besteed en meer aan de declarabele taken. Oftewel een verschuiving van indirecte naar directe taken. De medewerkers die in de ambulante zorg werken, houden op dit moment al bij welke taken zij uitvoeren. Dit zou kunnen worden doorgetrokken naar alle medewerkers binnen de regio Haaglanden.

Binnen de regio Haaglanden is aan verschillende werknemers gevraagd om hun werkgerelateerde activiteiten bij te houden door middel van tijdschrijven. Slechts één coördinerend begeleider heeft hieraan medewerking verleend. Als de resultaten hiervan worden vergeleken met die van alle medewerkers die de enquête hebben ingevuld, valt met name op dat de taken minder gevarieerd zijn en dat er meer tijd wordt besteed aan de uitvoering van de zorg.

Bij de locatie Watersnip hebben vier medewerkers tijd geschreven. De resultaten laten geen eenduidig beeld zien. Wél heeft het tijdschrijfinstrument potentie om een helder beeld te geven van eventuele veranderingen in taakbesteding. Vooral als dit over een langere periode met verschillende meetmomenten zou gebeuren.

Deelvraag 2

- a. Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van het DRP-systeem op de kwaliteit van de zorg vanuit het oogpunt van de medewerkers?*

In de enquête zijn vragen uit het TNO meetinstrument verwerkt om de verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van de zorg te achterhalen, gezien vanuit het oogpunt van de medewerkers. Tevens is dit onderwerp bevraagd binnen de interviews. De combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve vraagstelling geeft een goed beeld van de ervaren kwaliteit.

- b. Wat zijn de verwachtingen van de zorgverleners ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de kwaliteit van de zorg binnen SPZ?*

Op ‘zorg- en leefplan/behandelplan’ na krijgen de verschillende kwaliteitsaspecten alle een ruime voldoende van de coördinerend begeleiders. Dit cijfer is gebaseerd op de ervaren kwaliteitsbeleving zoals die op dit moment wordt beleefd.

Verder is gevraagd naar de flexibiliteit. De meerderheid van de werknemers verwacht dat de ‘inzet van medewerkers’ en de ‘werkprocessen’ gelijk zullen blijven of minder flexibel zullen worden na de invoering van het DRP-systeem. Het ‘zorgaanbod’ zal flexibeler worden of gelijk blijven.

Binnen de interviews wordt duidelijk aangegeven dat men niet verwacht dat de kwaliteit van de zorg zal veranderen. Het primaire proces van zorg zal volgens de coördinerend begeleiders niet veranderen met de komst van het DRP-systeem. Zij zien het DRP-systeem dan ook als een technologie die invloed heeft op de medewerkers en niet op de cliënten.

Deelvraag 3

- a. *Hoe kan worden gemeten wat de effecten zijn van de inzet van DRP-systeem op de arbeidsbeleving?*

Om een beeld te krijgen van de arbeidsbeleving is binnen de enquête gebruikgemaakt van een aantal schalen van de VBBA. Via de verkregen data is een Cronbach’s Alpha berekend over deze schalen. Alle vier de schalen bleken betrouwbaar te zijn met Chronbach’s Alpha van 0.809, 0.875, 0.779 en 0.834. Daarmee is aangetoond dat deze vier een goede schaalkwaliteit bezitten.

- b. *Wat zijn de verwachtingen van de medewerkers ten aanzien van de effecten van de inzet van DRP op de arbeidsbeleving binnen SPZ?*

Van de geïnterviewden geeft de meerderheid aan dat de werkbelasting niet zal veranderen met de komst van het DRP-systeem. Dit geldt zowel voor de functie van coördinerend begeleider als ten aanzien van de andere functies.

In het algemeen kan met betrekking tot de verwachtingen over risico’s op het werk worden gezegd dat de meeste medewerkers geen verschil verwachten na invoering van het DRP-systeem. Van de medewerkers die een ander antwoord geven, geeft de meerderheid aan de verwachting te hebben dat de risico’s zullen toenemen.

Uit de resultaten van de enquêtes blijkt dat de meerderheid van de medewerkers structureel of incidenteel overwerkt. Het percentage medewerkers dat structureel overwerkt, ligt hoog (26.67%). Door middel van het DRP-systeem zal het sociaal plannen afnemen, waardoor er een betere arbeidsverdeling ontstaat. Ook kan strakker worden gepland, door bijvoorbeeld minder overlap in uren te roosteren.

Centrale onderzoeksvraag

Na het beantwoorden van de deelvragen kan nu antwoord worden gegeven op de volgende vraag: *Levert de inzet van zorgtechnologie in de vorm van het DRP-systeem arbeidsbesparing op en*

daardoor mogelijke kostenbesparing binnen Stichting Philadelphia Zorg en zo ja, wat is het verwachte effect hiervan op de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving?

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat zij verwachten dat de inzet van het DRP-systeem niet gaat leiden tot een verhoogde arbeidsproductiviteit. Daarbij verwachten zij niet dat DRP zal ingrijpen op de kwaliteit van de zorg. Ook denken de medewerkers niet dat de werkbelasting zal veranderen. Hetzelfde geldt voor de verandering in risico's op het werk.

Voorafgaande aan het veldonderzoek is een aantal eisen opgesteld waaraan het meetinstrument zou moeten voldoen. Geconcludeerd kan worden dat aan deze eisen is voldaan. Het ontwikkelde instrument is in staat de arbeidsproductiviteit te berekenen op procesniveau. Het instrument kan zowel vooraf worden ingezet als tijdens een nameting. Het instrument meet naast de arbeidsproductiviteit tevens de kwaliteit van de zorg en de arbeidsbeleving. Tot slot zijn de ontwikkelde meetinstrumenten beperkt in lengte en afnameduur en vormen daarmee geen grote belasting voor de respondenten.

7. Discussie & aanbevelingen

Ten eerste dient te worden opgemerkt dat de definitie van zorgtechnologie die wordt gehanteerd binnen SPZ breder is dan alleen de technologie DRP. Sommige aspecten blijven onderbelicht binnen onderhavig onderzoek of worden helemaal niet behandeld. Toch is het interessant om alle aspecten van het begrip ‘zorgtechnologie’ te onderzoeken. Hier liggen dan ook mogelijkheden voor SPZ om vervolgonderzoek naar te laten doen.

Van tevoren zijn een aantal doelstellingen van de effectmeting opgesteld voor onderhavig onderzoek. Van de doelstellingen zijn de volgende twee niet behaald:

- vaststellen van de veranderingen in arbeidsbeleving door de overstap naar het Dienst Rooster Planning (DRP) Herstel systeem;
- vaststellen van de veranderingen in de beleving van de kwaliteit van de zorg door de overstap naar het DRP Herstel systeem.

De reden hiervan is dat er geen voor- en nameting heeft plaatsgevonden, waardoor er ook geen conclusies kunnen worden getrokken over eventuele veranderingen.

Van de volgende doelstelling is alleen punt I behaald.

- verwachtingen en gevolgen van de aanschaf van het DRP-systeem op korte termijn ten aanzien van de arbeidsaspecten in beeld brengen.

Waarbij is gekeken naar:

- I. Identificeren en kwantificeren van arbeidstaken voor en na invoering van het DRP-systeem.
- II. Het beoordelen van veranderingen mentale belasting bij de aanschaf van het DRP-systeem.
- III. Een oordeel geven over het uitkomen van verwachtingen die de medewerker had vóór de aanschaf van het DRP-systeem.

Het doel van het implementeren van het DRP-systeem zou moeten zijn om de arbeidsproductiviteit te verhogen, onder minimaal gelijkblijvende kwaliteit en zonder dat de arbeidsbeleving verslechtert. Gedurende het onderzoek bleek al snel dat dit geen gemakkelijk te realiseren doelstelling is binnen SPZ. Er zullen eerst de nodige proces- en cultuurveranderingen moeten plaatsvinden. Men is binnen SPZ Haaglanden veranderingsmoe. Er is bij voorbaat een zekere weerstand tegen vernieuwingen. Verschillende ontwikkelingen hebben dit in de hand gewerkt.

Wat echt opvalt binnen het veldonderzoek is dat er een discrepantie is tussen de verwachtingen over DRP van het management en die van de overige werknemers. Het hoger management en de projectleider DRP zien in het systeem een mogelijkheid om kosten te besparen en efficiënter te plannen en te roosteren. Uit de afgenomen enquêtes blijkt duidelijk dat de meerderheid van de medewerkers verwacht dat de efficiëntie zal afnemen of gelijkblijven. De hoofdoorzaak ligt vooral in het feit dat het DRP-systeem in het verleden al een keer is ingevoerd. Destijds was het geen succes. Daarnaast hebben zich de afgelopen jaren veel ontwikkelingen voorgedaan binnen de organisatie. Te denken valt hierbij aan een fusie, reorganisatie en de implementatie van andere ICT-toepassingen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot eerdergenoemde veranderingsmoeheid. Hierdoor heerst er een zekere weerstand onder de medewerkers tegen het DRP Herstel project. Mede ge-

zien de genoemde problematiek is het goed om te kijken naar de arbeidsbeleving. Dit aspect is dan ook onderzocht binnen onderhavig onderzoek.

Doordat een behoorlijk aantal medewerkers sceptisch tegenover het DRP-systeem staat, krijgt het geen goede kans om optimaal te worden geïmplementeerd. Binnen de interviews komt bijvoorbeeld duidelijk naar voren dat medewerkers eerst bewijzen willen zien, voordat zij gaan geloven in het DRP-systeem. Ook wordt vaak een gebrek aan goede ICT-voorzieningen genoemd voor het falen van bepaalde projecten. Het is belangrijk voor SPZ om eerst de onvrede onder de medewerkers weg te nemen. Gebeurt dit niet, dan kan dit een ernstig obstakel gaan vormen bij het implementeren van toekomstige zorgtechnologieën.

De weerstand tegen de invoering van het DRP-systeem heeft ook invloed gehad op de veldstudie van onderhavig onderzoek. Het ligt voor de hand dat bepaalde vragen negatiever en minder objectief zijn ingevuld omdat de medewerkers bij voorbaat negatief tegenover de invoering van het systeem stonden.

Een randvoorwaarde voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit met behulp van het DRP-systeem is dan ook het wegnemen van de weerstand onder medewerkers. Uit de onderzoeksresultaten komt duidelijk naar voren dat veel nieuwe ideeën niet goed worden doorgevoerd binnen SPZ. Een technologie kan in theorie nog zo goed zijn, deze zal ook in de praktijk moeten worden toegepast.

In de theorie wordt de productiviteitsparadox aangehaald. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de coördinerend begeleiders verwachten dat dit verschijnsel zal optreden. Mocht arbeidsbesparing optreden dan zal dit naar verwachting worden ingezet om de kwaliteit van de zorg te verhogen of bepaalde locaties uit de rode cijfers te krijgen.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers van de ambulante dienst kritischer staan ten opzichte van de bruikbaarheid van het DRP-systeem dan medewerkers in andere diensten. Door middel van een regressie-analyse is getracht te achterhalen of er inderdaad een lineair verband bestaat tussen verwachtingen ten opzichte van DRP en het al dan niet werkzaam zijn in de ambulante dienst. Deze hypothese bleek niet overeind te blijven. Er is dus geen relatie tussen het al dan niet werkzaam zijn binnen de ambulante dienst en de verwachtingen ten aanzien van het DRP-systeem. Dit neemt niet weg dat er wel een verband kan zijn. Dit is echter niet significant. Ook is gekeken naar de variabele leeftijd. Ook hierbij is geen lineair verband gevonden.

In de meest ideale situatie zou zowel een voor- als een nameting hebben plaatsgevonden. Er heeft echter alleen een voormeting plaatsgevonden. Hierdoor is het niet mogelijk om een gedegen effectmeting te doen. Wél kan het een en ander worden gezegd over de bruikbaarheid van de meetinstrumenten.

De TNO instrumenten blijken handige tools om de arbeidsproductiviteit te meten. In het meetinstrument arbeidsinnovatie moeten taken en tijdsbesteding worden opgegeven. Het instrument gaat er hierbij klakkeloos van uit dat dit bekend is binnen de organisatie. Binnen SPZ bleek deze informatie niet direct voorhanden. Voor de ambulante zorg werd wel via het DRP-systeem bijge-

houden welke taken de medewerkers uitvoeren en de daarmee gepaard gaande tijdsbesteding. Voor de overige diensten is hierover echter geen informatie bekend. Binnen het onderzoek is gebruikgemaakt van een extra tijdschrijfinstrument om zo de taken en tijdsbesteding te achterhalen. Via het DRP-systeem zou het mogelijk kunnen worden gemaakt voor werknemers om hun activiteiten te registreren. Door de informatie die hieruit verkregen kan worden, is SPZ beter in staat om te sturen op uren.

Het blijkt nog moeilijk voor de respondenten om het instrument voor het tijdschrijven in te vullen. Bij sommige taken worden geen codes genoemd. Het is soms moeilijk taken onder één nummer/code te plaatsen. Wél geven de resultaten van de meting een duidelijke weergave aan van de verandering tussen de nul- en de éénmeting. Door over een langere periode te meten en met meer medewerkers kan een goed beeld worden verkregen of er taakverschuiving plaatsvindt.

Voor het achterhalen van de arbeidsbeleving is gebruikgemaakt van vier schalen van de VBBA. Over deze schalen is een Chronbach's Alpha berekend. Alle vier de schalen hebben een dusdanig hoge Alpha dat ze als betrouwbare meetschalen kunnen worden gezien voor het meten van de verschillende concepten.

Bij het meten van de kwaliteit van de zorg is alleen uitgegaan van de mening van de zorgverleners. Binnen het onderzoek is getracht om een meetinstrument te ontwikkelen voor de cliëntvertegenwoordigers. Dit gedeelte van het onderzoek kon echter geen doorgang vinden, aangezien de regio Haaglanden hiervoor geen toestemming wilde verlenen. Toch is het belangrijk om niet alleen te meten vanuit de zorgverlener, maar ook te kijken naar de opinie van de cliënt(vertegenwoordiger).

Om goede conclusies te kunnen trekken dient er tevens een nameting plaats te vinden. Op deze wijze kunnen de onderzoeksresultaten worden vergeleken en kan bepaald worden of het DRP-systeem de gewenste effecten sorteert. Het is aan te bevelen binnen SPZ na een bepaalde periode, bijvoorbeeld na één jaar, een tweede nameting te doen. Dan kan worden gekeken of eventuele veranderingen blijvend zijn.

Referenties

- Albeda, H. D. (2004). *Doelmatigheid en doeltreffend. Controlele door de gemeenteraad in het duale stelsel*. Amsterdam: Stichting Rekenschap. Amsterdam: Stichting Rekenschap.
- Arensbergen, C., & Liefhebber, S. (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW beroepsontwikkeling: auteur.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, & Teunissen, J.(1995). Basisboek kwalitatief onderzoek. Houten: Educatieve Partners Nederland bv.
- Bland, J.M., & Altman, G.A. (1997). General practice. Statistics notes: Chronbach's alpha. *BMJ*, 314, 572.
- Boer, H., & Krabbendam, J. J. (1993). *Dictaat Inleiding organisatiekunde*. Enschede: Universiteit Twente.
- Briggs, A.H., & Gray, A.M.(1999). Methods in health service research. Handling uncertainty in economic evaluations of healthcare interventions. *BMJ*, 319, 635-638.
- De Pers (2009). Gehandicapteninstelling Philadelphia bijna failliet. Op 19 januari 2009 ontleend aan <http://www.depers.nl/binnenland/275350/Grote-gehandicapteninstelling-bijna-failliet.html>.
- Drenth, J.D., & Sijtsma, K. (1990). *Testtheorie: inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Foster, J., Barkus, E., & Yavorsky, C. (2006). *Understanding and using advanced statistics*. London: SAGE Publications.
- Goris, A., & Mutsaers, H. (2008). Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden. Leiden: STG/Health Management Forum.
- Groot, I., Kruytzer, J., & Maljers, J. (2005). An international comparison of health care systems on diffusion of innovation. Amsterdam: SEO. SEO-rapport nr. 819.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge.
- Lugtenburg, S. (2007). Dienstroosterplanning. Wat is er aan de hand? Houten: Corgwell.

- NRC (2008). Faillissement dreigt voor ziekenhuizen Flevoland. Op 19 januari 2009 ontleend aan http://www.nrc.nl/binnenland/article2007221.ece/Faillissement_dreigt_voor_ziekenhuizen_Flevoland.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Den Haag: RVZ, 2006a.
- Smit, M., Kleijn, E., de. (2007). Innovaties vergroten arbeidsproductiviteit en kwaliteit van de zorg. Op 01 juli 2008 ontleend aan <http://www.tno.nl/downloads/SW-innovatie-in-de-zorg.pdf>.
- Stichting Philadelphia Zorg (2007). *Nota Zorgtechnologie*. Nunspeet, Stichting Philadelphia Zorg: auteur.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper-Collins.
- Wieggers, T.A., Stubee, J.H., & Triemstra, A.H.M. (2007). Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten. Utrecht: NIVEL.
- Vries, G.C., de. (1982). Het open interview als onderzoeksinstrument. Amsterdam: SCO CAHIERS.

Lijst afkortingen

ABC	Activity-Based Costing
DRP	Dienst Rooster Planning
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SPZ	Stichting Philadelphia Zorg
VVBA	De Beleving en Beoordeling van de Arbeid
ZT	Zorgtechnologie
ZZP	Zorgzwaartepakket
DBC	Diagnosebehandelingcombinaties

Bijlagen

Bijlage I

Toelichting TNO instrument

Toelichting TNO instrument

De door TNO Kwaliteit van Leven ontwikkelde Kosten Baten Analyse is een vrij toegankelijke webapplicatie die de kosten en baten van (toekomstige) innovaties overzichtelijk in beeld brengt. De tool geeft managers in zorginstellingen cijfers en argumenten om via innovaties de kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren. Zorgmanagers kunnen met de Kosten Baten Analyse de kosten en baten analyseren van een innovatie die de uitvoering van een werkproces moet verbeteren. De tool is op twee momenten te gebruiken:

- voorafgaand aan de beslissing om in te schatten of een voorgenomen innovatie effect heeft;
- na invoering van de innovatie om te meten of de innovatie het verwachte effect heeft.

Aanvulling op het meetinstrument arbeidsinnovatie

De Kosten Baten Analyse is een aanvulling op het Meetinstrument Arbeidsinnovatie. Het Meetinstrument Arbeidsinnovatie analyseert de huidige werkwijze, berekent hoeveel tijd een zorgproces kost en beoordeelt de kwaliteit. Het nieuwe instrument Kosten Baten Analyse voegt daar de kosten en baten aan toe. De twee instrumenten vullen elkaar dus goed aan. Toepassing van de instrumenten levert een vergelijking op tussen de kosten en baten van de innovatie met die van het huidige of voormalige zorgproces.

Opzet van de Kosten Baten Analyse

De Kosten Baten Analyse bevat vier categorieën:

1. Prestaties (waaronder productiviteit, gemeten met het Meetinstrument Arbeidsinnovatie).
2. Investeringskosten.
3. Exploitatiekosten.
4. Overige effecten.

Het resultaatblad

Op het resultaatblad worden automatisch alle gegevens en de rekenresultaten weergegeven. Bij “Totaal effect op bedrijfsvoering” moet in ogenschouw worden genomen dat dit het totaal is van alle mogelijke effecten. Dat betekent dat reductie van bestede tijd is doorgerekend naar besparing op personeel. Daarvoor zal lang niet altijd worden gekozen. Andere keuzes zijn bijvoorbeeld:

- a) de tijdsbesparing die in het beschreven proces kan worden bereikt inzetten voor activiteiten die nieuwe inkomsten genereren; mogelijk is dit al ingevoerd onder de wijziging van de inkomsten AWBZ of WMO;
- b) de extra kosten accepteren. Er zijn immers positieve effecten, bijvoorbeeld hogere zorgkwaliteit; minder werkdruk; geringere belasting; grotere flexibiliteit;
- c) een mix: de hogere exploitatiekosten die het gevolg zijn van de innovatie worden gedekt uit een beperkte krimp van de formatie. De rest van de tijd wordt ingezet voor de twee mogelijkheden a en/of b hierboven (TNO, 2007).

Meetinstrument Arbeidsinnovatie

Om inzicht te krijgen in de effecten van innovatie- en verbetertrajecten op de arbeidsproductiviteit heeft TNO in opdracht van ZonMw het Meetinstrument Arbeidsinnovatie ontwikkeld. Dit beoordelingsinstrument geeft inzicht in veranderingen in tijdsbesteding van medewerkers als gevolg van een innovatie. Daarnaast wordt ook het effect van de innovatie op de kwaliteit van zorg beoordeeld.

‘Het meetinstrument Arbeidsinnovatie is voor verschillende doeleinden te gebruiken.

1. Het meten van hoeveel tijd de uitvoering van een bepaald werkproces kost in de huidige situatie en hoeveel tijd dat gemiddeld is per cliënt. Aanvullend kan een kwalitatieve beoordeling worden gegeven over kwaliteitsaspecten betreffende dit werkproces.
2. Het verbeteren van een bepaald werkproces en het willen weten wat de effecten zijn voor de arbeidsproductiviteit en de kwaliteit van zorg. Om die effecten te kunnen beoordelen moet de huidige situatie worden vastgesteld in een nulmeting.
3. Het maken van een inschatting van de besluitvorming omtrent de invoering van een innovatie en van de effecten van de innovatie op de arbeidsproductiviteit en de kwaliteit van de zorg van een bestaand werkproces. Met een virtuele meting wordt, in combinatie met de nulmeting, inzicht verkregen in de veranderingen met betrekking tot de tijdsbesteding en de kwaliteit van de zorg.

Een virtuele meting kan ook worden uitgevoerd voor een nieuwe dienst of zorgverlening. Inzicht in de verwachte taken en tijdsbesteding per taak kan de besluitvorming omtrent het nieuwe product beter onderbouwen.

4. Het willen weten wat de effecten zijn voor de arbeidsproductiviteit en de zorgkwaliteit van een ingevoerde innovatie of verbetering van een werkproces. De effectmeting geeft, in combinatie met de nulmeting en/of virtuele meting, inzicht in de veranderingen in vergelijking met de oude situatie en/of de beoogde situatie (Smit & De Kleijn, 2007)’.

Het Meetinstrument Arbeidsinnovatie is in eerste instantie bedoeld om de arbeidsproductiviteit en de veranderingen daarin te kunnen vaststellen, met daaraan gekoppeld de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Beoordeling van de kwaliteit van de zorg is dan ook een afgeleid aspect.

Waar in de meeste economische evaluaties te eenzijdig wordt gemeten op kostenaspecten, wordt er binnen het TNO model ook gekeken naar de kwaliteit van de zorg. Volgens Son (1991) zijn productiviteit, kwaliteit en flexibiliteit de drie belangrijkste elementen in het beoordelen van een nieuwe technologie. Alle drie de aspecten worden behandeld in het TNO model. Het verschil is dat de kwaliteit en de flexibiliteit in het TNO model niet worden uitgedrukt in monetaire eenheden, maar in een kwalitatieve meting.

Bijlage II

E-mail TNO

E-mail TNO

Beste Barbara,

De methode die wij gebruiken is de zogenoemde cash flow. Dat wil zeggen dat je alle financiële effecten als in één kolom weergeeft, ze in feite allemaal als kosten ziet. Positieve bedragen zijn dan werkelijke kosten, negatieve zijn in feite kostenbesparingen.

In feite gebruiken we het begrip baten dan niet. Inkomsten, zoals bijdragen vanuit de AWBZ zijn bedoeld om kosten te dekken, en daarmee negatieve kosten.

Vraag me niet welke theorieën er achter zitten. De gebruikte aanpak is normaal in bedrijfseconomische analyses, zo ook het onderscheid in eenmalige kosten (investeringen) en jaarlijkse kosten (exploitatiekosten). De eenmalige drukken via afschrijvingsmethodiek op de exploitatiekosten. Dat gebeurt hetzij eenmalig bij niet afschrijven, hetzij over meerdere jaren; in het laatste geval is het normaal ook rente te rekenen.

De categorieën binnen de investeringen of binnen de exploitatiekosten passen bij de soort interventies in de zorg.

Aanleiding om productiviteit zo apart in onze aanpak op te nemen, is het gegeven dat de instrumenten zijn ontwikkeld om het probleem van krapte aan arbeidscapaciteit aan te pakken. Doel van ZonMw was om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen. Pas als aanvullende vraag is de kosten baten verhouding opgekomen.

De kwalitatieve effecten zijn gekozen binnen de scope van bedrijfsvoering in de zorg (die hebben we getoetst).

Verzuimeffecten kan je in beginsel omrekenen naar kosten, maar als je, wat de bedoeling was, een eenvoudige berekeningswijze met weinig inputvariabelen zou willen ontwikkelen, dan was de betrouwbaarheid van de uitkomsten nogal laag. Bovendien zijn de verzuimkosten effecten heel vaak erg klein in vergelijking met de effecten op arbeidsproductiviteit en overige exploitatiekosten, zo is onze ervaring. Vandaag de kwalitatieve benadering.

Voor flexibiliteit, arbeidsmarkt en kernwaarden is kwantitatief analyseren te complex binnen het kader van het doel van deze instrumenten.

Met vriendelijke groet,

TNO

Ernst Koningsveld

senior adviseur

T +31 23 554 95 24

F +31 23 554 93 05

E ernst.koningsveld@tno.nl

Disclaimer

III

Kwaliteitsaspecten TNO instrument

Kwaliteitsaspecten TNO instrument

Kwaliteitsaspecten	Toelichting
1. Zorg- en leefplan / behandelplan	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Gewerkt wordt met zorg-, leef- en behandelplannen - De kwaliteit van de zorg-, leef- en behandelplannen
2. Communicatie en informatie	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Adequaat met cliënten en familie wordt gecommuniceerd - Cliënten en familie adequaat worden geïnformeerd - Cliënten en familie adequaat worden bejegend
3. Lichamelijk welbevinden en gezondheid	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Cliënten zich als schoon en verzorgd ervaren - Cliënten die dat nodig hebben maaltijden, hapjes en drankjes ontvangen
4. Mentaal welbevinden	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Cliënten aandacht en ondersteuning krijgen voor een eigen identiteit en levensinvulling - Er sprake is van aandacht en ondersteuning voor depressies en stemmingsstoornissen
5. Zorginhoudelijke veiligheid	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Sprake is van decubituspreventie - Adequate verzorging plaatsvindt met betrekking tot vocht- en voedselinname - Sprake is van valpreventie - Beperking van het aantal verschillende medicijnen - Preventie en behandeling van influenza (vaccinatie cliënten en medewerkers) - Preventie van urine-incontinentie - Adequate omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen - Aandacht en zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn - Aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden

6. Inspraak cliënten	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Cliënten keuzevrijheid hebben (ten aanzien van behandelaar en behandelaanbod) - Met cliënten wordt afgestemd in hoeverre de behandeling aan hun zorgwensen voldoet - Rekening gehouden wordt met privé-voorkeuren
7. Woonomgeving en veiligheid	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Er gezorgd is voor een adequaat systeem van alarmering en alarmopvolging - Er sprake is van calamiteitenpreventie - Er rekening wordt gehouden met privacy in de eigen woonruimte - De eigen woonomgeving wordt schoongehouden
8. Voldoende en bekwaam personeel	Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin: - Cliënten meteen geholpen kunnen worden als daar aanleiding toe is - Het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen

IV

Interview coördinerend begeleiders

Interview vóór implementatie van de technologie

Universiteit Twente	2008
Interview coördinerend begeleiders Stichting Philadelphia Zorg	
Respondentnummer	
Naam geïnterviewde	
Datum afname: jaar	, maand 11 , dag 2008
Tijdstip afname	
Plaats	
Geboortejaar	
Geslacht vrouw	

1. Wat is volgens u de reden dat het nieuwe DRP systeem wordt ingevoerd?
2. Verwacht u dat het DRP bepaalde taken van begeleiders overneemt? En zo ja, op welke wijze?
3. Verwacht u dat de efficiëntie van arbeid per medewerker zal toenemen of afnemen na de implementatie van het DRP systeem, en waarom?
4. Mocht er arbeidsbesparing optreden, op welke wijze verwacht u dat deze bespaarde tijd zal worden ingezet binnen de organisatie?
5. Hoe verwacht u dat de kwaliteit van de zorg zal zijn na de komst van het nieuwe DRP systeem? Waarin verwacht u dat dit zich zal uitten?
6. Hoe denkt u dat het primaire proces van het leveren van zorg verandert met de implementatie van het nieuwe DRP systeem?
7. Welke veranderingen zullen volgens u optreden in het takenpakket met de implementatie van het nieuwe DRP systeem?
 - a. voor de medewerkers die bijdragen aan het leveren van primaire zorg?
 - b. Voor uw eigen functie?
8. Welke invloed verwacht u van het nieuwe DRP systeem op de werkbelasting:
 - a. voor de medewerkers die bijdragen aan het leveren van primaire zorg?
 - b. voor uw eigen functie?

9. Verwacht u dat er in hogere mate geautomatiseerd gewerkt zal worden? En zo ja, hoe zal dit de eenvormigheid van de werkwijze voor de verschillende teams beïnvloeden?
10. Wat verwacht u ten aanzien van de verhouding tussen invalkrachten/uitzendkrachten na de inzet van het DRP systeem?

Flexibiliteit

1. Wat verwacht u ten aanzien van de inzet van de medewerkers na invoering van het DRP systeem? Deze is...

- ☐ Flexibeler
☐ Minder flexibel
☐ Gelijk

2. Wat verwacht u ten aanzien van de werkprocessen na invoering van het DRP systeem? Deze zijn...

- ☐ Flexibeler
☐ Minder flexibel
☐ Gelijk

3. Wat verwacht u ten aanzien van het zorgaanbod na invoering van het DRP systeem? Deze is...

- ☐ Flexibeler
☐ Minder flexibel
☐ Gelijk

Overige effecten

1. De zelfzorg van cliënten neemt toe

- ☐ Ja
☐ Nee

2. De zelfontplooiing van medewerkers

- ☐ Neemt fors af
☐ Neemt af
☐ Neemt toe
☐ Neemt fors toe
☐ Geen effect

3. De aantrekkelijkheid van de functie

- ☐ Neemt fors af
- ☐ Neemt af
- ☐ Neemt toe
- ☐ Neemt fors toe
- ☐ Geen effect

4. Wervingskracht op de arbeidsmarkt

- ☐ Neemt fors af
- ☐ Neemt af
- ☐ Neemt toe
- ☐ Neemt fors toe
- ☐ Geen effect

Sluit aan bij de visie en kernwaarden

1. Draagt bij aan vraaggestuurde zorg

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

2. Draagt bij aan respect voor de cliënt en diens levenswijze

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

3. Draagt bij aan autonomie van de cliënt

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

4. Vergroot het innovatief vermogen van de instelling

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

5. Bevordert kwaliteit van leven van de cliënt

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Niet van toepassing

6. Maakt duidelijk dat gezondheid van werknemers belangrijk is

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Niet van toepassing

Beoordeling kwaliteitsaspecten

Hier onder worden een paar kwaliteitsaspecten genoemd. Wilt u hieraan een cijfer toekennen op een schaal van 1 t/m 10, waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? Als het kwaliteitsaspect niet van toepassing is, wordt dit aangegeven met een 0.

Kwaliteitsaspecten	Cijfer
9. Zorg- en leefplan / behandelplan	5
10. Communicatie en informatie	7
11. Lichamelijk welbevinden en gezondheid	7
12. Mentaal welbevinden	6
13. Zorginhoudelijke veiligheid	7
14. Inspraak cliënten	7
15. Woonomgeving en veiligheid	1
16. Voldoende en bekwaam personeel	5

Interview na implementatie van de technologie

Universiteit Twente	2008
Interview coördinerend begeleiders Stichting Philadelphia Zorg	
Respondentnummer	
Naam geïnterviewde	
Datum afname: jaar , maand , dag	
Tijdstip afname	
Plaats	
Geboortejaar	
Geslacht	

1. Heeft het DRP systeem bepaalde taken van begeleiders overgenomen? En zo ja, op welke wijze?
2. Is de efficiëntie van arbeid per medewerker toegenomen of afgenomen na de implementatie van het DRP systeem, en waarom?
3. Als er arbeidsbesparing is opgetreden op welke wijze is de bespaarde tijd ingezet binnen de organisatie?
4. Hoe is de kwaliteit van zorg na de invoering van het nieuwe DRP systeem? Waarin uit zich dit?
5. Hoe is het primaire proces van het leveren van zorg verandert met de implementatie van het DRP systeem?
6. Welke veranderingen zijn opgetreden in het takenpakket met de implementatie van het DRP systeem?
 - a. voor de medewerkers die bijdragen aan het leveren van primaire zorg?
 - b. Voor uw eigen functie?
7. Welke invloed heeft het nieuwe DRP systeem op de werkbelasting
 - a. voor de medewerkers die bijdragen aan het leveren van primaire zorg?
 - b. voor uw eigen functie?
8. Wordt er in hogere mate geautomatiseerd gewerkt? En zo ja, hoe beïnvloedt dit de eenvormigheid van de werkwijze voor de verschillende teams?
9. Hoe is de implementatie verlopen volgens u?

10. Welke invloed heeft het DRP systeem gehad op de verhouding invalkrachten/uitzendkrachten?

Flexibiliteit

1. De inzet van de medewerkers na invoering van het planning en registratiesysteem is...

- ☐ Flexibeler
- ☐ Minder flexibel
- ☐ Gelijk

2. De werkprocessen na invoering van het planning- en registratiesysteem zijn...

- ☐ Flexibeler
- ☐ Minder flexibel
- ☐ Gelijk

3. Het zorgaanbod na invoering van het planning- en registratiesysteem is...

- ☐ Flexibeler
- ☐ Minder flexibel
- ☐ Gelijk

Overige effecten

1. De zelfzorg van cliënten neemt toe

- ☐ Ja
- ☐ Nee

2. De zelfontplooiing van medewerkers

- ☐ Neemt fors af
- ☐ Neemt af
- ☐ Neemt toe
- ☐ Neemt fors toe
- ☐ Geen effect

3. De aantrekkelijkheid van de functie

- ☐ Neemt fors af
- ☐ Neemt af
- ☐ Neemt toe

- ☐ Neemt fors toe
- ☐ Geen effect

4. Wervingskracht op de arbeidsmarkt

- ☐ Neemt fors af
- ☐ Neemt af
- ☐ Neemt toe
- ☐ Neemt fors toe
- ☐ Geen effect

Sluit aan bij de visie en kernwaarden

1. Draagt bij aan vraaggestuurde zorg

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

2. Draagt bij aan respect voor de cliënt en diens levenswijze

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

3. Draagt bij aan autonomie van de cliënt

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

4. Vergroot het innovatief vermogen van de instelling

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

5. Bevordert kwaliteit van leven van de cliënt

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet van toepassing

6. Maakt duidelijk dat gezondheid van werknemers belangrijk is

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Niet van toepassing

Beoordeling kwaliteitsaspecten

Hier onder worden een paar kwaliteitsaspecten genoemd. Wilt u hier aan een cijfer toekennen op een schaal van 1 t/m 10, waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? Als het kwaliteitsaspect niet van toepassing is, wordt dit aangegeven met een 0.

Kwaliteitsaspecten	Cijfer
1. Zorg- en leefplan / behandelplan	
2. Communicatie en informatie	
3. Lichamelijk welbevinden en gezondheid	
4. Mentaal welbevinden	
5. Zorginhoudelijke veiligheid	
6. Inspraak cliënten	
7. Woonomgeving en veiligheid	
8. Voldoende en bekwaam personeel	

Bijlage V

Vragenlijst medewerkers

Vragenlijst medewerkers

Beste medewerk(st)er van Stichting Philadelphia Zorg,

Uw organisatie wil graag meer inzicht krijgen in de mogelijkheden van het toepassen van zorg-technologie in de zorg. Door het invullen van deze vragenlijst over uw wensen helpt u hierbij. De vragenlijsten worden verzameld en verwerkt. Daarna zal er gekeken worden naar de uitkomsten en zullen er eventuele acties worden ondernomen om de wensen en behoeften van de medewerkers te vervullen.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Barbara Michels, een Master studente Health Sciences, die studeert aan de Universiteit Twente (UT). De UT functioneert als onderzoeksinstituut, die in opdracht van Stichting Philadelphia Zorg een onderzoek doet naar de mogelijkheden van zorg-technologie binnen de organisatie.

Het invullen van de vragenlijst is strikt persoonlijk en de uitkomsten worden anoniem verwerkt. Dit betekent dat alleen de onderzoekster de ingevulde enquêtes te zien krijgt. Er zal echter wel naar uw naam worden gevraagd. De enige reden hier voor is dat er zowel een voor- als een name-ting zal plaatsvinden en dat hierdoor de resultaten van beide metingen met elkaar vergeleken kunnen worden. Het beantwoorden van de vragenlijst kost ongeveer vijftien minuten.

Bij vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst kunt u contact opnemen met Barbara Michels, e-mail: g.a.c.michels@student.utwente.nl.

Wilt u de ingevulde vragenlijst binnen 2 weken in de bijgevoegde antwoordenvolop (een postzegel is niet nodig) terugsturen naar het volgende adres:

Barbara Michels
Witbreuksweg 397-204
7522 ZA ENSCHEDE

U kunt dezelfde vragenlijst ook digitaal invullen, mocht u dit handiger vinden. U kunt deze vragenlijst vinden door naar volgende link te gaan: <http://www.thesistools.com/?qid=57701&ln=ned>.

Alvast vriendelijk bedankt voor uw medewerking.

Persoonsgegevens

Eerst worden er enkele vragen gesteld over uw persoonsgegevens. Het doel is om tot een algemeen beeld te komen. Er is dan niet meer te achterhalen wie wat heeft geantwoord in de vragenlijst.

1. Wat is uw voornaam?
2. Wat is uw achternaam?
3. Wat is uw geboortejaar?
4. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
5. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? (Afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)
 - ☐ Géén onderwijs
 - ☐ Basisonderwijs
 - ☐ Mavo/VMBO
 - ☐ Havo
 - ☐ Vwo/gymnasium
 - ☐ Lager beroepsonderwijs (LBO)
 - ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
 - ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
 - ☐ Wetenschappelijk onderwijs (WO)
6. Binnen welke functie bent u werkzaam?
 - ☐ Vaste wacht
 - ☐ Assistent verzorgenden
 - ☐ Verzorgende
 - ☐ Coördinerend verzorgenden
 - ☐ Coördinator zorg
 - ☐ Cliëntadviseur
 - ☐ Verpleegkundige
 - ☐ Assistent begeleider
 - ☐ Begeleider
 - ☐ Coördinerend begeleider
 - ☐ Jobcoach
 - ☐ Beheerder
 - ☐ Behandelcoördinator

☐ Anders, nml...

7. In welke dienst bent uw werkzaam? U kunt meerder opties aanvinken.

☐ Ambulante ondersteuning/begeleiding

☐ Kort verblijf opvang

☐ Dagactiviteiten en werk

☐ Wonen in en woongroep

8. Hoeveel dienstjaren werkt u bij deze organisatie?

.. jaren

9. Wat is uw dienstrooster?

☐ Dagdienst

☐ Onregelmatige dienst

☐ Anders, nl...

10. Wat voor soort contract heeft u?

☐ Vaste aanstelling

☐ Jaarcontract

☐ Invalkracht

☐ Tijdelijk contract

☐ Anders, nl...

Werkbelasting en verzuim

11. Hoeveel uren per week werkt u?

.. uren per week (volgens contract)

12. Hoeveel dagen in de week werkt u?

. dagen

13. Werkt u over, dat wil zeggen meer uren dan contractueel zijn vastgelegd?

☐ Ja, structureel

☐ Ja, incidenteel

☐ Nee, nooit

14. Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van het aantal cliënten dat per medewerker kan worden ondersteund na de invoering van het Dienst Rooster Planning systeem?

Het aantal cliënten dat per medewerker kan worden ondersteund, zal na de invoering van het Dienst Rooster Planning systeem als volgt veranderen:

- ☐ Neemt veel af
☐ Neemt af
☐ Neemt niet af/niet toe
☐ Neemt toe
☐ Neemt veel toe

15. De volgende vraag gaat over deeltaken. Er worden verschillende deeltaken genoemd. Per deeltaak worden er voorbeelden gegeven wat er onder deze deeltaak wordt verstaan. U kunt per deeltaak aangeven hoeveel procent van uw werktijd u aan deze taak besteedt. Als u een bepaalde taak niet uitvoert, dan kunt u bij deze deeltaak het cijfer 0 opgeven. Alle deeltaken bij elkaar moeten opgeteld op honderd procent uitkomen.

Taken	Percentage
Vaststellen van de benodigde zorg. Inventariseren van de woon- en leefsituatie en verhelderen van de vraag van de cliënt.	
Plannen van zorg. Opstellen van een begeleidingsplan voor en/of met de cliënt.	
Plannen van medewerkers. Kijken naar welke zorg een cliënt nodig heeft en hier medewerkers voor inplannen.	
Uitvoeren van zorg. Bijvoorbeeld observeren en signaleren, het verzorgen, het begeleiden, het verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven en coördineren.	
Evalueren van zorg. Het evalueren van het behandelproces en het totale zorgproces. Bijvoorbeeld het evalueren en bijstellen van het begeleidingsplan.	
Professiegebonden taken. Bijhouden van de eigen deskundigheid en ontwikkeling in het vakgebied.	
Organisatiegebonden taken. Samenwerken intern en extern. Meedenken en meewerken aan verbetering van het hulpverleningsaanbod. Bijdragen aan de organisatie en het beheer van de werkeenheid of organisatie-eenheid.	
Pauze. Koffiepauze, middagpauze.	
Totaal	100%

16. Geeft u bij onderstaande vragen alstublieft aan wat uw verwachtingen zijn ten opzichte van invoering van het nieuwe Dienst Rooster Planning systeem op de risico's van het werk. Bij deze vragen zijn de antwoordmogelijkheden aangegeven in schalen. U vinkt het hokje aan op de schaal dat overeenkomt met het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

a. Hoe zal het DRP project invloed hebben op de lichamelijke belasting van uw werk?

Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe

b. Hoe zal het DRP project uw werkdruk beïnvloeden?

Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe

c. Wat zal het effect van het DRP project zijn op uw emotionele belasting?

Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe

d. Wat zal het effect van het DRP project zijn op uw ziekteverzuim?

Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe

e. Wat zal het effect van het DRP project zijn op de kans van arbeidsongeschiktheid?

Neemt veel af	Neemt af	Neemt niet af/niet toe	Neemt toe	Neemt veel toe

Beleving en beoordeling van arbeid

Deze vragenlijst gaat over de kenmerken van uw werk en de werkomgeving. Ook worden vragen gesteld over uw welbevinden en gezondheid. De vragen zijn geordend in groepen, zodat u kunt zien waar de vragen over gaan.

Het is de bedoeling dat u de vragen zonder lang na te denken beantwoordt, want uw eerste ingeving is vaak de juiste. We verzoeken u de vragen zelf te beantwoorden, dus zonder overleg met anderen.

Kruis altijd slechts één antwoord aan, ook al vindt u de keuze tussen de antwoorden misschien moeilijk. Kies het antwoord dat naar uw mening het beste bij uw situatie past.

Het kan voorkomen dat bepaalde vragen veel op elkaar lijken. Toch is het belangrijk dat u alle vragen invult.

In de volgende modules vragen wij u om aan te geven hoe vaak bepaalde zaken aan de orde zijn. U kunt kiezen uit de antwoordmogelijkheden: Altijd (1), Vaak (2), Soms (3) of Nooit (4).

17. Werktempo en hoeveelheid				
	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
1. Moet u erg snel werken?				
2. Heeft u te veel werk te doen?				
3. Moet u extra hard werken om iets af te krijgen?				
4. Werkt u onder tijdsdruk?				
5. Moet u zich haasten				
6. Kunt u uw werk op uw gemak doen?				
7. Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden?				
8. Heeft u te weinig werk?				
9. Heeft u problemen met het werktempo?				
10. Heeft u problemen met de werkdruk?				
11. Zou u het kalmer aan willen doen in uw werk?				

18. Zelfstandigheid in het werk				
	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
1. Heeft u vrijheid bij het uitvoeren van uw werkzaamheden?				
2. Heeft u invloed op de planning van uw werkzaamheden?				
3. Heeft u invloed op het werktempo?				
4. Kunt u zelf bepalen hoe u uw werk uitvoert?				
5. Kunt u uw werk even onderbreken als u dat nodig vindt?				
6. Kunt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden bepalen?				
7. Kunt u meebeslissen over het tijdstip waarop iets af moet zijn?				
8. Kunt u zelf bepalen hoeveel tijd u aan een bepaalde activiteit besteedt?				
9. Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op?				
10. Kunt u uw werk zelf indelen?				
11. Kunt u zelf de inhoud van uw werkzaamheden bepalen?				

19. Afwisseling in het werk				
	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
1. Moet u in uw werk telkens dezelfde dingen doen?				
2. Is voor uw werk creativiteit vereist?				
3. Is uw werk gevarieerd?				
4. Vraagt uw werk een eigen inbreng?				
5. Doet uw werk voldoende beroep op al uw vaardigheden en capaciteiten?				
6. Heeft u in uw werk voldoende afwisseling?				

Arbeidsbeleving

20. Relatie met directe leiding				
	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
1. Kunt u op uw directe leiding rekenen wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?				
2. Kunt u als dat nodig is uw directe leiding om hulp vragen?				
3. Is de verstandhouding met uw directe leiding goed?				
4. Heeft u conflicten met uw directe leiding?				
5. Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw directe leiding?				
6. Heeft u te maken met agressie van uw directe leiding?				
7. Is uw directe leiding vriendelijk tegen u?				
8. Heerst er tussen u en uw directe leiding een prettige sfeer?				
9. Doen zich tussen u en uw directe leiding vervelende gebeurtenissen voor?				

21. Heeft u nog op- of aanmerkingen, dan kunt u ze hier kwijt

.....

.....

.....

.....

Vriendelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage VI

Inhoud Werkregistratie formulier

Invulinstructie Werkregistratie Regio Haaglanden

Waarom deze tijdregistratie

Deze registratie is bedoeld om meer inzicht te krijgen in de tijdsbesteding van medewerkers van Stichting Philadelphia Zorg. Hierbij wordt gekeken of het nieuwe Dienst Rooster Planning (DRP) systeem invloed heeft op de tijdsbesteding. Het uitgangspunt bij deze meting is dat het gemakkelijk in te vullen moet zijn en niet teveel tijd mag vragen van de medewerker. Om die reden zijn er algemene taakgroepen benoemd. Welke werkzaamheden precies vallen onder welke taakgroep kunt u terugvinden verderop in deze instructie.

Wat registreren

Speciaal voor dit onderzoek is een formulier ontwikkeld waarop u gedurende 7 dagen 24 uur per dag kunt noteren wat uw belangrijkste activiteit is geweest.

Startende op maandag 00:00 uur en eindigend op zondag 00:00 uur.

Hoe kunt u registreren

U kunt uw werkzaamheden registreren in het bijgeleverde formulier met de naam ‘Werkregistratie’. Bij elke bladzijde van dit formulier kunt u bovenaan uw naam en de datum van de desbetreffende dag invullen. Daaronder kunt u uw werkzaamheden noteren. De bedoeling is dat u per werkzaamheid een begin- en eindtijd noteert.

Op de laatste pagina van het formulier vindt u een lijst met afkortingen van de taakgroepen/werkzaamheden met een korte beschrijving hiervan. Bijvoorbeeld: ‘PZ = Plannen van zorg’.

U kunt met deze afkortingen volstaan. Heeft u echter de behoefte om de code verder toe te lichten, dan kunt u dit aangeven in de kolom: ‘omschrijving/toelichting’.

Hieronder staan de verschillende afkortingen beschreven. Deze zijn ook opgenomen in het formulier ‘Werkregistratie’.

Afkortingen

VB =	Vaststellen van de benodigde zorg
PZ =	Plannen van zorg
PW =	Plannen van medewerkers
UZ =	Uitvoeren van zorg
EZ =	Evalueren van zorg
PT =	Professiegebonden taken
OT =	Organisatiegebonden taken
P =	Pauze
EP =	Eigen tijd/privé

Om een nauwkeurige registratie te waarborgen wil ik u vragen om gedurende de dag steeds het werkregistratieformulier bij de hand te houden. Dat geeft u de gelegenheid om telkens de werkzaamheden te registreren. Registraties die pas aan het eind van de dag worden ingevuld, geven een verkeerd beeld van de werkelijke situatie.

Hoe lang registreren

Zeven aaneengesloten dagen, 24 uur per dag. Beginnend op maandag 00:00 uur en eindigend op zondag 00:00 uur.

Registratiemomenten

Het onderzoek bestaat uit een voor- en een nameting. De voormeting vindt plaats in oktober en de nameting in december 2008. Beide keren noteert u één week lang uw werkzaamheden.

Het doel van de voor- en nameting is om te kijken of de tijdsbesteding verandert na implementatie van DRP.

Benodigdheden

Formulier ‘werkregistratie’, pen en een horloge/klok.

Waar in te leveren

Het ingevulde formulier kunt u in de bijgesloten envelop retourzenden aan:

Barbara Michels
Witbreuksweg 397-204
7522 ZA ENSCHEDE

Wat levert het u op

U krijgt een uitwerking van de belangrijkste onderzoeksresultaten. Het tijdregistratie-onderzoek is een onderdeel van een groter onderzoek. Met behulp van de informatie uit het totale onderzoek krijgen zowel de medewerkers als de leidinggevenden een beter inzicht in hoe de tijd wordt besteed

Als er iets niet duidelijk is

Mocht u nog vragen hebben of vindt u het een en ander nog onduidelijk, dan kunt u altijd contact opnemen met mij, e-mail adres: g.a.c.michels@student.utwente.nl.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking,

Barbara Michels

In onderstaande tabel vindt u per taakgroep een omschrijving van de werkzaamheden met bijbehorende afkorting. De afkortingen (codes) vult u in op het werkregistratieformulier

Code	Taakgroep	Omschrijving werkzaamheden
VB	Vaststellen van de benodigde zorg	Inventariseren van de woon- en leefsituatie en verhelderen van de vraag van de cliënt. Het introduceren en verkennen van de vraag naar zorg, het verzamelen van gegevens en het stellen van een diagnose.
PZ	Plannen van zorg	Opstellen van een begeleidingsplan voor en/of met de cliënt.
PW	Plannen van medewerkers	Kijken naar welke zorg een cliënt nodig heeft en hier medewerkers voor inplannen.
UZ	Uitvoeren van zorg	Bijvoorbeeld observeren en signaleren, het verzorgen, het begeleiden, het verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven en coördineren.
EZ	Evalueren van zorg	Het evalueren van het behandelproces en het totale zorgproces. Bijvoorbeeld het evalueren en bijstellen van het begeleidingsplan.
PT	Professiegebonden taken	Bijhouden van de eigen deskundigheid en ontwikkeling in het vakgebied.
OT	Organisatiegebonden taken	• Samenwerken intern en extern. • Meedenken en meewerken aan verbetering van het hulpverleningsaanbod aan de cliënt. • Bijdragen aan de organisatie en het beheer van de werkeenheden of organisatie-eenheid.
P	Pauze	Koffiepauze, middagpauze.
EP	Eigen tijd/privé	Alle tijd die geen werktijd is.

Voorbeeld Werkregistratie-formulier

Naam:		Datum:	
Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Bijlage VII

Omschrijving locatie Watersnip

Locatie Watersnip

Watersnip is een nieuwe locatie (2006) in een wijk die nog volop in aanbouw is. Het complex ligt op loopafstand van het centrum. In het gebouw zijn vierentwintig appartementen. Sommige cliënten hebben aan enkele uren ondersteuning per dag genoeg. Anderen hebben een meervoudige beperking en vragen naast begeleiding ook verzorging. Er zijn vier algemene ruimtes (een per zes cliënten).

Bijlage VIII

Overzicht deelnemers tijdschrijven locatie Watersnip

Overzicht deelnemers tijdschrijven locatie Watersnip

** Coördinerend begeleider = CB

** Begeleider = Beg.

Naam	Dienst week 46/47/48 2008	Functie	Naam	Dienst week 1/3/4/5 2009	Functie
Carla Némethy	17 -11 vroeg	CB	Carla Némethy	02-01 vroeg	CB
Carla Némethy	26-11 laat	CB	Carla Némethy	26-01 laat	CB
Carla Némethy	27-11 vroeg	CB	Carla Némethy	27-01 vroeg	Cb
Jolanda Kingma	14 -11 vroeg	Beg	Jolanda Kingma		Beg
Jolanda Kingma	17-11 laat	Beg	Jolanda Kingma		Beg
Jolanda Kingma	22-11 laat	Beg	Jolande Kingma	10-1 laat	Beg
Jolanda Kingma	23-11 vroeg	Beg	Jolanda Kingma	11-1 vroeg	Beg
Ietje de Vos	18-11 laat	CB	Ietje de Vos	13-1 laat	CB
			Ietje de Vos	16-1 laat	CB
Ineke van Heu- kelem	19-11 laat	Beg	Ineke v. H	12-1 laat	Beg
Ineke van Heu- kelem	20-11 vroeg	Beg	Ineke v. H	13-1 vroeg	Beg

Bijlagen IX

Samenvatting interviewvragen

Samenvatting interviewvragen

Reden invoering DRP

Sommige respondenten geven aan niet zeker te weten waarom het DRP Herstel wordt ingevoerd. Van de medewerkers geeft de meerderheid aan dat zij verwachten dat DRP kan helpen bij het aansturen en overzichtelijker maken van de planning door het management. Ook wordt er vaak genoemd dat het kan helpen bij het efficiënter inzetten van medewerkers. Door inzicht te krijgen in werkbesteding kan er efficiënter worden gepland.

Tijdsregistratie

Binnen regio Haaglanden werd al aan tijdsregistratie gedaan. Hierbij moet worden gedacht aan het noteren van begin- en eindtijden. Ook wordt omschreven of het bijvoorbeeld om een weekenddienst gaat, dit i.v.m. de betalingen. Aan het registreren van deeltaken wordt niet gedaan. Deze tijdregistratie wordt nu gecontroleerd door het DRP-bureau. Vroeger was dit niet het geval en leidde dit nog wel eens tot fraude. De volgende uitspraak van de medewerkers planning illustreert wat wordt bedoeld met fraude:

‘Vroeger werd er nog wel eens een tweede boekhouding op nagehouden door de medewerkers binnen bepaalde locaties. Een voorbeeld hiervan is dat een medewerkers aangeeft op twee verschillende locaties te hebben gewerkt tegelijkertijd. Dit blijkt dan uit overlappende uren. Er bestond vroeger geen controle. De uren werden doorgestuurd naar de locatiemanager die ze dan vervolgens goedkeurde. Nu ben ik als schakel toegevoegd in het proces. Ik controleer nu het aantal gewerkte uren. Hierdoor kan er minder worden gefraudeerd.’

Taakverschuiving

De respondenten geven aan dat de roostertaken naar verwachting zullen worden overgenomen door het DRP bureau, maar dat dit marginaal zal zijn. Het gaat namelijk maar om één medewerker per locatie en een beperkt aantal uren per maand.

De meningen lopen nogal uiteen. Sommige zien het als een duidelijk voordeel dat de planningstaken worden overgenomen. Andere verwachten dat de taakdruk alleen maar meer zal worden, aangezien er een extra systeem bij zal komen, dat moet worden bijgehouden.

Wat wel als positief wordt gezien is het feit dat de vervanging van zieken wordt overgenomen door het DRP planbureau. Het zoeken van vervanging kan namelijk flink wat tijd in beslag nemen. Dit zal nu worden opgelost door de DRP’ers.

De coördinerend begeleiders die voor de ambulante zorg werken, geven aan dat zij niets opschieten met het DRP Herstel. Volgens hen maken de medewerkers van de ambulante zorg zelf hun roosters. Zij zien de meerwaarde dan ook niet. Dit blijkt uit het volgende commentaar van een coördinerend begeleider die voor de ambulante zorg werkt.

‘Wij zijn ambulant en vullen dus zelf ons rooster in. Maken zelf afspraken met cliënten. De manager voert nu onze uren in. We maken geen roosters, anders dan andere coördinerend begeleiders. We werken heel erg alleen’.

Verder is er binnen het interview gevraagd of de coördinerend begeleiders verwachten dat het takenpakket zal veranderen. Deze vraag is uitgesplitst naar medewerkers die bijdragen aan het leveren van primaire zorg, oftewel begeleiders en coördinerend begeleiders. De meeste medewerkers verwachten weinig verandering het takenpakket van begeleiders. Het enige wat zal veranderen voor de coördinerend begeleiders is dat zij zo meteen niet meer hoeven te roosteren. Dit geldt overigen niet voor alle coördinerend begeleiders. Veel coördinerend begeleiders maakte namelijk in de oude situatie ook al geen roosters.

Efficiëntie van arbeid

Wederom is een duidelijke scheiding te constateren in de meningen van ambulant personeel en overige medewerkers. Het ambulant personeel verwacht dat de efficiëntie zal afnemen. Hoofdzakelijk omdat met het DRP systeem nog meer administratieve rompslomp bijkomt. Onderstaand citaat van een ambulante medewerker geeft dit duidelijk weer.

‘Voor ons neemt de efficiëntie af, dat weet ik bijna zeker. Voor de rest van de medewerkers weet ik niet. Het kost ons heel veel tijd, omdat we op verschillende manieren moeten registreren. In het 1-op-1 programma registreren we hoeveel uren we per cliënt werken. Daarnaast het DRP voor de indirecte uren, zoals overleg. Het DRP kan alleen via een computer van de zaak. Is heel onhandig, moet elke keer naar Ypenburg, ook met 1-op-1. Je hebt onderhand drie registratiesysteem en dat is heel onhandig’.

De overige medewerkers zijn echter bijna unaniem in hun mening dat het DRP-systeem efficiëntie zal opleveren. Aangedragen wordt dat het DRP-systeem meer inzicht zal opleveren ten aanzien van gebudgetteerde en daadwerkelijk geleverde zorg. Ook krijgt de locatiemanager een beter overzicht waardoor er beter te sturen valt op uren.

Degene die kritisch zijn over het systeem, geven aan dat dit vooral te maken heeft met het verleden. De gedachte is dat destijds het systeem ook niet heeft gefunctioneerd en dat de kans klein is dat het nu wel gaat werken. Vooral de weerstand vanuit de medewerkers tegen het DRP-systeem speelt hier dan een cruciale rol in.

Ten slotte is er ook een medewerker die verwacht dat arbeidsinzet van de medewerkers efficiënter wordt door middel van de uniformiteit van de werkwijze via het DRP-systeem. Dit zal zich dan vooral uitten in vergroten van de eenvormigheid van de werkwijze van de verschillende locaties binnen regio Haaglanden. Onderstaande quote van één van de medewerkers onderstreept dit.

‘Het ontbreekt aan uniformiteit. Misschien dat er dan via DRP ook meer uniformiteit komt. Aanzet is van ‘oh wat handig dat iedereen hetzelfde DRP systeem heeft’. En hopelijk bewustwording over het rapportagesysteem. Voor een stichting als SPZ is het heel belangrijk dat iedereen op dezelfde manier rapporteert en werkt. In plaats van dat het wiel elke keer opnieuw wordt uitgevonden. Dit kan veel kosten besparen. Iedereen gebruikt een ander systeem op dit moment’.

Inzet bespaarde uren

Mocht er tijd worden bespaard dan verwachten de coördinerend begeleiders dat deze voornamelijk zal worden geïnvesteerd in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en niet in het verhogen van de productie c.q. arbeidsproductiviteit. Er zullen niet meer cliënten in een kortere tijd worden geholpen. Dit komt omdat er gewerkt zal worden met een basisrooster. De overgebleven tijd zal dan ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg. Dus bijvoorbeeld meer activiteiten voor de cliënten. Daarbij wordt ook genoemd dat mocht er kostenbesparing via arbeidsbesparing optreden dit geld eerst vooral zal worden ingezet om uit de rode cijfers te komen.

Als belangrijke kanttekening wordt geplaatst dat de meeste coördinerend begeleiders niet verwachten dat er veel tijd zal worden bespaard. Er is per locatie nu één medewerker die de rooster maakt. Deze zal minder uren hoeven te besteden na de implementatie van het DRP Herstel project, maar dit zal in totaal een relatief verwaarloosbaar aantal uren per maand zijn.

Een aantal geïnterviewde verwachten vooral besparing doordat de verschillende locaties na de invoering van het DRP-systeem het het DRP-bureau kunnen bellen mochten er medewerkers ziek zijn. Nu wordt dit nog intern per locatie opgelost. Dit blijkt dan ook uit het volgende citaat: *‘Het voordeel is ook dat bij ziekte makkelijker het DRP kan bellen. Op dat gebied zal het ook zeker efficiënter zijn. Je hebt een bepaald aantal uren in het contract en daar binnen moet het rooster ook gemaakt worden. Bij ziekmelden bespaar je tijd, ik hoef dan niet zelf alles af te gaan bellen. Meer tijd voor de cliënten’.*

Verhouding vaste krachten en invalkrachten/uitzendkrachten

Door het DRP-systeem verwachtten een aantal geïnterviewde dat er flexibeler kan worden omgegaan met de inzet van vaste krachten. Hierdoor kan het aantal invalkrachten/uitzendkrachten worden teruggedrongen. Dit blijkt uit onderstaande quote van één van de geïnterviewde.

‘Ik denk dat het hele goede aan het DRP systeem is dat je een basisrooster moet doorgeven. Dat een locatiemanager goed gaat kijken wat is er nou nodig per dag. Als er ergens ondercapaciteit is zal je toch mensen moeten aantrekken via invalkrachten/uitzendkrachten uit de flexpool. Als je overcapaciteit wordt je wel vriendelijk/dringend verzocht ergens anders te gaan werken. Als je alles bij elkaar optelt, is het voordeliger voor Philadelphia’.

Tegelijkertijd met de implementatie van het DRP Herstel project wordt een flexpool opgesteld binnen regio Haaglanden. Uit deze flexpool kunnen medewerkers worden ingezet in het geval van ziekte. Hierdoor hoeven geen duurdere invalkrachten/uitzendkrachten worden ingezet. De medewerkers van de ambulante zorg geven aan nooit te werken met uitzendkrachten/invalkrachten. Dit heeft volgens hen geen zin. Een ambulant medewerker zegt hier het volgende over.

‘We hebben helemaal geen invalkrachten, laat staan uitzendkrachten. Heeft hier helemaal geen nut: invalkrachten/uitzendkrachten. Je bouwt toch een soort vertrouwensband met een cliënt op en daarom zitten de cliënten helemaal niet te wachten op inval- of uitzendkrachten. Je moet zo goed de situatie kennen, dat kost uiteindelijk meer tijd. Is helemaal niet van toepassing’.

Automatisering

Volgens de respondenten zal het een uitdaging voor het management vormen om alle medewerkers te laten werken met het nieuwe systeem.

Sommige respondenten verwachtten dat de benodigde voorzieningen voor de automatisering niet aanwezig zijn binnen de organisatie. Onderstaande quote benadrukt dit punt.

‘Dit is Philadelphia! Wij willen het wel, maar vervolgens leveren wij een minimale inzet van software en hardware. Het is gewoon kansloos. Voorbeelden te over, van printers die het niet doen tot een computer die er een half uur over doet om op te starten’.

Buiten de gebrekkige ICT infrastructuur is ook het computergebruik van de medewerkers een belangrijk aandachtspunt. Een deel van de (oudere) medewerkers van SPZ hebben weinig ervaring met de computer en zien er dan ook tegen op om met de computer te werken.

Verandering in de kwaliteit van de zorg

Het overgrote merendeel van de respondenten verwacht niet dat DRP invloed zal hebben op de kwaliteit van de zorg. Zij zien het systeem meer als een innovatie die invloed zal hebben op de medewerkers, dan dat impact zal hebben op de cliënten.

De medewerker van het planbureau geeft wel uiting aan de gedachte dat de kwaliteit van de zorg zou kunnen afnemen, mocht door de invoering van het DRP-systeem de onvrede onder de medewerkers worden versterkt. Wel geeft zij aan dat de medewerker altijd op zouden komen voor de cliënt. Het zou daarom alleen een gevaar vormen als mensen zouden opstappen bij SPZ.

Een aantal coördinerend begeleiders geeft te kennen dat zij angst hebben voor verandermoeheid bij de begeleiders. Deze verandermoeheid ontstaat omdat er elke keer iets nieuws wordt geïmplementeerd binnen de organisatie. Veel van deze vernieuwingen worden niet naar behoren toegepast door de medewerkers en verdwijnen dan vervolgens in de kast. Dit komt volgens de geïnterviewde doordat veel vernieuwingen top-down opgelegd worden aan de medewerkers en dat de infrastructuur voor automatisering bij SPZ niet voldoende is voor de meeste innovaties. De voorgenoemde onvrede kan de arbeidssatisfactie van de medewerkers aantasten en dit kan vervolgens zijn weerslag hebben op de kwaliteit van het leveren van zorg.

Verder wordt er door sommige medewerkers aangegeven dat zij het een slechte zaak vinden dat er centraal gaat worden gepland. Naar hun mening hebben de planningmedewerkers geen inzicht in de behoeften van de cliënt.

Veranderingen in de het proces van het leveren van primaire zorg

Geen van de respondenten verwacht hier veranderingen in.

Verandering in werkbelasting

Ook deze vraag is uitgesplitst naar begeleiders en coördinerend begeleiders. De meest geïnterviewde geven aan dat zij denken dat er niets zal veranderen aan de werkbelasting. Degene die verwachten dat de werkbelasting voor begeleiders omlaag zal gaan, geven hiervoor twee redenen. Het rooster zal getoetst worden middels de CAO en ziekmelding kan zo meteen worden uitbesteed aan het DRP-bureau.

Verder verwachten een aantal medewerkers dat het plannen eerlijker zal gaan als er zo meteen door een onafhankelijk planbureau gaat worden gepland. Hierdoor zal de werkbelasting beter worden verdeeld is de algemene mening. Op dit moment komt het nog wel eens voor dat dezelfde medewerkers te vaak de zwaardere werkshifts draaien.

Bijlage X

Ingevuld formulier tijdsbestedingonderzoek regio Haaglanden

Ingevuld formulier tijdsbestedingonderzoek regio Haaglanden

Naam: Kirsten Janmaat

Datum: 10-11-2008

Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
12:30	16:00	VB, EZ	Vergadering
16:00	16:30	VB	Rapportage lezen
16:30	22:00	UZ	Werken GUT blokkendoos
22:00	22:30	EZ	Rapportage, overdracht collega

Datum: 11-11/12-11

Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
16:00	16:30	VB	Rapportage lezen
16:30	22:00	UZ	Werken op de groep
22:00	22:30	EZ	Overdracht collega rapportage
22:30	23:00	UZ	Boel op slot doen
23:00	6:00		Slaapdienst
6:00	10:00	UZ	Werken op de groep

Datum: 13-11

Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
8:00	8:30	UB	Rapportage
8:30	13:00	UZ	Werk op de groep
13:00	14:00	PW	Vervanging voor zieke collega zoeken
14:00	17:00	UZ	Werken op de groep

Datum: 14-11

Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
8:30	16:00	PT	School: SPH

Datum: 15-11/16-11

Begintijd	Eindtijd	Code	Omschrijving/toelichting
17:00	17:30	UB	Rapportage
17:00	22:00	UZ	Werken op de groep
22:00	22:30	EZ	Overdracht collega
22:30	0:00	UZ	Werken op de groep
0:00	2:30		Slaap

2:30	3:00	UZ	Client kwam uit bed
3:00	6:00		Slaap
6:00	9:00	UZ	Werk op de groep
9:00	9:15	UB	Rapportage/overdracht naar collega
9:15	10:00	UZ	Werken op de groep

VB Vaststellen van de benodigde zorg

PZ Plannen van zorg

PW Plannen van medewerkers

UZ Uitvoeren van zorg

EZ Evalueren van zorg

PT Professiegebonden taken

OT Organisatiegebonden taken

P Pauze

EP Eigen tijd/privé

Bijlage XI

Uitkomst meetinstrument arbeidsinnovatie

Uitkomst meetinstrument arbeidsinnovatie

Samenvatting invoergegevens

De meting is ingevuld door Barbara Michels

De tijdgegevens zijn verzameld per ronde

Duur meetperiode van het proces is 1 week(en)

Output = zorg aan 325 cliënten

aantal uur arbeid voor dit proces voor deze groep cliënten 62 uur en 0 minuten

Tijdsduur en arbeidsproductiviteit

de tijdsbesteding t.a.v. dit proces is 11 minuten zorg per cliënt

de arbeidsproductiviteit voor dit proces is 5.24 cliënten per gewerkt uur

Beoordeling kwaliteitsaspecten

Zorg- en leefplan / behandelplan 5

Communicatie en informatie 7

Lichamelijk welbevinden en gezondheid 7

Mentaal welbevinden 7

Zorginhoudelijke veiligheid 7

Inspraak cliënten 8

Woonomgeving en veiligheid 8

Voldoende en bekwaam personeel 7

Eigen kwaliteitsaspect nvt

Gemiddeld cijfer kwaliteit 7

Tijdsbesteding per functie

Coördinerend begeleider 62 uur en 0 minuten