



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd

**Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers
en huisartsen**

Bij dit rapport hoort een addendum. Zie voor het addendum:

www.nivel.nl/pdf/Rapport-Buurtzorg-addendum.pdf

A.J.E. de Veer
H.E. Brandt
F.G. Schellevis
A.L. Francke

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 97-8906-905-9198

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergronden en afbakening	11
1.2 Vraagstellingen	13
1.3 Opbouw van het rapport	13
2 Methode	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Kwalitatieve onderzoek: interviews	15
2.3 Kwantitatieve onderzoek: vragenlijstonderzoek	16
3 Interviews: ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Ervaringen van cliënten/ mantelzorgers	22
3.3 Ervaringen van (wijk)verpleegkundigen/ziekenverzorgenden	25
3.4 Ervaringen van huisartsen	29
3.5 Aandachtspunten voor Buurtzorg	33
3.5.1 Aandachtspunten genoemd door cliënten/mantelzorgers	33
3.5.2 Aandachtspunten genoemd door (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden	34
3.5.3 Aandachtspunten genoemd door huisartsen	37
3.6 Conclusie	37
4 Vragenlijstonderzoek: ervaringen van cliënten	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Ervaren gezondheid en ontvangen Buurtzorg	41
4.3 Ervaren kwaliteit van de zorg door Buurtzorg	44
4.4 Mogelijke aandachtspunten	48
4.5 Conclusie	49
5 Ervaringen van Buurtzorgcliënten met thuiszorg van andere aanbieders	53
5.1 Inleiding	53
5.2 Respondenten met recente ervaringen met andere thuiszorginstellingen	53
5.3 Ervaren kwaliteit van zorg van andere zorginstellingen	54
5.4 Conclusie	55
6 Beschouwing	57
Literatuur	61

Bijlage 1: Respondenten uitgesplitst naar Buurtzorgteam	63
Bijlage 2: Ontvangen hulp bij invullen vragenlijst	65
Bijlage 3: Wekelijkse ontvangen zorg volgens de cliënt	67
Bijlage 4: Scores op de vragen naar de kwaliteit van zorg	69
Bijlage 5: Verbeterpunten volgens Buurtzorgcliënten	73
Bijlage 6: Respondenten met recente ervaringen met andere thuiszorginstelling	75

Voorwoord

De brancheorganisaties ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben samen met het ministerie van VWS afspraken gemaakt over het bevorderen van innovaties in de langdurende zorg. Een onderdeel van die afspraken betreft het 'Transitieprogramma in de Langdurende Zorg'. Het doel van de transitie-experimenten is om kansrijke radicale vernieuwingen in de langdurende zorg te realiseren.

Buurtzorg Nederland is één van die transitie-experimenten en is een nieuwe, snel groeiende, landelijke netwerkorganisatie in de thuiszorgsector. Buurtzorg is in 2006 opgericht als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de zogenoemde stopwatchzorg. De netwerkorganisatie bestaat uit zelfsturende teams van maximaal tien tot vijftien (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De teams, die verspreid zijn over het hele land, leveren thuiszorg aan zelfstandig wonende cliënten in een bepaalde wijk of buurt. Dit doen ze in samenwerking met de huisartsen, het ziekenhuis en het sociale netwerk van de buurt. Ze regelen zelf een kantoor, scholing, de planning, het dienstrooster en de administratie. Medewerkers zijn verantwoordelijk voor de zorg voor hun cliënten en kunnen bepalen wat deze nodig hebben. De teams worden ondersteund door een landelijk kantoor in Almelo en kunnen zo nodig de hulp inroepen van een coach.

Dit rapport beschrijft een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen met Buurtzorg. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL en gefinancierd vanuit het voornoemde Transitieprogramma.

De gegevens zijn verzameld april-juni 2008, ongeveer een jaar na de start van de eerste Buurtzorgteams. Het zijn dus de pioniers die bij dit onderzoek betrokken waren. Buurtzorg is een organisatie die nog volop in ontwikkeling is. Het aantal teams breidt zich nog steeds snel uit: najaar 2008 zijn er ten opzichte van de onderzoeksperiode in het voorjaar ongeveer 20 teams bijgekomen. Ook de organisatorische ondersteuning van Buurtzorg Nederland aan de teams is nog in ontwikkeling.

Dit rapport beschrijft dus de situatie waarin zowel het landelijk kantoor als de teams nog in de opstartfase zijn. De eerste bevindingen laten zien dat het concept Buurtzorg een aantal beloftevolle elementen bevat en positief beoordeeld wordt door cliënten, mantelzorgers, huisartsen en medewerkers. Vervolgonderzoek is nodig om de ontwikkelingen rondom Buurtzorg te volgen en bijvoorbeeld meer inzicht te krijgen in de (kosten)effectiviteit en de organisatorische en personele randvoorwaarden.

Utrecht, september 2008

Anke de Veer

Hella Brandt

François Schellevis

Anneke Francke

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de eerste ervaringen van cliënten, (wijk)verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en huisartsen met Buurtzorg. In 2006 is de Stichting Buurtzorg Nederland opgericht en de eerste Buurtzorgteams functioneren sinds medio 2007. Het Buurtzorgconcept bestaat uit de inzet van generalistisch werkende, ervaren (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, die in nauwe samenwerking met de huisarts thuiszorg bieden aan cliënten in een bepaalde buurt of wijk. De teams, bestaande uit hooguit tien tot vijftien medewerkers, zijn zelfsturend en worden daarbij ondersteund door het centrale kantoor dat in Almelo gevestigd is en regionaal werkende coaches. Het zelfsturende bestaat eruit dat medewerkers zelf de regie hebben in hoe de thuiszorg georganiseerd en gegeven wordt. Buurtzorgmedewerkers richten zelf hun werkruimte in, regelen hun werkrooster, bepalen welke bijscholingen nodig zijn, en initiëren zelf contacten en overleggen met andere zorgverleners. Ten tijde van dit onderzoek, voorjaar 2008, waren er verspreid over het hele land, ongeveer 25 teams opgestart. Buurtzorg is sindsdien nog volop in ontwikkeling. Dit onderzoek betreft dan ook de pioniersfase.

Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Hoe ervaren cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen de kwaliteit van de zorg van Buurtzorg?
2. Op welke punten kan de zorg van Buurtzorg volgens cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen verbeterd worden?
3. Ervaren Buurtzorgcliënten een verschil in de kwaliteit van zorg ten opzichte van thuiszorg door een andere zorginstelling?

Methode

De kwaliteit van zorg is zowel kwalitatief, via open interviews, als kwantitatief, via cliëntvragenlijsten, onderzocht. De interviews (n=22) zijn gehouden bij een Buurtzorgteam in Bemmelen en een Buurtzorgteam in Amersfoort. Acht cliënten, twee mantelzorgers, zes huisartsen en zes Buurtzorgmedewerkers zijn geïnterviewd. Daarnaast hebben 357 cliënten van de 25 Buurtzorgteams die voorjaar 2008 operationeel waren, een voorgestructureerde vragenlijst ingevuld over de kwaliteit van zorg.

Ervaren kwaliteit van zorg

De geïnterviewde cliënten/mantelzorgers hebben vertrouwen in de medewerkers van Buurtzorg. Omdat er zo veel mogelijk dezelfde mensen over de vloer komen ontstaat er gemakkelijker een vertrouwensband. Cliënten/mantelzorgers vinden dat er voldoende tijd voor de zorg wordt uitgetrokken en zijn ook over bijvoorbeeld de bejegening en vakbekwaamheid van de medewerkers erg te spreken. Als hun zorgvraag verandert dan

springt Buurtzorg daar flexibel op in. De geïnterviewde cliënten en mantelzorgers vinden dat medewerkers niet alleen onderling goed met elkaar communiceren, maar ook met de huisarts.

Ook uit het kwantitatieve vragenlijstonderzoek onder cliënten komt een positief beeld. Cliënten geven met een gemiddelde rapportcijfer van een 9- aan dat zij zeer tevreden zijn over Buurtzorg en de medewerkers.

Buurtzorgcliënten die recent thuiszorg hebben gehad van een andere instelling zijn in de vragenlijst beter te spreken over de kwaliteit van Buurtzorg dan die van de andere instelling. Bijna driekwart geeft, als ze een volgende keer opnieuw thuiszorg nodig zouden hebben, de voorkeur aan Buurtzorg.

Een globale vergelijking met landelijke referentiegegevens wijst erop dat de kwaliteit van zorg van Buurtzorg, zoals ervaren door cliënten, bovengemiddeld is. Vervolgonderzoek is nodig om meer definitieve uitspraken te doen over verschillen tussen de kwaliteitsoordelen van cliënten van Buurtzorg versus die van andere thuiszorginstellingen.

Voor de medewerkers, die grotendeels over een lange werkervaring in de thuiszorg beschikken, is Buurtzorg een vertrouwde manier van werken die doet denken aan het oude kruiswerk. In de kleine, zelfsturende teams bestaat een sterke teamgeest en medewerkers vinden het prettig om relatief zelfstandig en autonoom te kunnen werken. Uit de interviews met de medewerkers komt een beeld naar voren van pioniers die zich vol enthousiasme inzetten voor hun werk. Zij voelen zich ervoor verantwoordelijk om een goede kwaliteit van zorg te geven en zijn zeer gemotiveerd om het Buurtzorgconcept te laten slagen ("schouders eronder"). Zij stralen uit dat zij trots zijn op hun beroep en laten zien dat het (weer) aantrekkelijk is om in de zorg te werken.

De geïnterviewde huisartsen zijn ook positief over Buurtzorg. Zij kennen meestal de Buurtzorgmedewerker die bij hun patiënt komt en hebben vertrouwen dat de patiënt in goede handen is. Vragen worden snel en accuraat afgehandeld, zo is de ervaring van de huisartsen. Het vertrouwen in Buurtzorg lijkt te worden verstevigd doordat huisartsen zien dat de medewerkers vakbekwaam zijn. Huisartsen met een lange werkervaring vinden het Buurtzorgconcept vertrouwd, omdat het aansluit bij de werkwijze van de oude kruisverenigingen, met de wijkzuster als centrale persoon.

Aandachtspunten

In de onderzochte teams werken ervaren medewerkers die zich volledig inzetten. Zij investeren veel in hun team, en zijn bereid om flexibel te werken en over te werken. In de interviews noemen zij de werkbelasting als keerzijde hiervan. Ook de 24 uren bereikbaarheid en de versnipperde werktijden worden als belastend ervaren. Die versnipperde werktijden zijn het gevolg van het feit dat zo veel mogelijk dezelfde medewerker bij een cliënt komt; dat kan soms betekenen dat men verspreid over alle dagdelen moet werken. Ook personeelsgebrek tijdens ziekte of vakanties, kan een groot beroep doen op medewerkers. Dit wordt als één van de nadelen (naast veel voordelen) van het werken in een klein team gezien.

Daarnaast noemen medewerkers dat ze zich in eerste instantie soms onvoldoende

deskundig of geschoold voelen in zaken die niet de directe zorg betreffen, maar de (regel)zaken daar om heen. Sommigen hebben te weinig kennis van de financiële aspecten van thuiszorg of ervaren een gebrek aan computerkennis. Medewerkers noemen de tijd die het hen kost om die kennis en vaardigheden te verwerven.

Een ander punt van aandacht is dat structureel overleg tussen Buurtzorgmedewerkers en huisartsen nog niet altijd in deze beginfase is gerealiseerd, terwijl dat wel als een gemis ervaren wordt door Buurtzorgmedewerkers en soms ook door de huisarts.

Hoe verder?

Het concept Buurtzorg is positief ontvangen door betrokken cliënten, mantelzorgers, huisartsen en medewerkers. Uitdaging voor Buurtzorg Nederland is om deze positieve ervaringen te bestendigen.

Voor toekomstig onderzoek blijven er nog diverse vragen over. Lukt het om de kwaliteit van zorg vast te houden? En welke organisatorische en personele randvoorwaarden zijn daarvoor nodig? Blijft de belasting van de werknemers binnen acceptabele grenzen? Hoe kan Buurtzorg groeien en tegelijkertijd extra managementlagen en bureaucratie buiten de deur houden? Hoe verhoudt de kwaliteit van zorg van Buurtzorg zich tot die in grootschaliger instellingen? En hoe kosten-effectief is Buurtzorg?

Dit onderzoek laat zien dat het de moeite waard is de ontwikkelingen bij Buurtzorg te blijven volgen.

1 Inleiding

1.1 Achtergronden en afbakening

Als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de zogenaamde stopwatchzorg, is in 2006 de Stichting Buurtzorg Nederland opgericht. Het “Buurtzorg”-concept bestaat uit de inzet van buurt- of wijkgebonden generalistisch werkende verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, die in samenwerking met de huisarts thuiszorg bieden aan zelfstandig wonende cliënten¹. In anderhalf jaar tijd werden er verspreid over het hele land ongeveer 25 teams opgestart (gebaseerd op de situatie voorjaar 2008). In dit rapport wordt beschreven wat de eerste ervaringen zijn van cliënten, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen met deze nieuwe organisatie van thuiszorg.

De zorg aan huis voor zelfstandig wonende ouderen en cliënten met één of meer chronische aandoeningen is in Nederland de laatste jaren onderhevig aan sterke veranderingen. Deze veranderingen betreffen verschillende aspecten: de betrokken zorgverleners, de organisatie van de zorg en de regelgeving rond de zorg.

Wat betreft de zorgverleners en de organisatie van de thuiszorg is er sprake van een sterke versnippering: de zorg wordt, afhankelijk van de aard van de te verlenen zorg, verleend door zorgverleners van verschillend deskundigheidsniveau (helpenden, verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, gespecialiseerde (wijk)verpleegkundigen). Indien verschillende zorgfuncties zijn geïndiceerd, wordt de zorg vaak door verschillende personen met verschillende deskundigheid verleend. Indien deze zorg op continue basis, dus ook buiten kantooruren moet worden verleend, is de kans groot dat er veel verschillende personen bij de zorg voor eenzelfde cliënt zijn betrokken. Voor de betrokken zorgverleners en cliënten is het daardoor moeilijker om een goede relatie met elkaar op te bouwen en het brengt ook risico's met zich mee wanneer onvoldoende tijd en aandacht besteed wordt aan de coördinatie en afstemming tussen de betrokken zorgverleners.

Wat betreft de regelgeving rond de thuiszorg zijn de ontwikkelingen ten aanzien van de AWBZ en de recente invoering van de Wmo van belang. Een belangrijk aspect van de Wmo is dat sterk de nadruk wordt gelegd op de verantwoordelijkheid die burgers voor elkaar in een samenleving hebben en op participatie van mensen met een ziekte of handicap binnen de samenleving als geheel en binnen kleinere verbanden. Buurtzorg wil daarbij aansluiten omdat de zorgverleners het sociale (vaak buurtgebonden) netwerk kennen en daardoor makkelijker een beroep kunnen doen op de hulpbronnen binnen het eigen netwerk van de cliënt.

¹ Lees voor cliënten ook patiënten. Vanwege de leesbaarheid is hier uitsluitend het woord cliënten gebruikt

Met het concept “Buurtzorg”, willen de betrokken initiatiefnemers en medewerkers versnippering in de thuiszorg tegengaan door “minder verschillende handen aan het bed” en een sterkere samenwerking met de huisarts. De doelen die “Buurtzorg” zich heeft gesteld betreffen:

- * het niveau van de cliënt. De cliënt heeft één vaste goed opgeleide zorgverlener voor de coördinatie van alle zorg met “zo min mogelijk verschillende handen aan het bed”.
- * het niveau van de Buurtzorgmedewerker. De medewerkers hebben professionele vrijheid om generalistische zorg te verlenen.
- * het niveau van de huisarts. De huisarts werkt samen met “eigen” zorgverleners van Buurtzorg.

Deze doelen wil Buurtzorg bereiken door:

- a) de inzet van goed opgeleide verpleegkundigen en ziekenverzorgenden voor alle verpleegkundige en verzorgende taken in de thuiszorg (exclusief huishoudelijke verzorging);
- b) de inzet van een vaste zorgverlener die als centraal aanspreekpunt van de cliënt en andere betrokken zorgverleners fungeert en die in nauw overleg heeft met de huisarts;
- c) buurt- of wijkgebonden organisatie van de zorg met als voordelen kleinschaligheid en nabijheid van de zorg, en kennis bij zorgverleners van de hulpmogelijkheden in de eigen leefomgeving van de cliënt.

Een Buurtzorgteam bestaat veelal uit tien tot vijftien wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgenden. De zogenaamde coördinerende wijkverpleegkundige werkt net als de rest van de medewerkers bij cliënten thuis, maar is wel aanspreekbaar op een aantal coördinerende rollen. Daarnaast is er een (beperkt) centraal kantoor in Almelo en zijn er enkele regiocoaches. Buurtzorg Nederland ziet zichzelf dan ook als een netwerkorganisatie. Vaak nemen de zorgverleners zelf het initiatief om een Buurtzorgteam te starten. Het komt voor dat enkele collega's in een grote thuiszorginstelling gezamenlijk dit initiatief nemen.

Buurtzorgteams zijn zelfsturend. Dit betekent dat de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in het begin vooral bezig zijn met zaken zoals het zoeken en inrichten van een ruimte van waaruit ze werken, het vinden van geschikte collega's, het bespreken hoe ze gaan werken en het leggen van contacten. Deze fase, waarin alles nog een vorm moet krijgen, ziet Buurtzorg Nederland als belangrijk voor de teamvorming. Als de teamleden zorg gaan geven dan ligt ook alle verantwoordelijkheid bij het team. Het team regelt bijvoorbeeld zelf de planning van de cliënten, de dienstroosters, de vakantieopvang, de volledige administratie. De zorgverleners hebben de vrijheid zonodig ook andere zorg te geven bij een cliënt. Als een cliënt naast verpleegkundige zorg ook zorg nodig heeft die gegeven kan worden door een lager deskundigheidsniveau, dan is de verpleegkundige vrij om ook deze zorg te geven. Daardoor heeft de cliënt met minder verschillende zorgverleners te maken.

Door de kleinschalige, buurtgebonden organisatie en door de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg neer te leggen bij de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden van de Buurtzorgteams (in samenwerking met de huisarts) is het de bedoeling dat Buurtzorg minder overhead- en managementkosten heeft en daardoor ook

(kosten)efficiënt is.

1.2 Vraagstellingen

Dit onderzoek heeft ten doel de eerste ervaringen met Buurtzorg in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek laten enerzijds zien in hoeverre het Buurtzorgconcept in de ervaring van de direct betrokken partijen voldoet aan de gestelde doelen. Daarnaast levert het onderzoek aanbevelingen op die nuttig kunnen zijn voor de verdere implementatie van het Buurtzorgconcept.

De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Hoe ervaren cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen de kwaliteit van de zorg van Buurtzorg?
2. Op welke punten kan de zorg van Buurtzorg volgens cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen verbeterd worden?
3. Ervaren Buurtzorgcliënten een verschil in de kwaliteit van zorg ten opzichte van thuiszorg door een andere zorginstelling?

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt toegelicht op welke manier de vraagstellingen beantwoord zijn. De kwaliteit van zorg is zowel kwalitatief, via open interviews, als kwantitatief, via cliëntvragenlijsten, onderzocht. De resultaten van de interviews met cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen zijn te lezen in hoofdstuk 3. Nadat aan bod is gekomen hoe zij de zorg ervaren, wordt aandacht besteed aan aandachtspunten ter verbetering van Buurtzorg (paragraaf 3.5). De resultaten van het vragenlijstonderzoek onder cliënten zijn te lezen in hoofdstuk 4. De vergelijking met andere thuiszorginstelling staat centraal in hoofdstuk 5 (onderzoeksvraag 3). Ten slotte wordt in hoofdstuk 6 een beschouwing op de gevonden resultaten gegeven.

2 Methode

2.1 Inleiding

Voor de beantwoording van de vraagstellingen zijn twee methoden gehanteerd. Allereerst zijn interviews gehouden met cliënten en medewerkers van Buurtzorg en met huisartsen in het werkgebied van Buurtzorg (paragraaf 2.2). Daarnaast is een vragenlijst verstuurd naar de cliënten van Buurtzorg (paragraaf 2.3).

2.2 Kwalitatieve onderzoek: interviews

Deelnemende teams Buurtzorg

Door het management van Buurtzorg zijn voor het houden van interviews twee locaties aangewezen, Amersfoort-Zuid en Bemmelen. Voor deze twee locaties is gekozen, omdat zij inmiddels de opstartfase voorbij zijn en daarom een goed beeld hebben van hoe Buurtzorg in de praktijk uitwerkt. Op elk van deze locaties was een coördinerend wijkverpleegkundige contactpersoon voor de onderzoekers. Deze contactpersonen coördineerden de werving van de te interviewen personen binnen hun team.

Onderzoekspersonen

Er zijn per locatie vier cliënten, één mantelzorger, drie huisartsen en drie medewerkers persoonlijk of telefonisch benaderd met de vraag of ze bereid zijn geïnterviewd te worden. Alle benaderde personen waren bereid aan het onderzoek deel te nemen. De keuze van de te interviewen personen werd door de onderzoekers in samenspraak met de contactpersoon gedaan. Bij de keuze was het criterium dat de persoon voldoende ervaring had met Buurtzorg om daarover te kunnen praten. Bij de huisartsen werd er daarnaast op gelet dat de artsen uit verschillende praktijken kwamen. Bij de medewerkers werd erop gelet dat niet alleen de initiatiefnemers van een Buurtzorgteam geïnterviewd werden en dat er zowel een (wijk)verpleegkundige als ziekenverzorgende geïnterviewd werd. In het totaal zijn er 22 personen geïnterviewd.

Dataverzameling

Nadat de benaderde personen mondeling toestemming hebben gegeven voor het afnemen van een interview, kregen zij een informatiebrief over het onderzoek. Daarin stond onder andere dat het interview op audioband wordt opgenomen en gestreefd wordt naar een maximale interviewtijd van 45 minuten. Aan cliënten en mantelzorgers is vóór begin van het interview tevens toestemming gevraagd middels ondertekening van een informed consent (schriftelijke toestemming). De afgenomen interviews zijn uitgetypt en aan de geïnterviewden ter goedkeuring voorgelegd.

Data-analyse

Alle interviews zijn vervolgens met behulp van het kwalitatieve softwareprogramma MaxQDA geanalyseerd. Als eerste analysestap zijn de teksten van de interviews (voor iedere groep afzonderlijk: cliënten/ mantelzorgers, (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden, huisartsen) gecodeerd (binnen MaxQAD) op basis van een codelijst. De codes waren afgeleid uit de onderzoeksvragen. Er zijn op grond van tussentijdse bevindingen codes toegevoegd. In een tweede analysestap is gekeken naar aspecten die telkens terugkeren in de verschillende interviews en in een volgende analysestap zijn voor deze aspecten kernbegrippen geformuleerd.

2.3 Kwantitatieve onderzoek: vragenlijstonderzoek

Vragenlijst

De vragenlijst voor cliënten van Buurtzorg bestond uit 119, veelal voorgestructureerde, vragen. De CQ-Index Thuiszorg vormde de basis voor de vragenlijst die naar de cliënten verstuurd is (NIVEL, 2007). De CQ-Index, waarbij CQ staat voor Consumer Quality, is de nieuwe Nederlandse standaard voor het meten van cliëntervaringen (Wiegers e.a., 2007). Deze vragenlijst wordt momenteel landelijk gebruikt om kwaliteit van zorg te meten in de thuiszorg, waarbij nagegaan wordt in hoeverre de zorg voldoet aan de opgestelde normen voor verantwoorde zorg (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2007). De CQ-index Thuiszorg bevat 76 vragen naar allerlei aspecten van kwaliteit van zorg zoals de wachttijd tussen indicatie en ontvangen zorg, de gemaakte afspraken, informatie en communicatie, telefonische bereikbaarheid, aantal zorgverleners en vervanging bij ziekte, de professionaliteit van de zorg, veiligheid en privacy, zelfstandigheid en activiteiten, en de ontvangen emotionele ondersteuning van de zorgverlener. Daarnaast worden er twee rapportcijfers gevraagd, één voor de zorginstelling en één voor de zorgverleners, en een aantal achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio, geboorteland, woonsituatie, duur van de zorg, soort zorg, mantelzorg, ervaren gezondheid).

De vragenlijst is aangevuld met extra vragen naar (a) kenmerken die specifiek voor Buurtzorg zijn en (b) ervaringen met thuiszorg gegeven door andere instellingen. Eén van de uitgangspunten van Buurtzorg is dat mantelzorg en zelfzorg zo veel mogelijk gestimuleerd worden en dat Buurtzorg daar een aanvulling op is. Omdat dit aspect van de zorg in mindere mate in de CQ-vragenlijst bevraagd wordt, zijn hier vijf extra vragen over gesteld (is er voldoende Buurtzorg, mantelzorg, en zelfzorg, wat doet de mantelzorg en reageert Buurtzorg snel als er onverwacht extra zorg nodig is). Daarnaast is er een extra vraag gesteld over een ander kenmerk van Buurtzorg: de hoeveelheid overleg tussen Buurtzorg en de huisarts. De meeste vragen hebben vier antwoordmogelijkheden: altijd (4), meestal (3), soms (2), nooit (1). Naar de verbetermogelijkheden is een open vraag gesteld ("Wat zou u willen veranderen aan de zorg die u van Buurtzorg krijgt?"). Omdat dit onderzoek alleen bij Buurtzorgcliënten gedaan wordt, is een vergelijking van hun ervaringen met de ervaringen van cliënten van andere thuiszorginstellingen niet mogelijk. Om toch een indicatie te krijgen van de mate waarin Buurtzorg zich onderscheidt van andere thuiszorginstellingen is aan de Buurtzorgcliënten die de afgelopen twee jaar ook zorg thuis hebben gekregen van een andere instelling, gevraagd

naar hun ervaringen met deze andere instelling. Over de ontvangen zorg van deze instelling zijn twaalf vragen gesteld die ook in de vragen over Buurtzorg opgenomen zijn, waardoor we de antwoorden kunnen vergelijken. Er is wel een “weet ik niet meer”-antwoordcategorie aan de antwoordalternatieven toegevoegd. De onderwerpen die in deze twaalf vragen centraal staan zijn in overleg met Buurtzorg Nederland gekozen. Criterium daarbij was dat de vraag ging over een kenmerk waarop Buurtzorg zich wil onderscheiden van andere thuiszorginstellingen (zie tabel 5.2 voor de gekozen kenmerken). Ten slotte is gevraagd naar welke instelling de voorkeur uit gaat: Buurtzorg of de vorige instelling.

Respondenten

Alle cliënten die 29 april 2008 bij Buurtzorg in zorg zijn of recentelijk (dat wil zeggen maximaal 1 maand geleden) uit zorg zijn gegaan, hebben een vragenlijst ontvangen. Deze vragenlijsten (n=698) zijn vanuit het centrale kantoor van Buurtzorg Nederland verstuurd. De ingevulde vragenlijsten werden naar het NIVEL gestuurd. Na ongeveer drie weken heeft Buurtzorg Nederland een herinneringsbrief verstuurd. Van te voren waren de adressen van overleden cliënten zo veel mogelijk uit het bestand gehaald. Uiteindelijk reageerden 414 cliënten en vulden 357 personen een vragenlijst in (respons 51,1%, tabel 2.1). Mensen die wel reageerden en geen vragenlijst invulden deden dit relatief vaak omdat ze geen of nauwelijks zorg van Buurtzorg hadden ontvangen (tabel 2.2). Voor de respons per team wordt verwezen naar bijlage 1.

Tabel 2.1 Aantal verstuurd vragenlijsten en respons

	aantal verstuurd	totaal aantal reacties	% bruto respons	aantal ingevulde vragenlijsten	% netto respons
vragenlijsten	698	414	59,3	357	51,1%

Tabel 2.2 Redenen om de vragenlijst niet in te vullen

	aantal	%
cliënt heeft geen of weinig zorg gehad	20	5,9%
vragenlijst oningevuld retour zonder toelichting	13	3,8%
cliënt is niet in staat vragenlijst in te vullen, te ziek	11	3,2%
cliënt wil niet mee doen	6	1,8%
cliënt is overleden	5	1,5%
adres onjuist	2	0,6%
onbekend, geen reactie ontvangen	284	83,3%
totaal	341	100%

Tabel 2.3 Achtergrondkenmerken van respondenten (n=357)

Geslacht	
- vrouw	59,1%
- man	36,7%
- niet ingevuld	4,2%
Leeftijd	
- gemiddeld (18 keer niet ingevuld) (range 14-97 jaar)	74,7 jaar
Hoogst voltooide opleiding	
- geen/lagere school	7,0%
- lager beroepsonderwijs, voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs	39,4%
- middelbaar algemeen onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs	24,6%
- hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijke onderwijs	8,4%
- hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs, postacademisch onderwijs	9,2%
- anders	3,6%
- niet ingevuld	7,6%
Woonsituatie	
- alleenwonend	46,8%
- woont samen met één of meerdere personen	48,5%
- niet ingevuld	4,8%

Tabel 2.3 toont enkele achtergrondkenmerken van de respondenten. Ruim de helft van de cliënten is vrouw. De gemiddelde leeftijd is bijna 75 jaar. Het aandeel alleenwonenden is bijna gelijk aan het aandeel samenwonenden. Ruim de helft (55,7%) heeft hulp gehad bij het invullen van de vragenlijst, veelal van een gezins- of familielid (zie bijlage 2).

Analyse

De ervaringen van de cliënten met Buurtzorg zijn beschreven met behulp van percentages en gemiddelden. Deze zijn berekend over het aantal personen dat de vraag beantwoord heeft, waardoor het aantal respondenten per vraag varieert. Bij de beschrijving van de kwaliteit van zorg zijn de vijftien cliëntgeboden indicatoren voor kwaliteit uit het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg als uitgangspunt genomen (Stuurgroep Verantwoorde zorg, 2007). Een indicator wordt beschouwd als ‘de meetlat’ waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen. Deze vijftien indicatoren zijn vastgesteld door de verschillende partijen in de sector, te weten de cliëntenorganisatie LOC, de

beroepsorganisaties NVVA, V&VN en Sting, brancheorganisatie ActiZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De cliëntgebonden indicatoren worden gemeten met de CQ-vragenlijst. In het Kwaliteitskader wordt beschreven welke vragen uit de CQ-vragenlijst de verschillende indicatoren voor kwaliteit van zorg meten (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4 Schaalanalyses voor de indicatoren uit de Indicatorenset Verantwoorde zorg¹

Indicator voor kwaliteit van zorg	aantal vragen	nummers van vragen ²	Cronbach's alfa	
1.1	Zorg(behandel)-/leefplan	1	11	-
1.2	Inspraak en overleg	6	14, 15, 16, 25, 26, 27, 28	.67
2.1	Bejegening	4	29, 30, 47, 49	.70
2.2	Informatie	6	18, 19, 20, 21, 22, 23	.65
2.3	Telefonische bereikbaarheid	4	31, 32, 33, 34	.71
3.1	Lichamelijke verzorging	2	56,57	.79
5.3	Ervaren privacy	1	68	-
4.12	Professionaliteit en veiligheid	12	12, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 58, 59, 60, 61	.91
6.1	Dagbesteding en participatie	3	77, 78, 79	.85
6.2	Zelfstandigheid/autonomie	7	69, 70, 71, 72, 74, 75, 76	.74
7.1	Mentaal welbevinden	5	66, 80, 81, 82, 83	.68
8.1	Veiligheid woon-leefomgeving	4	62, 63, 64, 65	.74
8.2	Betrouwbaarheid zorgverleners	6	51, 52, 53, 54, 55, 67	.79
9.1	Beschikbaarheid personeel	7	35, 36, 38, 39, 40, 48, 73	.68
10.1	Samenhang in de zorg	1	46	-

1. Indicatoren 5.3 en 10.1 worden gemeten door één vraag. Indicator 1.1 wordt volgens het Kwaliteitskader gemeten met behulp van vier vragen. Deze vier vragen bleken geen betrouwbare schaal te vormen. De stuurgroep heeft daarom in een latere fase besloten dat vraagnummer 11 de beste representant is van de indicator (de Boer e.a., 2008).

2. Voor het maken van schalen zijn de vragen waarop ja/nee geantwoord wordt gecodeerd als ja=4 en nee=1. Het aantal verschillende hulverleners (vraag 35) is gecodeerd als 1 of 2=4, 3-4=3, 5-9=2, 10 of meer=1). Vraag 11 (aanwezigheid van schriftelijke afspraken over de zorg) is gecodeerd als ja=4, nee, alleen mondeling=3, nee, geen afspraken=2.

Tabel 2.4 laat zien hoe de indicatoren gemeten worden. In bijlage 3 is te lezen welke vraag bij elk vraagnummer hoort. De betrouwbaarheid van de schalen (Cronbach's alpha) is berekend op de Buurtzorggegevens (zie tabel 2.4). Conform het handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma e.a., 2007) beschouwen we een schaal als betrouwbaar als Cronbach's alfa groter of gelijk is aan 0.70. Tussen 0,60 en 0,70 is de betrouwbaarheid

gering, maar nog acceptabel. Alle schalen hebben een acceptabele betrouwbaarheid. Voor elke indicator die bestaat uit een schaal van minstens twee vragen is vervolgens het gemiddelde van de antwoorden berekend. Dit gemiddelde is de score op de betreffende indicator en varieert van minimaal 1 tot maximaal 4.

Cliënten die recente ervaring hebben gehad met een andere thuiszorginstelling is gevraagd naar de ervaringen met deze vorige instelling. Bij de vragen waar de antwoorden een schaal vormden van nooit naar altijd zijn deze ervaringen middels gepaarde t-toetsen vergeleken met de ervaringen met Buurtzorg. Bij de vragen met de ja/nee antwoorden zijn verschillen tussen percentages getoetst met de McNemar toets voor het meten van veranderingen binnen één groep.

3 Interviews: ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen

3.1 Inleiding

Om de resultaten uit de vragenlijsten (kwantitatieve deel) te verdiepen en uit te breiden, zijn er in de periode maart/ april 2008 op twee locaties, in Amersfoort-Zuid en Bemmelen, semi-gestructureerde interviews bij cliënten/ mantelzorgers, (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden van Buurtzorg en betrokken huisartsen afgenomen. De vraagstelling van de interviews is voor alle betrokkenen (cliënt/ mantelzorgers, (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden en huisartsen) gericht op de ervaren *kwaliteit van zorg* verleend door Buurtzorg. De interviews zijn gehouden om de eerste twee onderzoeksvragen te beantwoorden, te weten:

1. *Hoe ervaren cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen de kwaliteit van de zorg van Buurtzorg?*
2. *Op welke punten kan de zorg van Buurtzorg volgens cliënten, mantelzorgers verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, en huisartsen verbeterd worden?*

Hieronder is over elke groep geïnterviewden *algemene informatie* gegeven.

Cliënten/ mantelzorgers: in totaal zijn acht cliënten en twee mantelzorgers geïnterviewd. De acht cliënten waren vier vrouwen en vier mannen. De twee mantelzorgers waren beiden dochters, die informatie gaven over hun moeder, respectievelijk vader. Alle personen waarover in de interviews informatie is verzameld waren ouder dan 70 jaar. Een deel van de geïnterviewden had eerdere ervaringen met een andere thuiszorgorganisatie, maar in bijna alle gevallen kwam de vorige hulpvraag niet overeen met de hulpvraag waarvoor Buurtzorg was ingeschakeld. Bij vijf cliënten verleende Buurtzorg ten tijde van het interview al minstens zes maanden zorg (sinds september 2007) en bij de overige vijf cliënten varieerde de duur van twee tot vier maanden.

Als de complexiteit van de zorg aan verpleegtechnische handelingen afgemeten wordt, was er bij één cliëntsituatie sprake van een complexe zorgsituatie (nierspoeling) en bij de andere negen sprake van een minder complexe zorgsituatie. In de minder complexe situaties was er veelal sprake van benen zwachtelen, wondverzorging, (hulp bij) wassen en aankleden. Wat de frequentie van de bezoeken betreft, kwam Buurtzorg bij de meeste van de geïnterviewde cliënten (acht van de tien cliënten) 7 dagen in de week.

(Wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden: alle geïnterviewde (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden hadden, voordat zij bij Buurtzorg in dienst kwamen, ruimschoots werkervaring in andere thuiszorgorganisaties opgedaan. Hun werkervaring varieerde van 5 tot 25 jaar. Bij hun vorige werkgever gingen zij in min of meerdere mate gebukt onder o.a. de tijdsdruk (stopwatchzorg) en de toenemende uitholling van hun beroep, met als gevolg onpersoonlijke cliëntenzorg en verlies aan

voldoening in het werk. In elk geval waren er voor hen redenen genoeg om bij de andere thuiszorgorganisatie weg te gaan en bij Buurtzorg te gaan werken.

Huisartsen: alle geïnterviewde huisartsen beschikten over een ruime praktijkervaring (minimaal 10 jaar) en het overgrote deel van hen heeft nog met de wijkverpleegkundige ‘oude stijl’ van de voormalige kruisverenigingen samengewerkt.

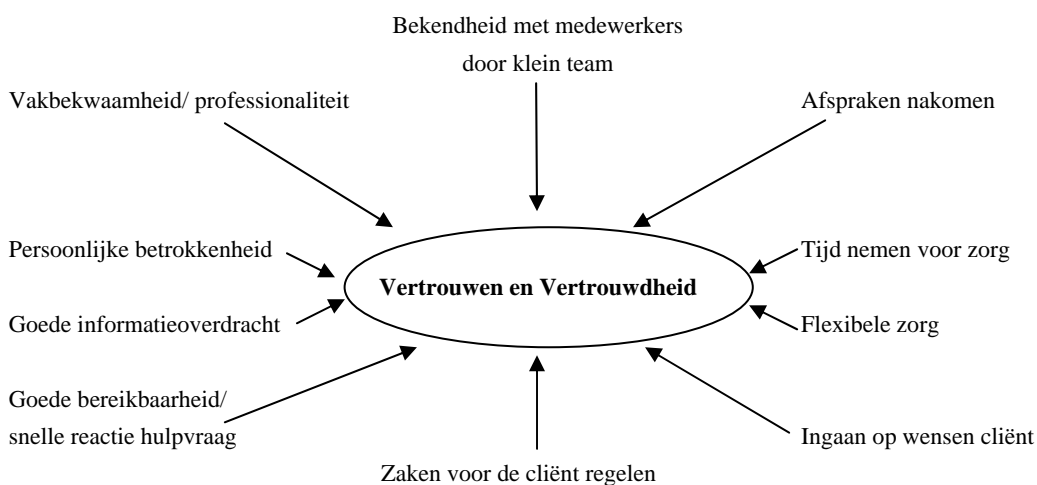
Overigens hadden niet alle huisartsen in gelijke mate met medewerkers van Buurtzorg samengewerkt. De frequentie verschilde onderling. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat hun ervaringen met Buurtzorg voornamelijk gebaseerd waren op het contact met (wijk)verpleegkundigen en niet met ziekenverzorgenden.

Zoals eerder in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.2) is aangegeven, zijn er voor de terugkerende aspecten uit de interviews kernbegrippen, die samenhangen met de ervaren kwaliteit van zorg, geformuleerd. De aspecten waarop deze kernbegrippen (vertrouwen/ vertrouwdheid en vertrouwen in elkaar) gebaseerd zijn, worden in dit hoofdstuk voor elke groep geïnterviewden (cliënten/ mantelzorgers, (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden en huisartsen) afzonderlijk beschreven. Daarna volgen drie paragrafen waarin ingegaan wordt op de aandachtspunten voor verbetering die uit de interviews met deze drie groepen naar voren kwamen.

3.2 Ervaringen van cliënten/ mantelzorgers

In de interviews valt op dat de aspecten die de cliënten regelmatig naar voren brengen als zij over Buurtzorg spreken te maken hebben met *vertrouwen* in, alsmede *vertrouwdheid* met de medewerkers van Buurtzorg. Dit vertrouwen in, respectievelijk vertrouwdheid met de medewerkers lijkt mede gebaseerd te zijn op de aspecten die hieronder worden vermeld. In figuur 3.1 is een overzicht gegeven.

Figuur 3.1 Kernbegrippen met gerelateerde aspecten vanuit het perspectief van cliënten/ mantelzorgers



Kernbegrip: vertrouwen in/ vertrouwdheid met medewerkers Buurtzorg

Bekendheid met medewerkers door klein team

Vanwege het kleine team is het aantal verschillende gezichten dat bij de cliënten over de vloer komt beperkt. Hierdoor kennen alle geïnterviewden de medewerkers van Buurtzorg. Alle cliënten/ mantelzorgers zijn op de hoogte van wie hun aanspreekpersoon is. Zij kunnen bij de aanspreekpersoon met alle vragen terecht en geven tegelijkertijd aan dat dat eigenlijk bij iedereen van Buurtzorg kan die zorg verleent. Géén van de geïnterviewde cliënten vind het aantal medewerkers dat over de vloer komt te veel.

Afspraken nakomen

Een vaak vermeld punt bij cliënten is dat de medewerkers van Buurtzorg hun afspraken nakomen en bijvoorbeeld keurig op tijd zijn. Als er een verpleegkundige/ ziekenverzorgende van Buurtzorg een keer later dan afgesproken komt, wordt de cliënt daar van tevoren op de hoogte gebracht.

Tijd nemen voor zorg

Cliënten merken op dat er tijd voor hen genomen wordt, waardoor de zorg niet gehaast verloopt en het er gemoedelijk aan toe gaat:

“er is tijd om te praten en een kopje koffie te drinken”.

Dit heeft als voordeel dat de medewerker van Buurtzorg zijn volle aandacht aan de cliënt kan geven en de kans kleiner is dat de medewerker iets over het hoofd ziet. Cliënten die eerder van een andere thuiszorgorganisatie hulp hebben gekregen, hebben andere ervaringen:

“als ze hier klaar waren hadden ze al bij de volgende patiënt moeten zijn”.

“het is hier (bij Buurtzorg) gemoedelijker, daar is het haasten, haasten, haasten”.

Flexibele zorg

Medewerkers van Buurtzorg passen zich makkelijk aan de situatie van de cliënt aan. Een aantal cliënten vertelt dat vanwege persoonlijke omstandigheden de tijden waarop de zorg verleend werd flexibel aangepast kon worden:

“ze komen 's morgens na 9 uur. Ze hebben nu een grote groep die ze moeten verzorgen, en dat gebeurt gewoon. Maar tussen 9 en 10 komen ze hier. Met veel gemak kan dat veranderen. Als ik dat toch vroeg vind, kun je afspreken hoe laat je het liever hebt. Zondagochtend, we zijn katholiek opgevoed, kijken we altijd om 10 uur de mis. En toen was er één van de zusters hier, en hebben we afgesproken dat ze eerder komen zodat wij de mis kunnen zien”.

Vakbekwaamheid/ professionaliteit

De geïnterviewden vinden dat de verpleegtechnische- en verzorgende taken vakbekwaam worden uitgevoerd en zeggen dat er door de medewerkers goede kwaliteit van zorg verleend wordt:

“degenen die daar werken vind ik goed qua verpleging. Een persoon, die ook bij mij komt, heeft veel verstand van wonden”.

“je ziet ook meteen of iemand kan zwachtelen of niet. Dat heb ik wel meegemaakt hoor, dat ze er een potje van maakten. Dat is dus niet zo bij Buurtzorg. Ze doen het allemaal goed”.

“ik heb in de afgelopen 3 maanden een stuk of 5 medewerkers gehad, die elkaar zo’n beetje afwisselen. En de ene keer heb je een paar keer dezelfde achter elkaar en dat wisselt zich ook wel eens af. Maar iedereen die hier komt heeft er goed verstand van. Ze weten allemaal wat ze moeten doen”.

“De manier van optreden hier in huis vind ik erg goed. Ik kan geen dingen noemen die niet goed zijn...het is gewoon een goede club”.

Een ander aspect dat in verband met professionaliteit regelmatig aan de orde komt, is de opgemerkte alertheid van de medewerkers:

“ze zijn net haviken, ze zien alles”.

Persoonlijke betrokkenheid medewerkers Buurtzorg

Buurtzorg wil zich profileren met het inzetten van goed opgeleide (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, die professioneel met cliënten en situaties kunnen omgaan. Naast het hierboven genoemde professioneel optreden valt bij cliënten/ mantelzorgers de persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers bij het werk op:

“iedereen is erg persoonlijk en betrokken”.

Andere omschrijvingen voor de betrokkenheid zijn:

“het zijn prettige mensen”

“het zijn ook allemaal zulke lieve, goede zusters”.

Goede informatieoverdracht

Cliënten/ mantelzorgers ervaren dat de medewerkers die bij hen over de vloer komen elkaar onderling goed informeren over de cliëntsituatie. Behalve de goede mondelinge overdracht merken cliënten op dat alles goed in het zorgdossier wordt opgeschreven. Dit resulteert erin dat zij (de cliënten) niet telkens opnieuw uit moeten leggen wat er moet gebeuren of wat er is afgesproken. Medewerker nemen bij vragen, in het bijzijn van de cliënt, direct telefonisch contact op met een collega of de huisarts:

“ze doen ook goed verslag in het boek (zorgdossier) en dat lezen ze van elkaar. De huisarts werkt goed met hen samen. Die schrijft ook in het boek, zodat zij weten hoe de zaken ervoor staan. In het begin kwamen ze hier ook weleens samen over de vloer”.

“Als er iets niet duidelijk is in de rapportage dan bellen ze elkaar wel, of bellen ze de huisarts”.

Goede bereikbaarheid/ snelle reactie hulpvraag

De goede bereikbaarheid van de medewerkers wordt vermeld door degenen die onverwacht iemand van Buurtzorg nodig hadden. Cliënten hebben de ervaring dat ze, als ze bellen, direct geholpen worden:

“positief is de bereikbaarheid van de dames en ook de betrokkenheid van de dames. Dat ze even bellen van tevoren, van we komen dan en dan, is het goed? En als er iets is, of ik heb iets niet goed begrepen, dan kan ik altijd even bellen.”

Dit is voor cliënten een geruststellend gevoel, ook mede omdat er een snelle reactie op de hulpvraag volgt:

“en als er nu iets is, bellen we Buurtzorg en ze zijn er gelijk”.

Zaken voor de patiënt regelen

Met uitzondering van cliënten die alles zelf willen regelen, vinden cliënten het positief dat door de medewerkers van Buurtzorg zaken goed geregeld worden, zoals het verlengen/ bijstellen van de door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg) afgegeven indicatie of een bestelling bij de apotheek:

“en ze hebben nu rechtstreeks contact met de huisartsen, waarmee ze overleggen. En dat is wel fijn, dat we nu niet zelf meer overal achterheen moeten gaan. Als er iemand van Buurtzorg is dan regelen ze het gelijk. Vroeger als er wat was, dan werd er gezegd: dan moet je de huisarts even bellen, want als je de huisarts belt en je krijgt het antwoordapparaat of zo, dat kostte de thuiszorg natuurlijk ook allemaal tijd”.

Ingaan op wensen patiënt

Een klein aantal cliënten vermeldt dat er naar hun wensen ten aanzien van de zorg gevraagd wordt. Indien zij wensen hebben wordt er naar deze geluisterd en worden deze vervolgens naar tevredenheid uitgevoerd/ dan wel opgevolgd. Deze cliënten ervaren dit als zeer positief:

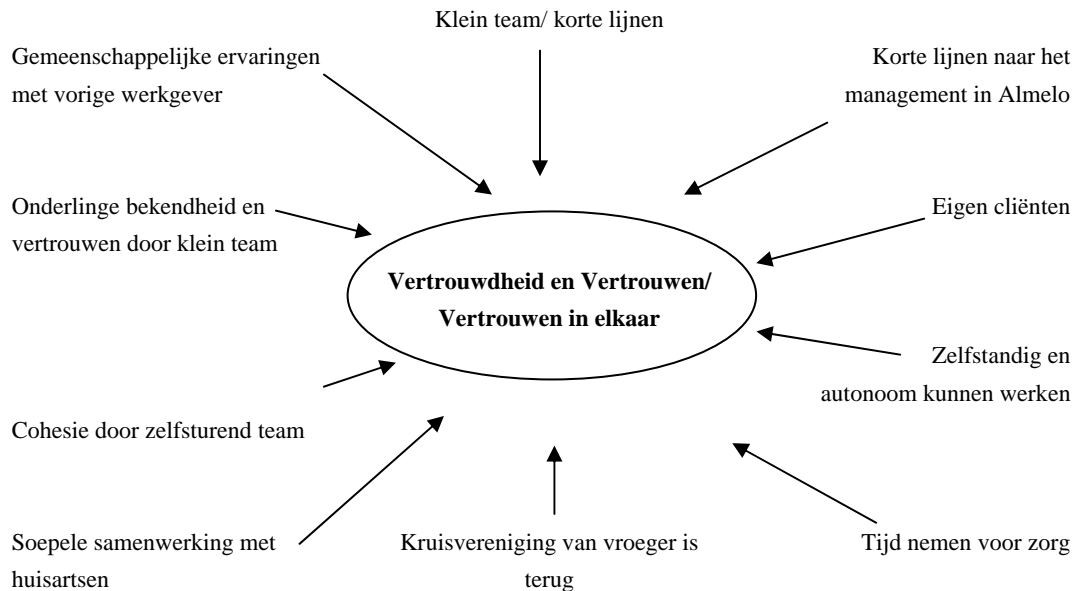
“maar wat ik bij Buurtzorg ondervind is dat je als cliënt behandeld wordt en wat je graag wil, daar wordt gevolg aan gegeven. Als klant, en dat wordt punctueel aangehouden door Buurtzorg, terwijl thuiszorgorganisatie X net doet of je blij mag zijn dat ze willen komen”.

3.3 Ervaringen van (wijk)verpleegkundigen/ziekenverzorgenden

Uit de interviews met (wijk)verpleegkundigen/ziekenverzorgenden komen aspecten naar voren die te maken lijken te hebben met zowel *vertrouwdheid*, *vertrouwen* alsmede *vertrouwen in elkaar*. Behalve dat het Buurtzorgconcept voor hen een vertrouwde manier van werken is, hebben de medewerkers het vertrouwen dat zij kwalitatief goede zorg te leveren. Tevens spreken zij een groot vertrouwen naar elkaar toe uit. Hieronder worden

deze aspecten nader toegelicht. In figuur 3.2 is een overzicht gegeven.

Figuur 3.2 Kernbegrippen met gerelateerde aspecten vanuit het perspectief van (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden



Kernbegrip: vertrouwdheid met het Buurtzorgconcept/ vertrouwen in het leveren van goede kwaliteit zorg

Kruisvereniging van vroeger is terug

Voor de medewerkers, die voor het merendeel over een jarenlange werkervaring bij een andere thuiszorgorganisatie konden bogen, is het Buurtzorgconcept een *vertrouwde* manier van werken. Zij hebben veelal bij de vroegere kruisverenigingen gewerkt en daarom is Buurtzorg voor hen een ‘oud’ concept. Deze vertrouwdheid wordt door een verpleegkundige met een jarenlange werkervaring als volgt geformuleerd:

“de kruisvereniging van vroeger is een nieuw jasje gegeven....want dat is het, niet meer en niet minder”.

Klein team/ korte lijnen

Kwaliteit van zorg wordt geboden vanwege de optimale informatievoorziening over de cliëntsituatie. Omdat het team klein is verloopt de communicatie soepel tussen de teamleden en komt informatie over cliënten rechtstreeks bij de betreffende medewerker:

“de korte lijnen zijn het sterkste punt. Dat vind ik eruit springen. We hebben een goed draaiend team en kunnen goed op elkaar bouwen”.

Korte lijnen naar het management in Almelo

Bij vragen en/ of onzekerheden nemen de medewerkers contact op met het management, wat altijd makkelijk te bereiken is:

“je vraagt iets en binnen vijf minuten is het er”

“je krijgt sneller antwoorden en voelt je ook gehoord en je wordt serieus genomen”.

Een medewerker merkt op dat er bij Buurtzorg respect voor elkaar is, zowel onderling als van hoger af (management Buurtzorg):

“dit geeft jou weer het vertrouwen en respect om jouw vak weer naar behoren uit te oefenen”.

Eigen cliënten

(Wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden hebben zo veel mogelijk hun ‘eigen’ cliënten waar zij gedurende de week regelmatig zorg verlenen en zodoende een relatie mee op kunnen bouwen. Met andere woorden medewerkers van Buurtzorg en cliënten kennen elkaar. Omdat de (wijk)verpleegkundigen/ziekenverzorgenden regelmatig bij hun cliënten over de vloer komen, zijn zij goed op de hoogte van wat er in de thuissituatie speelt.

Zelfstandig en autonoom kunnen werken

Alle zaken rondom de zorg van de eigen cliënten worden door de eindverantwoordelijke verpleegkundige/ ziekenverzorgende geregeld en deze mag hierin, natuurlijk binnen bepaalde marges, zelfstandig en autonoom opereren. Iedereen heeft bij de ‘eigen’ cliënten de regie over de zorg in handen:

“bij Buurtzorg kun je lekker zelfstandig werken. Je kunt dingen zelf aanpassen, in overleg met anderen. De mensen zijn dankbaar, je kent elkaar goed omdat je zo veel mogelijk bij dezelfde mensen komt. Daardoor heb je een fijne band met de cliënten en voelt het minder als werk”.

“ik mag nu ook meer handelingen doen, waar ik eigenlijk al bevoegd voor was, maar waar bij die andere instelling (andere thuiszorgorganisatie) ik het niet mocht doen”.

Tijd nemen voor zorg

Door de organisatie van Buurtzorg hebben de medewerkers het gevoel dat zij tijd kunnen nemen voor de zorg, ondanks het feit dat zij nu ook de tijd moeten bewaken (de cliënten zijn voor een bepaalde tijd geïndiceerd). Bij de andere thuiszorgorganisaties waarvoor zij werkten moesten zij binnen een bepaalde tijd een aantal patiënten geholpen hebben, alles was precies voorgeprogrammeerd. Nu hebben zij hun ‘eigen patiënten’ waarvoor zij verantwoordelijk zijn en dit geeft blijkbaar ruimte en een gevoel van controle over de situatie.

Bij Buurtzorg is tijd voor de cliënt, aldus een medewerker:

“je hebt het gevoel dat je meer tijd hebt voor dingen. Maar misschien is dat meer een gevoel, dan dat het echt zo is. Dat weet ik niet. Maar vooral op het laatst (bij de vorige werkgever), toen ik met dat apparaatje moest gaan lopen voor in en uit. Toen kreeg je het gevoel dat je veel meer op de tijd moest letten. Terwijl nu,

nu kun je eerst eens vijf minuten een gesprekje met de cliënt hebben. En de cliënt denkt; 'goh, die neemt er de tijd voor'. Dan heb je vaak uiteindelijk geen extra tijd nodig. Maar je straalt dan meer rust uit. Meer dan als je binnenkomt en meteen gaat vliegen”.

Soepele samenwerking met huisartsen

(Wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden geven aan dat er een soepele samenwerking met de huisartsen is. Huisartsen nemen makkelijk contact op vanwege de goede bereikbaarheid van Buurtzorg, aldus de medewerkers:

“huisartsen weten als ze naar ons bellen dat ze niet doorgeschakeld worden, dan krijgen ze meteen een wijkverpleegkundige die weet heeft van”.
“ik heb ook wel het idee dat ze (de huisartsen) weten dat wij alleen maar bellen als het nodig is en dat ze dan ook serieus op je ingaan”.

Kernbegrip: vertrouwen in elkaar

De interviews met (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden laten de indruk achter dat er een sterke teamgeest heerst. In de samenwerking tussen de leden van een team lijkt het *vertrouwen in elkaar* een grote rol te spelen:

“we kennen elkaar in ons team van haver tot gort”.
“er is ook een hele openheid in het team, omdat je allemaal gaat voor een goede kwaliteit van zorg”.

De verschillende aspecten die bijdragen aan dit vertrouwen worden hieronder besproken.

Gemeenschappelijke ervaringen met vorige werkgever

Er lijkt vanwege negatieve ervaringen bij vorige werkgevers een min of meer gezamenlijke motivatie te zijn om bij Buurtzorg te werken, een overigens niet te veronachtzamen bindingsfactor bij de teams. De geïnterviewden waren allen (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden van het eerste uur, de pioniers van Buurtzorg en lieten een enorme inzet zien voor het welslagen van het Buurtzorgconcept, vaak in de vorm van overuren. In vergelijking met ervaringen bij vorige werkgevers (andere thuiszorgorganisatie), levert het werken bij Buurtzorg hen weer voldoening en werkplezier op:

“ja, met enthousiasme werk je gewoon weer. Zorg doen die je hoort te doen, waar je voor staat”.

Kortom, alle neuzen wijzen dezelfde kant op en dat scheidt een band en vertrouwen in elkaar.

Onderlinge bekendheid en vertrouwen door klein team

In een relatief klein team kennen de medewerkers elkaar goed en voelt iedereen zich verantwoordelijk voor de goede gang van zaken rondom de cliëntenzorg. Dit resulteert erin dat de medewerkers op elkaar kunnen rekenen.

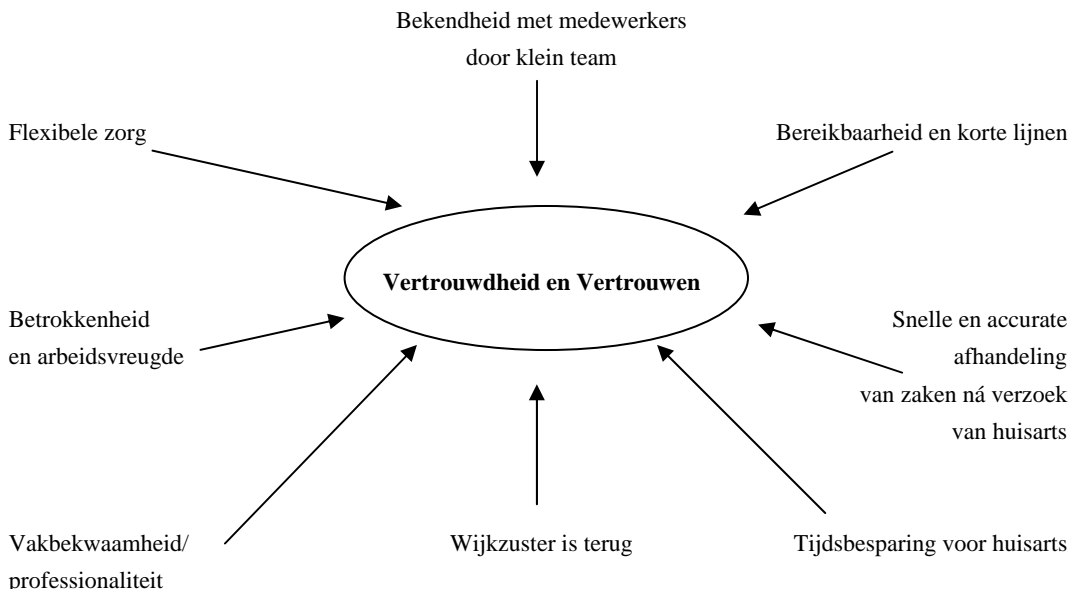
Cohesie door zelfsturend team

Behalve dat vertrouwen in elkaar in een klein team makkelijker te bereiken is, draagt ook het werken in een zelfsturend team ertoe bij. Hier moeten immers regelmatig dingen samen gedaan worden, zoals bijv. overleggen, besluiten nemen of elkaar helpen bij het leren van vaardigheden (omgaan met de computer, medisch-technische handelingen). Het team mag zelf het initiatief nemen om zich in medisch-technische handelingen te scholen, die nieuw voor hen zijn of waarvoor zij zich voor de uitoefening niet meer bekwaam voelen, en die nodig zijn. Deze omstandigheden lijken invloed te hebben op de cohesie van de groep.

3.4 Ervaringen van huisartsen

De aspecten die huisartsen naar voren brengen in verband met de samenwerking met Buurtzorg hebben eveneens te maken met *vertrouwdheid* en *vertrouwen*. Het Buurtzorgconcept is voor de huisartsen met een lange werkervaring *vertrouwd*, omdat het naar hun idee aansluit bij de werkwijze van de oude kruisverenigingen. Sommige huisartsen geven aan dat zij dit vertrouwen in de loop der jaren in medewerkers van andere thuiszorgorganisaties grotendeels hebben verloren, vanwege de vele reorganisaties die samengingen met negatieve effecten op de kwaliteit van zorg, communicatie etc. Het *vertrouwen* dat huisartsen hebben dat de medewerkers van Buurtzorg goede kwaliteit van zorg leveren lijkt grotendeels voort te komen uit (wat het beste te omschrijven is als) de professionele werkwijze van de medewerkers en de organisatie van Buurtzorg. Hieronder worden deze aspecten nader besproken. In figuur 3.3 is een overzicht gegeven.

Figuur 3.3 Kernbegrippen met gerelateerde aspecten vanuit het perspectief van huisartsen



Kernbegrip: vertrouwdheid met het Buurtzorgconcept/ vertrouwen in medewerkers Buurtzorg

Wijkzuster is terug

Door de vele reorganisaties in de thuiszorg is de zorg aan de patiënt sterk versnipperd, grotendeels door de inzet van verschillende deskundigheidsniveaus. Indien verschillende zorgfuncties zijn geïndiceerd, wordt de zorg vaak door verschillende personen uitgevoerd. Het aantal zorgverleners kan hierdoor hoog zijn. Huisartsen kennen bij de andere thuiszorgorganisaties vaak niet meer de betrokken hulpverleners die bij hun patiënt over de vloer komen. Door de kleinschaligheid van Buurtzorg en de inzet van een vaste (wijk)verpleegkundige als centraal aanspreekpunt is beter contact mogelijk en kennen huisartsen en betrokken medewerkers elkaar. De geïnterviewde huisartsen laat dit denken aan de wijkgerichte zorg die door de vroegere kruisverenigingen is gegeven. Daarom heeft volgens hen de wijkverpleegkundige ‘oude stijl’ weer haar intrede gedaan en een paar gebruikten hieromtrent de term ‘wijkzuster’:

“waar ik vroeger met vaste wijkverpleegkundigen werkte (van wie ik de namen nog ken), die belde ik op en dan gingen ze er naar toe....en dat heb ik weer terug. En dat is zo’n heerlijk gevoel. Daar kan ik alleen maar lyrisch over spreken”.

“ik ben in 1982 als huisarts geregistreerd. Ken dus de wijkgerichte zorg van de wijkverpleegkundige van vroeger. Waarbij je nog overleg had met de wijkverpleegkundige en haar nog persoonlijk kende. Dat verschil ken ik nog wel. Dat is toen helemaal weggesaneerd en Buurtzorg doet weer wat denken aan de tijd van vroeger”.

Bekendheid met medewerkers door klein team

In cliëntsituaties waar medewerkers van andere thuiszorgorganisaties komen, kennen de huisartsen vaak niet degenen die daar zorg verlenen en dit gegeven komt naar hun mening niet ten goede aan de kwaliteit van zorg. Dat is naar de ervaring van de huisartsen bij Buurtzorg anders, want het aantal medewerkers is beperkt. Alle huisartsen vertellen dat zij de wijkverpleegkundige waarmee ze samenwerken/ samengewerkt hebben kennen en dit wordt als zeer positief ervaren:

“ja, waar ik mee in aanraking kom wordt de zorg door 1 persoon of door dezelfde personen uitgevoerd. Het grote voordeel hier is dat het makkelijk communiceren is en dat we de mensen die bij Buurtzorg werken kennen. Het zijn voor een groot deel verpleegkundigen die hiervoor bij de thuiszorg hebben gewerkt. Het lijkt alsof we weer terug zijn waarmee we begonnen zijn. De specifieke vaardigheden van degenen die daar werken zijn er ook. De lijntjes zijn heel kort, je kunt samen afspraken maken. Voorheen liep dat totaal niet en dit werkt een stuk prettiger. Bij de thuiszorg wist je vaak niet met wie je te maken zou krijgen. Dat konden er heel veel verschillende zijn”.

Bereikbaarheid en korte lijnen

Een belangrijk punt dat regelmatig door de huisartsen genoemd wordt is dat Buurtzorg voor de huisartsen goed te bereiken is, zonder dat er extra schijven tussen zitten. In de

samenwerking met Buurtzorg is er één aanspreekpersoon die met één telefoonnummer rechtstreeks benaderd kan worden voor overleg, afspraken, aanmelden nieuwe cliënt etcetera, kortom de communicatielijnen zijn kort:

“dat is het grote verschil tussen Buurtzorg en de thuiszorg. Een hele bureaucratische tussenlaag...6 telefoontjes verder en dan kom je eigenlijk bij degene die je hebben moet. Het voordeel bij Buurtzorg is, ik bel en doe zaken”.

“het makkelijke is gewoon dat je 1 nummer hebt en dat je niet hoeft te zoeken hoe je iemand kan bereiken”.

“en inderdaad het makkelijke 1 op 1 contact met de wijkzuster. Ik zeg meteen het woord ‘wijkzuster’. Dat zegt wel iets. Dat laat me weer denken aan oude tijden”.

Als de aanspreekpersoon vrij is, is er altijd een vervanger die de cliëntsituatie ook kent. Vanwege de goede bereikbaarheid vindt er makkelijker ad hoc overleg in de cliëntsituatie plaats. Op één locatie is er structureel overleg (tweewekelijks) over cliënten tussen de huisartsen en coördinerend wijkverpleegkundigen.

Snelle en accurate afhandeling van zaken ná verzoek van de huisarts

Een paar huisartsen merken op dat ná het rechtstreekse contact met de verpleegkundige de gevraagde diensten snel en accuraat afgehandeld worden, zoals het regelen van de thuissituatie:

“ik heb het telefoonnummer van het team in mijn telefoon staan en ik hoef nauwelijks na te denken als ik bij een patiënt thuis ben. Ik bel en zeg in het kort wat er aan de hand is. Kan je daar even gaan kijken? Binnen een dag hoor ik terug: we gaan dat en dat doen, ben je het er mee eens... morgen loopt het. Kortom snel, accuraat, goed en geen overbodige bureaucratische dingen”.

Tijdsbesparing voor huisarts

De coördinerende wijkverpleegkundigen bij Buurtzorg zijn bevoegd om zelf de indicaties te regelen en daardoor ligt de verantwoording voor het aanvragen van de indicatie niet meer bij de huisarts. Dit is voor de huisarts enorm tijdsbesparend:

“wat mij daar aan aanspreekt is dat ik als huisarts een heel directe lijn krijg met een wijkverpleegkundige die vervolgens al mijn geregeld en organisatorische dingen uit handen neemt. Die bevoegd is om zelf indicaties te regelen, die weet wat er bij problemen moet worden ingezet. Je mist een stukje bureaucratie van ik moet naar dit loket, of daar een indicatie aanvragen”.

Vakbekwaamheid/ professionaliteit

Alle geïnterviewde huisartsen roemen de vakbekwaamheid van de (wijk)verpleegkundigen en gebruiken hiervoor verschillende termen zoals gekwalificeerd(e) personeel/club, de zorg is van goede kwaliteit, gespecialiseerd werk wordt goed gedaan:

“Het ander wat ook opviel was de vaardigheid, ze weten van wanten”.

“ik weet wie er aan het bed staat en dat ik daarop kan vertrouwen. Als ik niet weet wie er aan het bed staat en die persoon belt dat er een wond op het been zit en dat ik moet komen kijken, dan denk ik ‘ja ho, de patiënt wil er niet voor bellen, de verzorgende belt ervoor’. Als ik dan weet dat het mijn verpleegkundige is die belt, dan weet ik dat ik moet komen kijken. Omdat zij het niet vertrouwt. En bij die andere moet ik ook gaan kijken. Maar eigenlijk heb ik dan zoiets van voor een simpel rood plekje hoeft ik geen visite af te leggen. Bij Buurtzorg vertrouw ik erop dat het dan echt noodzakelijk is. Zij zijn onze ogen en oren en daar moeten we dan op varen. Maar dan wil ik wel weten wie het doet. Buurtzorg is gericht, een gekwalificeerde club en weer minder personen aan het bed”.

Betrokkenheid en arbeidsvreugde

Naast de vakbekwaamheid van de medewerkers van Buurtzorg, viel enkele huisartsen de betrokkenheid bij de zorg aan de patiënt op. Dit hebben zij deels zelf opgemerkt (de betrokkenheid), dan wel is het hen door cliënten verteld:

“ik heb met Buurtzorg bij 3 patiënten contact gehad. Wat ik erg plezierig vond bij Buurtzorg was de betrokkenheid bij de patiënten. Dat viel heel erg op in vergelijking met de andere organisaties waar ik de laatste jaren mee heb gewerkt”.

“ik heb niet zo heel veel ervaring met deze Buurtzorg, maar de ervaring die ik heb bij een patiënt met veel problemen is goed, omdat ik hoor van de patiënt dat ze de afspraken goed nakomen, dat de zorg zeer persoonlijk is, en dat ze streven naar een duidelijke één op één relatie. Dat één persoon de zorg op zich neemt. Ik vind ze accuraat, consciëntieus, en ze maken een professionele indruk...ik ben er zeer tevreden over”.

De medewerkers stralen een positieve houding ten aanzien van hun werk uit, aldus een enthousiaste huisarts:

“ik ben alleen maar positief over Buurtzorg en ik ben blij dat ze er zijn en blij dat er een enorme frisse wind door dat wijkverpleegkundigen werk waait. Ik zie de arbeidsvreugde weer bij die meiden. Die waren aan het verzuren. Ik heb er ook veel gezien die uit het métier zijn gestapt, hartstikke goede wijkverpleegkundigen”.

Flexibele zorg

Volgens een paar huisartsen wordt de zorg door Buurtzorg flexibel aangepast aan de situatie van de cliënt. Om dit te realiseren veronderstelt dat een goed overzicht van de thuissituatie:

“de zorg was afgestemd op een aantal verschillende deelaspecten van de leefsituatie van de patiënt. Daar zag je het vooral aan. Heel flexibel. Ze draaiden

ook om in een patiëntsituatie (van nachtzorg naar dagzorg en andersom). Het ging allemaal volgens de situatie volgend. De situatie veranderde wat, de wensen veranderden wat”.

“ze maken ook een flexibele indruk: kijken wat de patiënt nodig heeft, en hoe ze dat het beste kunnen geven. Het maakt een minder bureaucratische indruk. Dat is voor ons huisartsen een heel groot voordeel. Niets is zo vervelend als achter allerlei organisaties heen bellen of er iets gedaan kan worden”.

3.5 Aandachtspunten voor Buurtzorg

Aan alle geïnterviewden is gevraagd om aandachtspunten te noemen waarop Buurtzorg zou kunnen verbeteren. Ieder van de betrokkenen heeft deze vraag vanuit het eigen perspectief (als cliënt/ mantelzorger, verpleegkundige/ ziekenverzorgende, huisarts) beantwoord. In tabel 3.1 is een overzicht van de vermelde aandachtspunten gegeven.

Tabel 3.1 Aandachtspunten ter verbetering van Buurtzorg

Aandachtspunten		
Cliënten	(Wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden van Buurtzorg	Huisartsen
Noemen geen aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> -Belasting door (24-uur) bereikbaarheid -Personele problemen tijdens vakantie en ziekte -Minder continuïteit bij parttimecontracten -Grenzen aan flexibiliteit: versnipperde werkuren en structureel overwerk -Gebrek aan computerkennis medewerkers -Gebrek aan faciliteiten in wijkgebouw -Onduidelijkheden en scholingsbehoefte rondom zelfsturend team -Nog niet altijd structureel overleg met huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoeftte aan afspraken over taakverdeling bij indicaties voor opnames in verpleeg- en verzorgingshuis - Behoeftte aan structureel overleg met Buurtzorg - Werkbelasting voor medewerkers van Buurtzorg, alsmede de (24-uur) bereikbaarheid - Wenselijkheid dat medewerkers van Buurtzorg zich meer bekwamen in specifieke medisch technische verrichtingen

3.5.1 Aandachtspunten genoemd door cliënten/mantelzorgers

Gevraagd naar eventuele punten voor verbetering bij Buurtzorg gaven de geïnterviewde cliënten en mantelzorgers aan er geen te hebben. Zij hadden alleen maar lof voor Buurtzorg. De volgende citaten zijn daarvan voor alle geïnterviewde cliënten en mantelzorgers illustratief:

“ik zou niet weten wat. Ik word goed geholpen”.

“je zou iedereen Buurtzorg zorg toewensen”.

3.5.2 *Aandachtspunten genoemd door (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden*

De (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden van beide teams merken wel een aantal aandachtspunten op. Een deel van de aandachtspunten heeft te maken met directe zorgverlening en de ervaren werkbelasting die voortkomt uit het werken in een klein team: het bieden van 24-uur bereikbaarheid, het opvangen van vakantie en ziekte van collega's, de parttime contracten en de over de dag versnipperde werktijden. De andere aandachtspunten hebben vooral te maken met het zich niet in alle opzichten voldoende toegerust en geschoold voelen om als zelfsturend team aan de slag te gaan. Een laatste punt van aandacht is dat het structureel overleg met huisartsen in de beginfase nog niet altijd gerealiseerd is. Hieronder worden de genoemde aandachtspunten verder toegelicht.

Belasting door (24-uur) bereikbaarheid

De leden van de teams zijn via een rechtstreeks mobiel nummer te bereiken. Een team is zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Daarom hebben alle leden op gezette tijden een (24-uur) bereikbaarheidsdienst. Hoeveel dagen en hoe vaak dat is, is binnen het team afgesproken. Wat voor andere betrokken partijen (cliënten en huisartsen) als prettig wordt ervaren, eigenlijk een speerpunt Buurtzorg, namelijk haar bereikbaarheid, wordt door sommige medewerkers als belastend ervaren:

“De bereikbaarheid. Dat is een voordeel, maar heeft ook zijn nadelen. Je bent direct bereikbaar. Ik zeg altijd dat Buurtzorg voor de patiënten en huisartsen een geweldig concept is. Voor de uitvoerende is het ook een mooi concept, maar is ook ballast, want de bereikbaarheid is 24 uur per dag. Die vind ik ballast”.

Medewerkers voelen zich gebonden en ervaren de bereikbaarheidsdiensten soms als een inbreuk op het privéleven.

Personele problemen tijdens vakantie en ziekte

In de interviews komen naast de voordelen van een klein team ook de nadelen ervan aan het licht. Als voorbeeld worden personeelsgebrek tijdens vakantie en ziekte genoemd, waardoor de continuïteit van zorg en persoon in het gedrang komt.

Bij Buurtzorg wordt ernaar gestreefd dat zo min mogelijk verschillende medewerkers bij de cliënt komen. Deze continuïteit van persoon is moeilijker te waarborgen bij ziekte en vakanties van medewerkers:

“maar we proberen wel zo veel mogelijk dezelfde personen naar één cliënt te laten gaan”.

Minder continuïteit bij parttimecontracten

Andere aandachtspunten zijn de parttime contracten in relatie tot complexiteit en intensiteit van de cliëntsituatie:

“als iemand drie keer per week zorg nodig heeft dan kan dat door dezelfde mensen gedaan worden...maar als er vier keer per dag zorg nodig is, dan lukt

dat niet”.

De continuïteit van zorg kan ook in het gedrang komen bij gespecialiseerde handelingen. Hiervoor kan bijscholing gegeven worden, maar er moet voldoende personeel zijn om deze zorg te kunnen leveren, bijv. ook weer tijdens de vakantie of bij ziekte.

Grenzen aan flexibiliteit: versnipperde werkuren en structureel overwerk

Bij Buurtzorg probeert men zoveel mogelijk aan de wensen van de cliënten tegemoet te komen. Dus als een cliënt graag op een ander tijdstip geholpen wil worden, dan wordt daar zo mogelijk aan voldaan. Dit veronderstelt een flexibele houding van de medewerkers.

Buurtzorg wil versnippering van zorg tegengaan door ‘*minder verschillende handen aan het bed*’, maar de keerzijde van dit concept is dat de medewerkers versnipperde werkuren hebben. Deze versnipperde werkuren worden ook als belasting ervaren.

Soms moet er zowel ‘s ochtends, ’s middags en ’s avonds gewerkt worden:

“je bent eigenlijk de hele dag met Buurtzorg bezig”.

“als ik vier keer op een dag eruit moet om aan mijn uren te komen, dan denk ik dat kan toch niet de bedoeling zijn. De patiënt staat dan wel voorop maar het personeel moet toch ook fijn werken”.

Naast de versnipperde werkuren komt het structureel overwerken aan bod:

“ik werk meestal toch wel zo’n 9 uur op een dag, altijd wel langer dan 8 uur.....dat blijft een lastig punt, ik heb dat ook weleens aangekaart”.

Gebrek aan computerkennis medewerkers

Uit de interviews blijkt een knelpunt binnen beide teams een deficit aan computerkennis. Bij Buurtzorg wordt veel met de computer gewerkt, zoals de uurregistratie van de medewerkers of invoer van cliënten. Maar niet iedereen heeft ervaring met het werken op de computer:

“dat kan me gestolen worden”.

“er is door het management van Buurtzorg bij de start teveel ervan uitgegaan dat iedereen met de computer overweg kan....maar niet iedereen heeft als hobby om uren achter de computer te zitten om wat te ontdekken...dit moet bij de start al afgecheckt worden”.

“ik moet heel erg wennen aan dat computergebeuren. Vrijwel alles, brieven en zo, gaat per computer. Ik ga niet zo makkelijk achter de computer zitten. Dat vergt voor mij nog allemaal veel tijd.....Er is wel een man langs geweest die een en ander heeft uitgelegd, maar dan weet ik nog niet hoe het werkt. Daar heb ik meer tijd voor nodig”.

Om het gebruik van de computer in de vingers te krijgen investeren de medewerkers veel vrije uren:

“we instrueren elkaar wel, maar dat kost heel veel tijd ...buiten je contacturen draai je behoorlijk wat meer uren...we hadden eigenlijk een soort basiscursus gewild”.

Gebrek aan faciliteiten in wijkgebouw

Bij de start van een nieuw Buurtzorgteam zou er volgens de medewerkers vanaf het begin een ingericht wijkgebouw met de nodige faciliteiten, zoals computers, planbord, kantoorspullen, koffiezetapparaat, waterkoker, magnetron, stofzuiger, schoonmaakspullen etc. aanwezig moeten zijn:

“dit soort dingen gaan eigenlijk de mist in, vind ik”.

Kortom een soort standaardpakket voor elk nieuw te starten Buurtzorgteam. Nu kwamen de teams in een leeg gebouw en moesten soms met hulp van hun partners een werkbare ruimte creëren:

“daar moesten we allemaal zelf achterheen. Ik vond dat wel een beetje alternatief”.
“wij wilden graag een planbord hebben, we hadden geen computer, we moesten alles thuis doen. We hadden echt opstartproblemen...en je weet eigenlijk wel dat als je iets nieuws opstart, dat die dingen naar voren komen...maar dat was wel erg veel in het begin, wat er eigenlijk allemaal niet was”.

Onduidelijkheden en scholingsbehoefte rondom zelfsturend team

Het Buurtzorgconcept berust op zelfsturende teams en dit is niet een vanzelfsprekend gebeuren. Er zal volgens de geïnterviewden nog meer aan bijscholing gedaan moeten worden om de teamleden te leren wat dit precies inhoudt. Vanwege o.a. de korte uurcontracten en de verschillende niveaus binnen een team (= wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en wijkzickenverzorgenden) worden de coördinerend wijkverpleegkundigen door hun collegae soms toch meer als een soort leidinggevende gezien die bepaalt wat er gedaan moet worden. Maar dit is niet de opzet van Buurtzorg. Een ander aspect wat dit in de hand werkt, zijn de kortdurende contracten. Wat nu precies zelfsturend is, is volgens een medewerker nog niet voldoende uit de verf gekomen en:

“als je diep in mijn hart kijkt, denk ik dat het (zelfsturend team) niet gaat lukken”.

De coördinerend wijkverpleegkundigen krijgen er binnen een zelfsturend team een hoop nieuwe taken erbij, waarin ze niet geschoold zijn. Zo is er bijvoorbeeld het financiële beleid “*waar we niet veel verstand van hebben*”. Bij de vorige werkgever werd dat door het management gedaan en nu moet het zelf geregeld worden en “*dit is ook mijn ding niet zo*”, aldus een medewerker. Door het opzetten van een team, de planning en andere nieuwe taken is de werkdruk van de coördinerend wijkverpleegkundigen hoog.

Ze werken sinds de opstart van Buurtzorg structureel meer uren dan in hun contract vermeld staat:

“de eerste drie maanden zijn druk, dat weten we...maar nu merken we, de rek gaat er wel uit”.

De wijkverpleegkundigen dragen oplossingen voor dit probleem aan, zoals het verhogen van het aantal wijkverpleegkundigen en administratieve ondersteuning door een secretaresse.

Nog niet altijd structureel overleg met huisartsen

Bij het ene team waar nog géén structureel overleg met de huisartsen ingesteld is (in het andere team was dat al ingevoerd) wordt de wens uitgesproken om structureel overleg met de huisartsen te hebben:

“er zal toegewerkt moeten worden naar structureel overleg...met name voor chronische patiënten zou het prettig zijn om een aantal tegelijk te bespreken. Dat bespaart tijd voor ons en voor hen (huisartsen). In complexe situaties is het overleg zoals het nu gaat (op ad hoc basis) goed”.

3.5.3 Aandachtspunten genoemd door huisartsen

Gevraagd naar aandachtspunten ter verbetering van Buurtzorg hebben de huisartsen weinig opmerkingen. Drie van de geïnterviewde huisartsen konden geen aandachtspunten bedenken en de aandachtspunten die door de drie andere huisartsen zijn geformuleerd vertonen geen overlap. Het zijn dus allen individuele uitspraken. De aandachtspunten hadden betrekking op de behoefte aan afspraken over de taakverdeling bij indicaties voor opnames in verpleeg- en verzorgingshuis (zouden door Buurtzorg verzorgd mogen worden), de behoefte aan structureel overleg met Buurtzorg, de werkbelasting voor medewerkers van Buurtzorg, alsmede de (24-uur) bereikbaarheid en de wenselijkheid dat medewerkers van Buurtzorg zich meer bekwamen in specifieke medisch technische verrichtingen, bijv. infusen thuis.

3.6 Conclusie

De geïnterviewde cliënten/ mantelzorgers blijken vertrouwen in de medewerkers van Buurtzorg te hebben. Cliënten kunnen een band met de medewerkers opbouwen, omdat er behalve de eindverantwoordelijke medewerker, steeds dezelfde mensen over de vloer komen. Mede vanwege het kleine team is het aantal verschillende gezichten beperkt. De medewerkers zijn goed opgeleide, gemotiveerde professionals met een veelal langdurige werkervaring in de thuiszorg. Zij voeren hun werkzaamheden vakbekwaam uit, wat door cliënten/mantelzorgers opgemerkt wordt. Wat betreft de afspraken worden deze stipt en op tijd nagekomen. Voor de zorg wordt voldoende tijd uitgetrokken. Als er een verandering in de cliëntsituatie is, wordt daar flexibel op ingesprongen. De eventueel daarbij behorende regelzaken worden door de medewerker verzorgd, zoals bijvoorbeeld het bijstellen van de door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) afgegeven indicatie. Bij problemen thuis is er rechtstreeks telefonisch contact mogelijk met de desbetreffende

(wijk)verpleegkundige/ ziekenverzorgende en cliënten weten als ze bellen dat ze snel geholpen worden. Zij ervaren dat er goede communicatie is tussen de medewerkers onderling en naar de huisarts toe. Kortom cliënten hebben er vertrouwen in dat zij in goede handen zijn en goede kwaliteit van zorg ontvangen. Dat de geïnterviewde cliënten met de zorg van Buurtzorg tevreden zijn, blijkt ook uit het feit dat géén van hen aandachtspunten voor verbetering van Buurtzorg kon noemen.

Uit de interviews komt ook naar voren dat (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden er weer vertrouwen in hebben dat zij goede zorg kunnen leveren, o.a. vanwege de kleinschalige en zelfsturende organisatie bij Buurtzorg. Binnen de teams blijkt een sterke teamgeest aanwezig te zijn en de teamleden spreken hun vertrouwen in elkaars kennis en kunde uit. De teamgeest lijkt mede gebaseerd te zijn op de voordelen die een kleinschalig en zelfsturend team biedt, alsook gemeenschappelijke negatieve werkervaringen bij de vorige werkgever (een andere thuiszorgorganisatie). Bovendien is het Buurtzorgconcept voor de medewerkers, die grotendeels over een lange werkervaring in de thuiszorg beschikken, een vertrouwde manier van werken.

Het vertrouwen dat er bij Buurtzorg goede kwaliteit van zorg geleverd wordt, lijkt mede op het feit gebaseerd te zijn dat de (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden bij Buurtzorg de mogelijkheid hebben om, binnen de marges, zelfstandig en autonoom te mogen werken. Omdat men de teugels in eigen hand heeft, kan er o.a. tijd voor de zorg genomen worden en flexibel op veranderingen in de cliëntsituatie ingesprongen worden. Deze professionele autonomie resulteert erin dat de medewerkers niet alleen de verantwoordelijkheid voor de zorg dragen, maar zich ook verantwoordelijk voelen voor een goede gang van zaken. Om gepaste en goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden nemen de medewerkers het initiatief om zich in medisch-technische handelingen te scholen, die nieuw voor hen zijn of waarvoor zij zich voor de uitoefening niet meer bekwaam voelen. Goede kwaliteit van zorg wordt ook bevorderd door collegiaal overleg en door het soepele contact met de huisarts. Dit soepele contact is o.a. tot stand gekomen vanwege de korte lijn, de directe bereikbaarheid, naar Buurtzorg toe. Een indirecte bijdrage aan de kwaliteit van zorg levert het management in Almelo, wat voor de medewerkers bij vragen en/ of onzekerheden makkelijk te bereiken is.

Opmerkelijk is dat het buurtgericht werken, waarbij gebruik gemaakt wordt van het sociale netwerk in de wijk, niet als opvallend begrip in de interviews naar voren komt. Opmerkelijk omdat dit één van de kenmerken zou (moeten) zijn van de werkwijze van een Buurtzorgteam. De geïnterviewde medewerkers geven veelal aan de sociale kaart goed te kennen vanwege hun jarenlange werkervaring in de buurt en/of omdat ze daar al lang wonen. Als ze iets niet weten, dan is er altijd wel een collega die het wel weet. Kennis van de sociale kaart lijkt bij de geïnterviewden meer een natuurlijk gegeven waar geen extra inspanningen voor gedaan hoefden te worden. Omdat er in dit kwalitatieve deel van het onderzoek slechts twee teams betrokken zijn, blijft onduidelijk hoe dit in de andere Buurtzorgteams vormgegeven wordt.

Het Buurtzorgconcept lijkt mede geslaagd door de enthousiaste inzet van de medewerkers en het zich verantwoordelijk voelen voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. De frustratie over de manier van werken bij de vorige werkgevers (andere thuiszorgorganisaties) lijkt ertoe bij te dragen dat er een grote motivatie is om het Buurtzorgconcept te laten slagen (schouders eronder).

Toch zijn de (wijk)verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden niet uitsluitend positief over hun werksituatie. In de onderzochte teams werken ervaren medewerkers die veel in hun team investeren, bereid zijn om flexibel te werken en over te werken. In de interviews noemen zij de werkbelasting als keerzijde hiervan. Ook de 24 uren bereikbaarheid en de versnipperde werktijden worden als belastend ervaren. Die versnipperde werktijden zijn het gevolg van het feit dat zo veel mogelijk dezelfde medewerker bij een cliënt komt; dat kan soms betekenen dat men verspreid over alle dagdelen moet werken. Ook personeelsgebrek tijdens ziekte of vakanties, kan een groot beroep doen op medewerkers. Dit wordt als één van de nadelen (naast veel voordelen) van het werken in een klein team gezien. Daarnaast noemen medewerkers zaken die niet de directe zorg betreffen. Ze voelen zich soms onvoldoende deskundig of geschoold voor de (regel)zaken daar om heen. Sommigen hebben te weinig kennis van de financiële aspecten van thuiszorg of ervaren een gebrek aan computerkennis. Medewerkers noemen de tijd die het hen kost om die kennis en vaardigheden te verwerven. Een ander punt van aandacht is dat structureel overleg tussen Buurtzorgmedewerkers en huisartsen nog niet altijd in deze beginfase is gerealiseerd, terwijl dat wel als een gemis ervaren wordt door Buurtzorgmedewerkers en soms ook door de huisarts.

Bij de huisartsen heerst veel vertrouwen in de werkwijze van de medewerkers van Buurtzorg. Zij werken graag met hen samen. Het vertrouwen in de medewerkers is mede ingegeven door het feit dat zij (de huisartsen) in een cliëntsituatie de medewerker(s) meestal kennen. Faciliterende factoren zijn dat er bij Buurtzorg zo min mogelijk verschillende medewerkers bij de cliënt komen en er één persoon is die de gehele organisatie rondom de cliëntenzorg op zich neemt en de contacten met de betrokken partijen onderhoudt. Dat de huisartsen de medewerkers van Buurtzorg kennen wordt bevorderd door het soepel verlopende (meestal ad hoc) overleg. De rechtstreekse telefonische bereikbaarheid van Buurtzorg faciliteert ook overleg. Ná het contact dat de huisarts met de medewerker van Buurtzorg heeft, worden de verzoeken snel en accuraat afgehandeld (door Buurtzorg). Het vertrouwen in Buurtzorg lijkt te worden verstevigd doordat de huisartsen zien hoe vakbekwaam de werkzaamheden bij de cliënt uitgevoerd worden.

Door huisartsen met een lange werkervaring wordt erop gewezen dat het Buurtzorgconcept nauw aansluit bij de werkwijze van de oude kruisverenigingen, met de wijkzuster als centrale punt. Voor hen is Buurtzorg een vertrouwde manier van samenwerking.

Huisartsen noemen maar weinig aandachtspunten ter verbetering. De uitspraken hierover zijn telkens maar door één persoon gedaan. Dit zijn o.a. de behoefte aan andere afspraken over de taakverdeling bij indicaties voor opnames in verpleeg- en verzorgingshuis, de behoefte aan structureel overleg met Buurtzorg, de wenselijkheid dat medewerkers van Buurtzorg zich meer bekwamen in specifieke medisch technische verrichtingen, bijv. infusen thuis.

Het is een beperking dat dit kwalitatieve onderzoek zich beperkt tot twee teams. In dit kader zijn we nagegaan of voor deze twee teams de cliëntoordelen over de zorg zoals gerapporteerd in het volgende hoofdstuk (tabel 4.6 en figuur 4.1) afwijken van de cliëntoordelen over de zorg van de andere Buurtzorgteams. Dit blijkt niet het geval te zijn.

4 Vragenlijstonderzoek: ervaringen van cliënten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van cliënten met Buurtzorg beschreven zoals ze verzameld zijn in het (kwantitatieve) vragenlijstonderzoek onder alle Buurtzorgteams die in het voorjaar 2008 operationeel waren. (zie paragraaf 2.3).

De bijbehorende onderzoeksvraag luidt:

1. *Hoe ervaren cliënten de kwaliteit van de zorg van Buurtzorg?*

In paragraaf 4.2 wordt eerst ingegaan op de gezondheid van de cliënten van Buurtzorg en de ontvangen zorg van Buurtzorg. Voor meer achtergrondkenmerken van de respondenten zie hoofdstuk 2.3. Hoe zij de kwaliteit van deze ontvangen thuiszorg ervaren en wat daarin verbeterd zou kunnen worden staat centraal in de paragrafen 4.3 en 4.4. Het hoofdstuk eindigt met een conclusieparagraaf.

4.2 Ervaren gezondheid en ontvangen Buurtzorg

Een derde van de cliënten beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot uitstekend. De rest vindt de eigen gezondheid matig of slecht (tabel 4.1). De meerderheid heeft persoonlijke en/of verpleegkundige zorg nodig (tabel 4.2). Bijlage 3 beschrijft de omvang van de hoeveelheid thuiszorg die de cliënten wekelijks ontvangen. De meeste personen (76,9%) krijgen ook mantelzorg, die veelal bestaat uit hulp bij het huishoudelijke werk en bij het regelen van zaken en het ondernemen van activiteiten. Ruim een derde van de cliënten krijgt Buurtzorg om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen (tabel 4.3). Meestal is er sprake van lichamelijke beperkingen en/of chronische ziekten. Ruim een kwart krijgt Buurtzorg een ziekenhuisopname.

Tabel 4.1 Ervaren gezondheid (n=335)

- uitstekend	3,3%
- zeer goed	2,1%
- goed	28,1%
- matig	54,0%
- slecht	12,5%

Tabel 4.2 Soort zorg dat de cliënten van Buurtzorg nodig hebben

Ontvangen zorg volgens cliënt	
- huishoudelijke zorg (n=329) ¹	35,9%
- persoonlijke zorg (n=339)	63,7%
- verpleegkundige zorg (n=333)	59,8%
- begeleiding (n=330)	27,0%
Ontvangen mantelzorg (meer antwoorden mogelijk) (n=346)	
- geen hulp vanuit naaste omgeving	23,1%
- hulp bij huishoudelijk werk (koken, boodschappen, de was, schoonmaken enz)	52,3%
- hulp bij persoonlijke verzorging (wassen, douchen, aankleden, steunkousen, opstaan en naar bed gaan, maaltijden enz)	21,7%
- hulp bij verpleging (wondverzorging, injecties, medicijnen enz)	13,6%
- hulp bij het regelen van zaken en begeleiding bij het ondernemen van activiteiten	41,6%

¹ Over het algemeen leveren Buurtzorgteams geen huishoudelijke zorg. Als een cliënt huishoudelijke zorg nodig heeft dan kan de Buurtzorgmedewerker dit wel regelen. Dit verklaart waarom zoveel mensen aangeven huishoudelijke zorg van Buurtzorg te krijgen.

Tabel 4.3 Reden om Buurtzorg te krijgen (meerdere antwoorden mogelijk)(n=340)

- om zelfstandig te kunnen blijven wonen	38,9%
- vanwege lichamelijke beperkingen of handicaps	32,6%
- na ziekenhuisopname of operatie	28,8%
- vanwege chronische ziekte(n)	22,6%
- vanwege psychosociale problemen	7,4%
- uitstel van opname in een verpleeghuis, verzorgingshuis of instelling	6,5%
- na ontslag uit een verpleeghuis of revalidatiekliniek	4,1%
- na een ongeval	3,8%
- vanwege zintuiglijke handicap(s)	3,8%
- vanwege verstandelijke beperkingen of handicap(s)	2,9%
- vanwege een terminale fase van een ziekte of aandoening	3,2%
- anders	8,2%

Tabel 4.4 Duur van de thuiszorg

Duur thuiszorg (van Buurtzorg of een andere instelling) (n=347)	
- minder dan een half jaar	53,3%
- 6-12 maanden	17,9%
- 1-2 jaar	6,3%
- 2-5 jaar	11,5%
- meer dan 5 jaar	11,0%
Duur thuiszorg van Buurtzorg (n=345)	
- minder dan 1 maand	12,2%
- 1-3 maanden	31,9%
- 3-6 maanden	33,3%
- 6-12 maanden	15,1%
- meer dan 1 jaar	7,5%

Tabel 4.5 Periode tussen indicatie en start thuiszorg (n=336)

Tijd tussen indicatie en moment dat thuiszorg begon	
- geen (kreeg direct zorg)	75,3%
- minder dan 1 week	11,6%
- 1-2 weken	8,0%
- 3-4 weken	2,7%
- langer dan 4 weken	2,4%

Ruim de helft (53,3%) van de cliënten heeft minder dan een half jaar thuiszorg van Buurtzorg of van een andere thuiszorginstelling (tabel 4.4). De rest (46,7%) heeft al langer thuiszorg. Bijna een kwart (22,6%) heeft minimaal zes maanden zorg van Buurtzorg. Over het algemeen is Buurtzorg (vrij) direct geregeld (tabel 4.5).

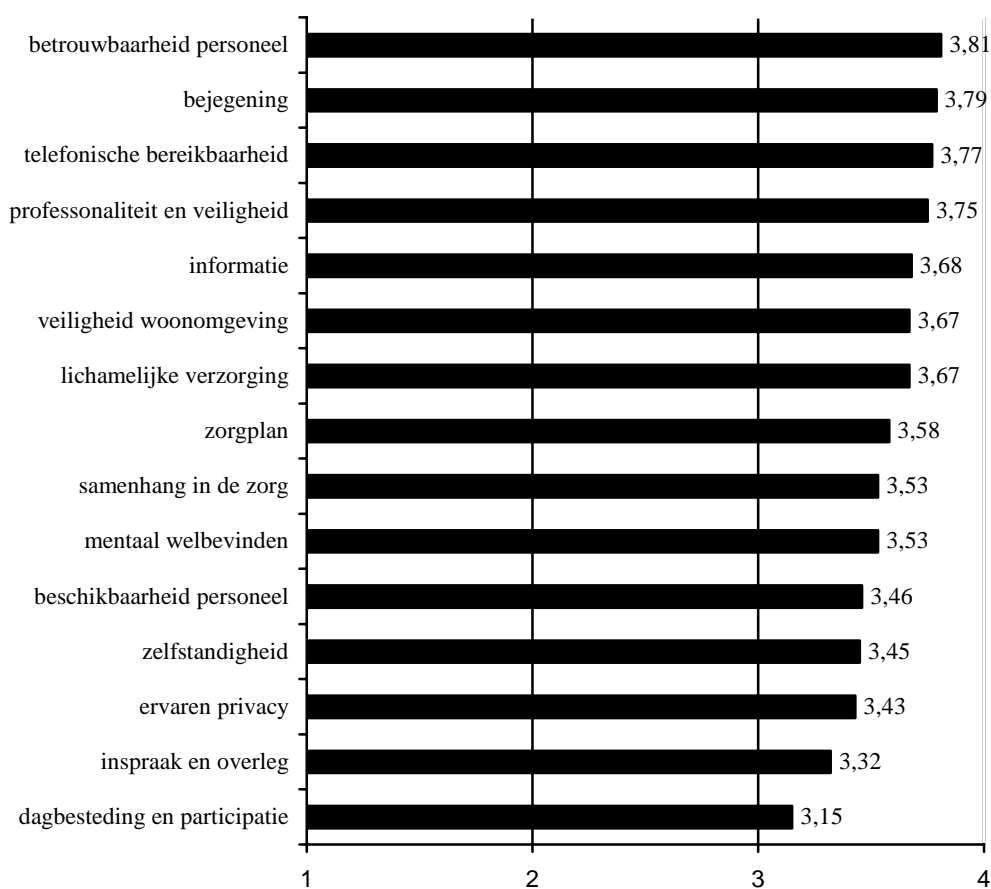
4.3 Ervaren kwaliteit van de zorg door Buurtzorg

Tabel 4.6 Rapportcijfer dat cliënten aan Buurtzorg geven

	aantal respondenten	gemiddelde	standaarddeviatie
Rapportcijfer over Buurtzorg als zorginstelling	329	8,75	1,27
Rapportcijfer over de zorgverleners	322	8,82	1,19

Cliënten van Buurtzorg zijn zeer tevreden over Buurtzorg als zorginstelling en over de Buurtzorgmedewerkers, getuige de 9- die zij gemiddeld als rapportcijfer aan de zorg geven (tabel 4.6).

Figuur 4.1. Gemiddelde scores van Buurtzorgcliënten op de verschillende indicatoren van kwaliteit van zorg



Figuur 4.1 laat de gemiddelde scores zien van Buurtzorgcliënten op de verschillende indicatoren van kwaliteit van zorg. Er is gebruikgemaakt van een vierpuntsschaal waarbij 1=nooit, 2=soms, 3=meestal, en 4=altijd. De gemiddelden staan vermeld aan het eind van elk balkje. Allereerst laat de figuur zien dat voor alle indicatoren het gemiddelde hoger is dan 3, ofwel tussen ‘meestal’ en ‘altijd’ zit. Dat wil zeggen dat cliënten de verschillende indicatoren van kwaliteit van zorg meestal tot altijd als aanwezig ervaren. Meest prominent aanwezig zijn de betrouwbaarheid van het personeel en de bejegening van de cliënten. Ook de telefonische bereikbaarheid en de professionaliteit en veiligheid van de zorg zijn kenmerkend voor de zorg van Buurtzorg. Het laagst, maar toch nog steeds met een gemiddelde boven 3 (ofwel meestal aanwezig) is de aandacht de zorgverleners besteden aan inspraak en overleg en aan dagbesteding en participatie.

De meeste in figuur 4.1 genoemde gemiddelden zijn schaalscores. De scores per vraag zijn te vinden in bijlage 4. Als we een unaniem oordeel definiëren als een oordeel dat gedeeld wordt door tenminste 95% van de cliënten, dan zijn 32 van de 79 aspecten (41%) unaniem positief beoordeeld (tabel 4.7). Dit is niet verwonderlijk gezien de relatief hoge gemiddelde schaalscores. De cliënten geven aan dat de zorg cliëntgericht, goed georganiseerd en vakkundig is. Een aantal cliënten onderstreept dit door hierover nog een opmerking op de vragenlijst te zetten:

“Ik mis niets, zijn gezellige professionele dames. Er is goed te overleggen en er is contact met mijn contactpersoon (mijn dochter) ook goed, snelle overleg onderling.”

“Ze geven alle hulp, aandacht en alles wat je je maar kan wensen.”

“De zorg is liefdevol warm, menselijk, effectief, betrokken, kleinschalig, geen bureaucratie!!!”

Tabel 4.7 Aspecten van de zorg waar cliënten unaniem positief over zijn (ruim voldoende/voldoende of meestal/altijd, goed/acceptabel).

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten	%
Wachttijd voor start thuiszorg		
9. wachttijd	332	97,6%
Zorgplan, afspraken en overleg		
12. zorginstelling komt afspraken goed na	310	98,4%
Informatie en communicatie		
25. zorginstelling staat voldoende open voor uw wensen	319	98,4%
Telefonische bereikbaarheid		
31. zorginstelling overdag telefonisch bereikbaar	252	98,8%
32. zorginstelling buiten kantooruren telefonisch bereikbaar	148	97,3%
34. hoe vaak binnen één werkdag teruggebeld	151	98,7%
Aantal zorgverleners en vervanging		
37. verschillende zorgverleners stemmen thuiszorg goed op elkaar af	311	95,2%
39. vervanging bij ziekte goed geregeld	277	96,8%
40. vervangende zorgverlener is goed op de hoogte	301	96,3%
Professionaliteit		
41. zorgverlener werkt vakkundig	341	98,2%
42. zorgverlener gaat zelfstandig te werk	343	98,5%
44. verpleegkundige handelingen worden goed verricht	214	98,6%
45. goed op de hoogte van uw ziekten/gezondheidsproblemen	343	96,2%
47. zorgverleners behandelen u beleefd en met respect	349	99,7%
48. zorgverleners besteden voldoende tijd aan u	347	98,8%
49. zorgverleners luisteren met aandacht naar u	349	98,3%
50. zorgverleners werken op uw manier	341	96,2%
51. houden zich aan afgesproken werkzaamheden	335	99,1%
52. zorgverleners houden zich aan afgesproken tijden	336	96,7%

tabel 4.7 wordt vervolgd

vervolg tabel 4.7

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten	%
53. zorgverleners gaan vertrouwelijk met privé-zaken om	323	97,8%
54. zorgverleners gaan zorgvuldig met uw spullen om	311	98,1%
55. kunt u zorgverleners volledig vertrouwen	324	98,8%
Uw verzorging en gezondheid		
56. persoonlijke verzorging op de door u gewenste momenten	218	95,0%
57. verzorging op door u gewenste manier	246	96,7%
58. houden rekening met wat u zelf wel en niet kunt	335	98,2%
59 zorgverleners letten veranderingen in uw gezondheid	292	95,9%
61. zorgverleners nemen gezondheidsklachten serieus	335	98,2%
Privacy		
66. voelt u zich thuis in eigen woning	349	98,3%
67. voelt u zich veilig en op uw gemak bij zorgverlener	348	97,1%
Zelfstandigheid en activiteiten		
72 tijdstippen/dagen thuiszorg schikken	336	97,0%
73. tijdstippen en dagen worden makkelijk op uw verzoek aangepast	242	97,5%
Organisatie van Buurtzorg		
85. u krijgt voldoende zorg	329	96,0%

Over het algemeen zien cliënten 3-4 verschillende zorgverleners in één maand (tabel 4.8).

Tabel 4.8 Aantal verschillende zorgverleners in één maand (n= 342)

1 persoon	12,9%
2 personen	14,6%
3-4 personen	40,6%
5-9 personen	28,7%
10-20 personen	3,2%
Meer dan 20 personen	-

4.4 Mogelijke aandachtspunten

Door te kijken naar vragen waar een relatief hoog percentage cliënten een negatieve ervaring mee heeft, kunnen we een indicatie krijgen van mogelijke aandachtspunten. Het gaat hier om de aspecten waar een relatief grotere groep negatieve ervaringen meldt, ondanks dat cliënten over het algemeen positief zijn. In tabel 4.9 zijn de aspecten opgenomen waarbij minimaal 20 procent van de cliënten negatieve ervaringen heeft.

Tabel 4.9 Percentage cliënten met negatieve ervaringen (nooit/soms of nee of te lang)

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten	%
Zorgplan, afspraken en overleg		
11. schriftelijke afspraken aanwezig	323	35,6%
16. hoe vaak beslist u mee over van wie u zorg krijgt	342	54,7%
17. evaluatiegesprek gehad in afgelopen 12 maanden	145	39,3%
Informatie en communicatie		
21. informatie over de cliëntenraad	328	50,3%
64. zorgverleners letten/wijzen op houdbaarheid voedingsmiddelen	263	30,9%
Zelfstandigheid en activiteiten		
76. kunt u overal komen buitenshuis	333	42,9%
77. hulp als u ergens naar toe wilt	239	25,9%
78. ondersteuning bij vinden activiteiten etc.	111	23,4%
79. praktische ondersteuning bij regelzaken	125	22,4%
Organisatie van Buurtzorg		
84. Buurtzorg en uw huisarts overleggen over de zorg	211	21,3%
86. Buurtzorg kijkt of andere mensen kunnen helpen	170	22,4%

Relatief veel cliënten geven punten aan die te maken hebben met het formaliseren van zorgproces zoals het op schrift stellen van afspraken, het meebeslissen wie er zorg komt geven, het voeren van een evaluatiegesprek, het informeren over de cliëntenraad. De andere relatief minder aanwezige kenmerken hebben betrekking op de mate waarin de cliënt ondersteuning ervaart bij het uitvoeren van activiteiten (zoals sociale contacten, dagbesteding, regelen van zaken). Ten slotte geeft een deel aan dat huisarts en mantelzorg niet bij de zorg betrokken worden. Een mogelijke verklaring voor deze lagere scores zou kunnen zijn dat deze aspecten van de zorg niet voor iedere cliënt even relevant zijn. Mogelijk dat aandacht voor zelfstandigheid en activiteiten, overleg met de huisarts en het inschakelen van mantelzorg vooral gedaan wordt bij cliënten die lang in zorg zijn. Nadere

analyses laten echter geen verband zien tussen het percentage cliënten met negatieve ervaringen en de duur dat de cliënt al thuiszorg heeft.

Met een open vraag is aan de cliënten gevraagd om verbeterpunten te noemen. Vierenveertig cliënten maakten daarvan gebruik (12,3%) en zij noemden 49 punten (zie bijlage). De antwoorden zijn naar onderwerp gegroepeerd. Het blijkt dat het tijdstip van de zorg door een aantal cliënten (n=13) genoemd wordt, evenals het aantal zorgverleners (n=9). Twaalf personen hadden wensen ten aanzien van de breedte van het zorgpakket. Zij wilden bijvoorbeeld ook huishoudelijke zorg of meer begeleiding van Buurtzorg. Ook werden er verbeterpunten genoemd die betrekking hebben op de manier waarop de zorg gegeven wordt zoals de bejegening tijdens de zorg (9 personen).

Cliënten beseffen dat zorgverleners wel hun best kunnen doen, maar dat hun mogelijkheden mede bepaald worden door de wet- en regelgeving in de zorg:

“Ze doen nogal hun best. Of het nog anders zou kunnen, dat ligt er maar net aan of het werken niet te veel veranderd in de zorg.”

Anderen geven aan dat ze nog te weinig ervaring hebben met Buurtzorg om aandachtspunten aan te geven:

“Wij hebben nog te weinig contact gehad.”

Velen benadrukken bij deze vraag nog eens dat ze tevreden zijn over de zorg van Buurtzorg:

“ben dik tevreden geweest, voor ons was het perfect”

“ik wil niets veranderen omdat ik het zo prima vind”

“ik voel mij bij Buurtzorg in goede handen, betere zorg bestaat niet”

4.5 Conclusie

Het positieve beeld dat uit de interviews naar voren komt (hoofdstuk 3), wordt bevestigd door het vragenlijstonderzoek. Cliënten laten door hun rapportcijfers van gemiddeld een 9-, zien dat zij zeer tevreden zijn over Buurtzorg en de zorgverleners. Buurtzorg kenmerkt zich door betrouwbaar personeel, een prettige bejegening, een goede telefonische bereikbaarheid en professionaliteit. Onder de term betrouwbaarheid vallen items die betrekking hebben op het zich aan afspraken houden, het vertrouwelijk omgaan met privé-informatie, en op de mate waarin de cliënt de medewerkers vertrouwt en zich veilig en op zijn gemak voelt bij de medewerker. Deze begrippen werden ook gevonden bij de analyse van de interviews met cliënten, waar vertrouwen en vertrouwdheid kernbegrippen bleken. Ook de bejegening, bereikbaarheid en professionaliteit brachten de geïnterviewden naar voren als kenmerken van Buurtzorg.

Verbeterpunten zijn er voor de cliënten niet veel; slechts één op elke acht cliënten noemt

een verbeterpunt. Daaruit blijkt dat het tijdstip van de zorg, het aantal verschillende zorgverleners, en de bejegening belangrijke punten zijn voor de cliënten. Daarnaast zien sommigen graag dat de huishoudelijke zorg ook door Buurtzorg geleverd wordt en/of er meer tijd is voor een praatje.

De meeste cliënten van Buurtzorg hebben een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Ruim een kwart is net ontslagen uit het ziekenhuis. Veelal krijgen cliënten persoonlijke verzorging (zoals hulp bij douchen/wassen, aankleden) en/of verpleegkundige zorg (zoals wondverzorging, injecties). Ruim een kwart is ook geïndiceerd voor begeleiding. Over het algemeen zijn de cliënten pas kort in zorg: viervijfde hooguit een half jaar. Dit is niet verwonderlijk omdat de aan dit onderzoek deelnemende teams in 2007 of 2008 van start zijn gegaan. De cliëntenpopulatie is daardoor ook niet te vergelijken met de cliëntenpopulatie van een al langer bestaande thuiszorginstelling.

Het is niet eenvoudig, gezien de specifieke cliëntenpopulatie, om deze cijfers in perspectief te plaatsen. Wiegers e.a. (2007) vroegen tijdens de ontwikkeling van de CQ-index voor de thuiszorg soortgelijke vragen aan een steekproef van cliënten van 10 thuiszorginstellingen. Deze cliënten gaven een (ruime) 8 als rapportcijfer voor de zorginstelling (8,04) en voor de zorgverleners (8,33). Wiegers e.a. vermelden ook schaalscores op indicatoren van kwaliteit (zie Wiegers e.a., 2007, tabel 6.26). De schalen zijn niet exact hetzelfde als in ons onderzoek, waardoor het niet mogelijk is de gemiddelden in absolute zin met elkaar te vergelijken. Het is echter wel mogelijk de rangorde van meest naar minst gewaardeerde kwaliteitsindicator met elkaar te vergelijken. Zowel Buurtzorgcliënten als de cliënten uit het onderzoek van Wiegers geven de betrouwbaarheid van de zorgverleners de hoogste score. En beide groepen geven “inspraak en overleg” en “dagbesteding en participatie” de laagste score. Wat het meest opvalt is dat de telefonische bereikbaarheid bij Buurtzorg hoger is (rang 3 van 15) dan bij de thuiszorginstellingen van Wiegers e.a. (rang 11 van 13). Ook de informatievoorziening is bij Buurtzorg hoger gewaardeerd (rang 5 van 15) dan elders (rang 12 van 14). Dit wijst erop dat Buurtzorg zich onderscheidt door een goede telefonische bereikbaarheid en informatievoorziening.

We kunnen ook een indicatie krijgen van betekenis van de cijfers uit figuur 4.1 door ze te vergelijken met de landelijke referentiegegevens zoals die in de thuiszorg zijn verzameld en recent beschikbaar zijn gekomen op de website kiesbeter.nl. Het Centrum Klantervaring Zorg heeft in dit kader op grond van de CQ-index referentiegegevens vastgesteld voor de hele thuiszorgsector (zie de Boer e.a., 2008 tabel B1.3). De referentiegegevens zijn verzameld onder een groep van ruim 7200 cliënten van thuiszorginstellingen. Deze cliënten waren minimaal een half jaar in zorg en hebben daardoor een grotere kans dat ze te maken hebben gehad met negatieve ervaringen. De meeste respondenten hebben immers hooguit een half jaar zorg van Buurtzorg ontvangen. Als we een vergelijking maken van de gemiddelden van Buurtzorg met de landelijke referentiegegevens dan zitten de gemiddelden van Buurtzorg bij de indicatoren “zorgplan” en “zelfstandigheid/autonomie” ongeveer op het landelijk gemiddelde. Bij de overige indicatoren liggen de gemiddelden van Buurtzorg boven de landelijke

gemiddelden. Buurtzorg valt dan vooral op in de mate waarin cliënten inspraak hebben en er overlegd wordt over wanneer en hoe de zorg gegeven wordt. De manier waarop cliënten bejegend worden door de medewerkers valt in positieve zin op, alsmede de hoeveelheid informatie die de cliënten hebben gekregen. Buurtzorg is telefonisch goed bereikbaar. De cliënten geven, vaker dan bij andere thuiszorginstellingen aan, dat zij verzorgd worden op de door hen gewenste manier en tijd. Zij vinden minder vaak dat de zorgverleners een inbreuk zijn op hun dagelijks leven zoals privacy, dagritme en activiteiten. Ook de professionaliteit van de zorgverleners scoort relatief goed. Dat wil zeggen dat ze de zorgverleners vakkundig vinden. Daaronder wordt onder andere verstaan dat ze afspraken goed nakomen, de zorg onderling afstemmen, zelfstandig werken, de verpleegkundige handelingen goed verrichten, goed op de hoogte zijn van de gezondheidsproblemen en het medicijngebruik van de cliënt, en de cliënt serieus nemen. Ten slotte scoort Buurtzorg relatief goed op “participatie en dagbesteding”. Hieronder wordt de ondersteuning verstaan bij bezoeken buitenshuis en praktische ondersteuning bij regelzaken.

Kortom, een globale vergelijking van de Buurtzorggegevens met landelijke referentiegegevens laat in het algemeen een positief beeld van Buurtzorg zien. Bij deze vergelijking is er niet gecorrigeerd op de achtergrondkenmerken van de cliënten (zoals leeftijd, zorgduur, opleiding, ervaren gezondheid, wel/geen hulp bij het invullen door de eigen zorgverlener, en soort zorg). Een casemixcorrectie kan dus veranderingen in de conclusies tot gevolg hebben. Nadere analyses zijn nodig om een goede vergelijking te maken van de scores van Buurtzorg met de landelijke referentiegegevens. Zodra de gegevens op cliëntniveau beschikbaar zijn zullen deze vervolganalyses gedaan worden.

5 Ervaringen van Buurtzorgcliënten met thuiszorg van andere aanbieders

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen met Buurtzorg vergeleken met eerdere ervaringen met andere thuiszorgaanbieders. We doen dit omdat het een mogelijkheid biedt om de hiervoor beschreven ervaringen met Buurtzorg meer in perspectief te plaatsen. De bijbehorende onderzoeksvraag die beantwoord wordt is:

3. *Ervaren Buurtzorgcliënten een verschil in de kwaliteit van zorg ten opzichte van thuiszorg door een andere zorginstelling?*

Allereerst wordt de groep beschreven die recentelijk ook ervaring heeft gehad met een andere thuiszorginstelling (paragraaf 5.2). Hoe zij terugzien op deze zorg wordt beschreven in paragraaf 5.3. De conclusie en de beperkingen van de gepresenteerde resultaten staan in paragraaf 5.4

5.2 Respondenten met recente ervaringen met andere thuiszorginstellingen

Ruim vier van elke tien cliënten (n=147) geven aan in de afgelopen twee jaren ook thuis zorg te hebben ontvangen van een andere instelling (tabel 5.1). Meestal had men toen dezelfde soort zorg of minder zorg nodig (tabel 5.1).

Deze personen zitten verspreid over (vrijwel) alle Buurtzorgteams (zie bijlage 6).

Tabel 5.1 Ervaringen van cliënten met thuiszorg door andere zorginstellingen

	aantal respondenten	%
Heeft afgelopen 2 jaar zorg thuis gekregen van andere instelling? (n=338)		
- ja van een andere thuiszorginstelling	140	41,4%
- ja, van een verpleeg- of verzorgingshuis	7	2,1%
- nee	191	56,5%
Zo ja, had u toen dezelfde zorg als nu? (n=143)		
- ja, in grote lijnen wel	92	65,3%
- nee, toen meer zorg	18	12,6%
- nee, toen minder zorg	33	23,1%

5.3 Ervaren kwaliteit van zorg van andere zorginstellingen

Tabel 5.2 Ervaringen met eerdere thuiszorg in vergelijking tot huidige Buurtzorg

	aantal respondenten	Buurtzorg	Eerdere thuiszorg	sign verschil
- zorginstelling staat voldoende open voor uw wensen	123	3,67	2,87	.000
- zorginstelling buiten kantooruren telefonisch bereikbaar	37	3,81	2,62	.000
- verschillende zorgverleners stemmen thuiszorg goed op elkaar af	98	3,57	2,83	.000
- vervanging bij ziekte goed geregeld	109	3,71	3,04	.000
- zorgverlener werkt vakkundig	132	3,73	3,10	.000
- samenwerking met andere hulpverleners is goed	94	3,50	2,78	.000
- zorgverleners besteden voldoende tijd aan u	135	3,79	3,08	.000
- houden rekening met wat u zelf wel en niet kunt	130	3,71	3,09	.000
- ondersteuning bij vinden activiteiten etc.	39	3,26	2,41	.000
- zorgverleners hebben voldoende aandacht voor hoe het met u gaat	121	3,65	3,03	.000

In tabel 5.2 zijn de gemiddelde scores van Buurtzorg naast de gemiddelde scores van de vorige thuiszorginstelling gezet. De gemiddelden kunnen in theorie minimaal 1 (“nooit”) en maximaal 4 (“altijd”) zijn (zie paragraaf 2.3 onder kopje ‘analyse’). De gemiddelde scores van Buurtzorg zijn, met uitzondering van de ondersteuning bij het vinden van activiteiten, 3,5 of hoger. Dat wil zeggen dat de meeste mensen op deze vragen “altijd” hebben geantwoord. Terugkijkend naar de ervaringen met de andere instelling, zijn deze cliënten daarover minder positief. De gemiddelden liggen rond 3, wat overeenkomt met een “meestal” antwoord, of daaronder. Deze gemiddelden bij de andere instelling liggen minimaal 0,5 punten lager dan het gemiddelde oordeel over Buurtzorg. Het grootste verschil in gemiddelde (meer dan 1 punt) betreft de telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren. Bij een statistische toetsing blijken de verschillen significant. Ook blijkt dat de meeste (93,%) van de ondervraagde Buurtzorgcliënten een vaste contactpersoon bij Buurtzorg hebben (tabel 5.3). Driekwart van de Buurtzorgcliënten

Tabel 5.3 Ervaringen met eerdere thuiszorg in vergelijking tot huidige Buurtzorg

	aantal respondenten	Buurtzorg	Eerdere thuiszorg	sign verschil
- vaste contactpersoon	122	93,4%	75,4%	.000
- tijdstippen en dagen worden makkelijk op uw verzoek aangepast	73	95,9%	65,8%	.000

had dat ook bij de vorige thuiszorginstelling. Bij toetsing blijkt dit een statistisch significant verschil. Het verschil is nog groter bij de vraag naar hoe makkelijk tijdstippen en dagen aangepast worden.

Bijna driekwart van de mensen (72,0%) geeft dan ook de voorkeur aan Buurtzorg boven de nadere thuiszorginstelling. De rest heeft geen voorkeur (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Voorkeur voor zorginstelling (n=143)

	aantal respondenten	%
Welke zorginstelling vindt u prettiger?		
- maakt niet uit	39	27,3
- Buurtzorg	103	72,0
- de vorige instelling	1	0,7

5.4 Conclusie

Buurtzorgcliënten die recent thuiszorg hebben gehad van een andere instelling zijn beter te spreken over de kwaliteit van Buurtzorg dan van de andere instelling. Bijna driekwart geeft dan ook de voorkeur aan Buurtzorg. Daarmee lijkt de zorg van Buurtzorg, althans in de ogen van Buurtzorgcliënten, van betere kwaliteit dan de zorg van de andere thuiszorginstellingen.

In het algemeen geldt dat naarmate het langer geleden is dat men zorg heeft gehad, deze zorg positiever gewaardeerd wordt. Het Centrum Klantervaring Zorg stelt daarom dat er niet te veel tijd mag verstrijken tussen het moment van “consumptie van zorg” en het invullen van een vragenlijst over de kwaliteit van deze zorg. Naarmate daar meer tijd tussen zit, worden mensen minder kritisch (Centrum Klantervaring Zorg, 2007). Als dit een geldig argument is dan is het verschil in kwaliteit van zorg tussen Buurtzorg en de andere instelling in werkelijkheid echter nog groter dan hier is gemeten.

Om de gevonden uitkomsten beter te kunnen interpreteren, zijn we ook nagegaan of de personen die géén voorkeur hadden voor een instelling anders over de kwaliteit oordelen dan degenen die een voorkeur hebben voor Buurtzorg. De verwachting was dat personen die géén voorkeur hebben, Buurtzorg en de andere instelling als meer kwalitatief gelijk zouden beoordelen. Degenen die een voorkeur hebben voor Buurtzorg zouden daar ook positiever over moeten zijn dan over de andere instelling. Uit nadere analyses blijkt dat degenen die de voorkeur geven aan Buurtzorg niet zo zeer positiever dan gemiddeld zijn over Buurtzorg, maar vooral negatiever over de andere instelling. Degenen die een voorkeur hebben voor Buurtzorg ervaren een groter kwaliteitsverschil tussen de instellingen dan degenen die géén voorkeur hebben. Deze gevonden relaties duiden erop

dat cliënten een oordeel kunnen geven over zorg die al enige tijd geleden “geconsumeerd” is en dat onze conclusie dat Buurtzorg vanuit cliëntenperspectief kwalitatief betere zorg biedt geldig is.

Bij de interpretatie van de resultaten moet ook rekening gehouden worden met het volgende punt: de groep die in een periode van twee jaar van verschillende instellingen thuiszorg kreeg bestaat mogelijk deels uit cliënten die uit onvrede met de eerdere instelling nu voor Buurtzorg hebben gekozen. Deze groep zal dus negatief oordelen over de zorg van de eerdere instelling. Er is niet gevraagd naar de reden van de overstap naar Buurtzorg. Stel dat het hier (grotendeels) overstappers zijn vanuit onvrede, dan is volgens de cognitieve dissonantie theorie te verwachten dat zij relatief negatief terug kijken naar de eerste instelling en Buurtzorg relatief positief waarderen. Het tweede deel van de verwachting, cliënten die overgestapt zijn hebben een positiever beeld van Buurtzorg dan cliënten die geen recente ervaringen hebben met een andere instelling, kan getoetst worden. Dit is gedaan door te kijken naar verschillen in de scores op de cliëntgebonden indicatoren van kwaliteit van zorg en de twee rapportcijfers. Daaruit blijkt er slechts één statistisch significant verschil te zijn. Dit verschil is gevonden bij de indicator zelfstandigheid: cliënten die geen recente ervaring met een andere instelling hebben ervaren een grotere zelfstandigheid dan degenen die wel van elders thuiszorg hebben gehad. Gezien het grote aantal toetsingen kan dit verschil op toeval berusten.

De in dit hoofdstuk gemaakte vergelijking bevestigt de conclusie in hoofdstuk 4 dat er aanwijzingen zijn dat de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg van Buurtzorg beter is dan van andere instellingen.

6 Beschouwing

De evaluatie laat zien dat het Buurtzorgconcept vanuit het oogpunt van de kwaliteit van de zorg veelbelovend is. Bij Buurtzorg draait het om de direct betrokkenen: de cliënt, de medewerker en de huisarts. Cliënten, mantelzorgers, Buurtzorgmedewerkers, en huisartsen zijn dan ook enthousiast over de zorg van Buurtzorg. Huisartsen en cliënten hebben veel vertrouwen in de professionaliteit en vakbekwaamheid van de Buurtzorgmedewerkers. Buurtzorgmedewerkers geven aan met veel plezier en inzet te werken. Zij zijn blij met de vrijheid die er is om hun werk naar eigen inzicht te kunnen doen. Het Buurtzorgconcept lijkt ertoe bij te dragen dat zij zich (weer) trots kunnen voelen op hun beroep. In deze slotbeschouwing gaan we eerst in op de mate waarin de gevonden resultaten overeenstemmen met de doelstellingen van Buurtzorg. Daarna zetten we enkele kanttekeningen bij de onderzoeksopzet en gaan we in op wat de resultaten van dit onderzoek kunnen betekenen voor het beleid van Buurtzorg in de toekomst.

De doelen die Buurtzorg Nederland heeft gesteld (zie ook hoofdstuk 1) worden herkend in de zorg van Buurtzorg. Een eerste doel is dat de cliënt één vaste, goed opgeleide zorgverlener heeft voor de coördinatie van de zorg en zo min mogelijk handen aan het bed. Ruim tweederde van de cliënten ziet maximaal drie tot vier verschillende zorgverleners in één maand. De meeste cliënten (86,5%) geven aan dat zij een vaste contactpersoon als aanspreekpunt hebben. Cliënten waarderen de betrouwbaarheid en bejegening van de zorgverleners het meest. De zorgverleners komen afspraken na en zijn makkelijk bereikbaar voor de cliënt. Daarnaast vinden de cliënten dat de Buurtzorgmedewerkers professioneel en veilig werken.

Ten tweede wil Buurtzorg dat zorgverleners de mogelijkheid hebben om generalistische zorg te verlenen. De brede taakopvatting van Buurtzorgmedewerkers komt in de interviews naar voren. Medewerkers geven aan dat ze zelfstandig kunnen werken en zelf de zorg rondom de cliënt kunnen regelen. Cliënten geven aan dat de zorg flexibel is en dat zorgverleners tijd hebben voor een praatje.

Een derde doel is dat de huisartsen “eigen” verpleegkundigen van Buurtzorg hebben. Uit de interviews met de huisartsen blijkt dat zij het prettig vinden dat ze de gezichten van de medewerkers kennen. In de betrokken teams zijn de coördinerend verpleegkundigen de vaste aanspreekpersonen voor de huisartsen, bijvoorbeeld als zij een nieuwe cliënt willen aanmelden. Daarnaast is er bij iedere cliënt één vaste medewerker voor de coördinatie. Bij vragen en opmerkingen kan een huisarts rechtstreeks contact opnemen met deze medewerker. Huisartsen geven aan vertrouwen te hebben in Buurtzorg. Zij kennen de medewerkers en prijzen de korte lijnen en de laagdrempeligheid van Buurtzorg. Huisartsen geven aan dat de bureaucratie die zij soms ervaren bij andere thuiszorginstellingen bij Buurtzorg ontbreekt.

Buurtzorg is een relatief nieuwe organisatie in de thuiszorgmarkt. De in dit onderzoek

betrokken Buurtzorgmedewerkers zijn vaak uit onvrede met de manier waarop de thuiszorg georganiseerd was, vertrokken bij de vorige werkgever. Soms, zoals in de locatie Bemmelen, hebben ze met meerdere collega's ontslag genomen om samen een Buurtzorgteam op te zetten. Van tevoren was duidelijk dat de huisartsen positief stonden tegenover dit nieuwe concept. In de andere onderzochte locatie, Amersfoort-Zuid, zijn de initiatiefnemers ook afkomstig van de daar gevestigde thuiszorgorganisaties, maar waren de huisartsen niet betrokken bij het initiatief om een Buurtzorgteam op te zetten. Om een indicatie te krijgen van de representativiteit van de twee in het kwalitatieve deel van dit onderzoek betrokken Buurtzorgteams hebben we onder meer gekeken naar hoe hun cliënten de kwaliteit van zorg ervaren (vragenlijstonderzoek). Daaruit blijkt dat hun ervaringen vergelijkbaar zijn met die van cliënten van andere Buurtzorgteams.

De Buurtzorgmedewerkers kwamen niet in een gespreid bedje en hebben veel dingen (van huisvesting, werving personeel tot contacten leggen met andere zorgverleners) zelf uitgezocht. Ook de huidige cliëntgroep wijkt af van de 'doorsnee' thuiszorgcliënten. Soms kozen de cliënten ervoor 'hun' thuiszorgmedewerker te volgen in de overstap naar Buurtzorg. De vraag die dat oproept is wat er na deze pioniersfase gebeurt als Buurtzorg nieuwe medewerkers zoekt die met een andere motivatie bij Buurtzorg gaan werken en als er steeds meer cliënten komen die niet de overstap hebben gemaakt van de ene thuiszorgorganisatie naar Buurtzorg.

Het is daarom wenselijk om vervolgonderzoek te doen en de kwaliteit van de zorg die Buurtzorg levert te blijven monitoren. Blijft de waardering zo hoog als de cliëntpopulatie in de toekomst gaat verschuiven? Maar ook: kunnen de Buurtzorgteams het huidige niveau van kwaliteit handhaven?

Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat er signalen zijn van een hoge belasting van de huidige Buurtzorgmedewerkers. Dit kan de kwaliteit van de zorg bedreigen. Onderzoek naar de ervaren werkbelasting en de manieren waarop Buurtzorg deze onder controle kan houden is eveneens wenselijk.

Een andere vraag die met name in het vragenlijstonderzoek naar voren kwam is: levert Buurtzorg momenteel in de ogen van de cliënten betere zorg dan andere thuiszorginstellingen? Uit hoofdstuk 5 blijkt dat zij dit in het algemeen wel als zodanig ervaren. In vervolgonderzoek zal een meer gedetailleerde vergelijking gemaakt worden met de gegevens die door de thuiszorginstellingen verzameld zijn in het kader van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg verpleging, verzorging en zorg thuis.

Is het Buurtzorgconcept belangrijk voor het vormgeven van de thuiszorg in de toekomst? Dit onderzoek laat zien dat dit mogelijk het geval is. Cliënten en mantelzorgers zijn tevreden en kunnen nauwelijks of geen verbeterpunten noemen. De geïnterviewde huisartsen hebben wel enkele verbeterpunten juist voortkomend uit hun positieve ervaringen met Buurtzorg. Zo wordt de wens uitgesproken dat er ook complexere verrichtingen door Buurtzorg thuis gedaan kunnen worden. Ook wil de huisarts meer structureel overleg met Buurtzorg. Vooral de Buurtzorgmedewerkers zelf geven aandachtspunten aan, die vaak wijzen op hoge belasting van medewerkers. Onder meer de 24-uurs bereikbaarheid en de versnipperde werktijden maken het werk zwaar bij sommige medewerkers. Daar staat tegenover dat medewerkers het prettig vinden dat ze

de verantwoordelijkheid voor de zorg kunnen dragen. Ze voelen zich verantwoordelijk voor de gang van zaken en werken met veel inzet.

We kunnen concluderen dat het Buurtzorgconcept positief ontvangen wordt door direct betrokken cliënten, medewerkers en huisartsen. Het laat zien dat een kleinschalige organisatie van zelfsturende teams kan werken. Cliënten zijn veelal enthousiast over de zorg. Medewerkers waarderen de zelfstandigheid die zij hebben. Huisartsen zien het als een mogelijkheid om de zorg samen met de thuiszorgmedewerkers vorm te geven.

Literatuur

Boer D de, Damman O, Delnoij D. Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T. Schoning van data, schaalanalyses en casemixadjustment. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2008.

Centrum Klantervaring Zorg. Veel gestelde vragen over de meting met de CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 25 mei 2007 (http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Vragenlijsten/Veel_gestelde_vragen_over_de_meting.doc).

NIVEL. CQ Index Ervaringen met de zorg thuis. Vragenlijst voor thuiswonende cliënten van thuiszorgorganisaties of zorginstellingen. Versie 2.0, maart 2007.

Sixma H, Delnoij DMJ. Handboek CQI meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, 2007.

Stuurgroep Verantwoorde zorg. Indicatorenset Verantwoorde zorg behorend bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Den Haag: Stuurgroep Verantwoorde zorg, 2007.

Wiegers TA, Stubbe JH, Triemstra AHM. Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten. Utrecht: NIVEL, 2007.

Bijlage 1: Respondenten uitgesplitst naar Buurtzorgteam

Aantal verstuurd vragenlijsten en respons, uitgesplitst naar team

	aantal verstuurd	totaal aantal reacties	% bruto respons	aantal ingevulde vragenlijsten	% netto respons
Aalten	17	13	76,5	12	70,1
Almelo	13	10	76,9	10	76,9
Amersfoort	45	30	66,7	25	55,6
Amsterdam Oost	53	21	39,6	17	32,1
Amsterdam Oud-West	5	3	60,0	3	60,0
Amsterdam Zuid	46	23	50,0	17	37,0
Baarn	26	14	53,8	12	46,2
Bemmel	38	25	65,8	23	60,5
Beuningen/Nijmegen	21	13	61,9	13	61,9
Breda	32	21	65,6	15	46,9
Duiven	9	7	77,8	7	77,8
Elst	40	28	70,0	26	65,0
Enschede	25	8	32,0	7	28,0
Gendt	26	20	76,9	19	73,1
Gouda	14	8	57,1	7	50,0
Hilversum	49	30	61,2	23	46,9
Oosterbeek	20	16	80,0	16	80,0
Steenwijk/Meppel	38	27	71,1	22	57,9
Utrecht	29	16	55,1	16	55,1
Vlaardingen Adriaan Pauw	49	16	32,7	12	24,5
Vlaardingen Holy	54	33	61,1	27	50,0
West Maas en Waal	6	5	83,3	5	83,3
Wijchen	24	17	70,8	13	54,2
Zutphen	19	10	52,6	10	52,6
Totaal	698	414	59,3	357	51,1

Bijlage 2: Ontvangen hulp bij invullen vragenlijst

Hulp bij het invullen van de vragenlijst (n=357)

	aantal respondenten	%
Heeft iemand u geholpen bij het invullen?		
- ja	199	55,7%
- nee	140	39,2%
- onbekend, niet ingevuld	18	5,0%
totaal	357	100%
Bij hulp, wie heeft geholpen (meer antwoorden mogelijk)(n=207)		
- familie- / gezinslid	81	39,1%
- partner	48	23,2%
- zorgverlener	56	27,1%
- een andere hulpverlener	15	7,2%
- iemand anders	10	4,8%
Bij hulp, hoe is er geholpen? (meer antwoorden mogelijk)(n=206)		
- heeft de vragen voorgelezen	135	65,5%
- heeft mijn antwoorden aangekruist	113	54,9%
- heeft de vragen voor mij beantwoord	41	19,9%
- heeft de vragen naar mijn taal vertaald	14	6,8%
- heeft op een andere manier geholpen	8	3,9%

Bijlage 3: Wekelijkse ontvangen zorg volgens de cliënt

Hoeveelheid wekelijks ontvangen zorg van Buurtzorg, naar soort zorg

Indicatiebesluit

Persoonlijke verzorging (n=339)

- geen	36,3%
- minder dan 1 uur	14,5%
- 1-1,9 uur	9,7%
- 2-3,9 uur	12,1%
- 4-6,9 uur	12,1%
- 7-9,9 uur	8,8%
- 10-19,9 uur	5,6%
- 20 uur of meer	0,9%

Verpleegkundige zorg

- geen	40,2%
- minder dan 1 uur	19,5%
- 1-1,9 uur	12,0%
- 2-3,9 uur	12,6%
- 4-6,9 uur	8,1%
- 7-9,9 uur	3,6%
- 10-19,9 uur	3,0%
- 20 uur of meer	0,9%

Ondersteunende of activerende begeleiding

- geen	73,0%
- minder dan 1 uur	8,8%
- 1-1,9 uur	5,5%
- 2-3,9 uur	5,8%
- 4-6,9 uur	4,8%
- 7-9,9 uur	0,6%
- 10-19,9 uur	0,6%
- 20 uur of meer	0,9%

Bijlage 4: Scores op de vragen naar de kwaliteit van zorg

Gemiddelde scores en fractie cliënten met positieve ervaringen (ruim voldoende/voldoende of meestal/altijd, goed/acceptabel).

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten ¹	gemid. ²	standaard deviatie	%
Wachttijd voor start thuiszorg				
9. wachttijd ³	332	n.v.t.	n.v.t.	97,6%
10. informatie wachttijd	142	3,52	0,681	92,3%
Zorgplan, afspraken en overleg				
11. schriftelijke afspraken aanwezig	323	n.v.t.	n.v.t.	64,4%
12. zorginstelling komt afspraken goed na	310	3,83	0,420	98,4%
13. zorgmap/-dossier of logboek wordt goed gebruikt	320	3,57	0,784	89,1%
14. hoe vaak beslist u mee over inhoud thuiszorg	345	3,40	0,969	82,0%
15. hoe vaak beslist u mee over tijdstippen/dagen	343	3,41	0,938	84,5%
16. hoe vaak beslist u mee over van wie u zorg krijgt	342	2,27	1,313	45,3%
17. evaluatiegesprek gehad in afgelopen 12 maanden	145	n.v.t.	n.v.t.	60,7%
Informatie en communicatie				
18. informatie ontvangen over wat zorginstelling kan bieden	341	n.v.t.	n.v.t.	92,1%
19. informatie ontvangen over uw rechten?	342	n.v.t.	n.v.t.	83,0%
20. informatie over wat er van u wordt verwacht?	331	n.v.t.	n.v.t.	84,9%
21. informatie over de cliëntenraad	328	n.v.t.	n.v.t.	49,7%
22. brieven/brochures/folders goed te begrijpen	333	3,32	0,762	85,6%
23. weet bij wie u met vragen/problemen/klachten terecht kunt	342	3,64	0,732	93,0%
24. vaste contactpersoon als aanspreekpunt	349	n.v.t.	n.v.t.	86,5%
25. zorginstelling staat voldoende open voor uw wensen	319	3,76	0,460	98,4%
26. zorginstelling reageert goed op vragen, suggesties of klachten	270	3,70	0,598	94,1%
27. zorgverleners overleggen met u over wat er moet gebeuren	343	3,58	0,783	89,8%
28. zorgverleners vragen of de zorg naar wens verloopt	341	3,30	0,874	80,6%
29. zorgverleners zijn bereid te praten over zaken die niet goed gaan	237	3,72	0,645	92,8%
30. zorgverleners geven goed antwoord op uw vragen	343	3,66	6,06	94,8%

tabel bijlage 4 wordt vervolgd

vervolg tabel bijlage 4

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten ¹	gemid. ²	standaard deviatie	%
Telefonische bereikbaarheid				
31. zorginstelling overdag telefonisch bereikbaar	252	3,86	0,400	98,8%
32. zorginstelling buiten kantooruren telefonisch bereikbaar	148	3,87	0,441	97,3%
33. weet hoe/wanneer contactpersoon bereikbaar is	307	n.v.t.	n.v.t.	91,5%
34. hoe vaak binnen één werkdag teruggebeld	151	3,83	0,412	98,7%
Aantal zorgverleners en vervanging				
36. mening over aantal verschillende zorgverleners ⁴	333	2,70	0,574	94,0%
37. verschillende zorgverleners stemmen thuiszorg goed op elkaar af	311	3,67	0,610	95,2%
38. op tijd ingelicht bij veranderingen of uitval zorgverlener	278	3,58	0,759	90,6%
39. vervanging bij ziekte goed geregeld	277	3,78	0,542	96,8%
40. vervangende zorgverlener is goed op de hoogte	301	3,64	0,574	96,3%
Professionaliteit				
41. zorgverlener werkt vakkundig	341	3,79	0,463	98,2%
42. zorgverlener gaat zelfstandig te werk	343	3,80	0,460	98,5%
43. zorgverlener maakt goed schoon	194	3,65	0,603	94,3%
44. verpleegkundige handelingen worden goed verricht	214	3,81	0,447	98,6%
45. goed op de hoogte van uw ziekten/gezondheidsproblemen	343	3,73	0,555	96,2%
46. samenwerking met andere hulpverleners is goed	313	3,53	0,859	89,1%
47. zorgverleners behandelen u beleefd en met respect	349	3,95	0,240	99,7%
48. zorgverleners besteden voldoende tijd aan u	347	3,83	0,431	98,8%
49. zorgverleners luisteren met aandacht naar u	349	3,82	0,430	98,3%
50. zorgverleners werken op uw manier	341	3,67	0,558	96,2%
51. houden zich aan afgesproken werkzaamheden	335	3,86	0,388	99,1%
52. zorgverleners houden zich aan afgesproken tijden	336	3,61	0,583	96,7%
53. zorgverleners gaan vertrouwelijk met privé-zaken om	323	3,83	0,487	97,8%
54. zorgverleners gaan zorgvuldig met uw spullen om	311	3,85	0,452	98,1%
55. kunt u zorgverleners volledig vertrouwen	324	3,88	0,362	98,8%

tabel bijlage 4 wordt vervolgd

vervolg tabel bijlage 4

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten ¹	gemid. ²	standaard deviatie	%
Uw verzorging en gezondheid				
56. persoonlijke verzorging op de door u gewenste momenten	218	3,62	0,641	95,0%
57. verzorging op door u gewenste manier	246	3,71	0,536	96,7%
58. houden rekening met wat u zelf wel en niet kunt	335	3,80	0,469	98,2%
59 zorgverleners letten veranderingen in uw gezondheid	292	3,70	0,589	95,9%
60. zorgverleners letten op juist medicijngebruik	194	3,70	0,687	94,3%
61. zorgverleners nemen gezondheidsklachten serieus	335	3,87	0,406	98,2%
Veiligheid				
62. zorgverleners letten op uw veiligheid	211	3,64	0,611	94,8%
63. zorgverleners wijzen op mogelijkheden voor woningaanpassingen/hulpmiddelen	166	n.v.t.	n.v.t.	91,0%
64. zorgverleners letten/wijzen op houdbaarheid voedingsmiddelen	263	n.v.t.	n.v.t.	69,1%
65. zorginstelling heeft afgesproken wat u moet doen in geval van nood	229	n.v.t.	n.v.t.	92,1%
Privacy				
66. voelt u zich thuis in eigen woning	349	3,87	0,418	98,3%
67. voelt u zich veilig en op uw gemak bij zorgverlener	348	3,81	0,485	97,1%
68. thuiszorg vormt inbreuk op dagelijks leven ⁵	345	3,43	0,822	89,6%
Zelfstandigheid en activiteiten				
69. met thuiszorg goed redden in dagelijks leven	330	3,50	0,667	93,3%
70. zelf bepalen hoe dag eruit ziet	338	3,59	0,653	94,4%
71 opstaan en naar bed gaan zelf bepalen	337	3,70	0,642	95,3%
72 tijdstippen/dagen thuiszorg schikken	336	3,65	0,547	97,0%
73. tijdstippen en dagen worden makkelijk op uw verzoek aangepast	242	3,98	1,56	97,5%
74. kunt u dingen doen die u belangrijk vindt	334	3,43	0,751	87,1%
75. kunt u overal komen in huis	332	3,53	0,805	88,6%
76. kunt u overal komen buitenshuis	333	2,73	1,044	57,1%
77. hulp als u ergens naar toe wilt	239	3,10	0,902	74,1%
78. ondersteuning bij vinden activiteiten etc.	111	3,05	0,918	76,6%

tabel bijlage 4 wordt vervolgd

vervolg tabel bijlage 4

Vraagnummer + onderwerp van de vraag	aantal respondenten ¹	gemid. ²	standaard deviatie	%
79. praktische ondersteuning bij regelzaken	125	3,21	1,065	77,6%
Hoe gaat het verder met u				
80. ongerustheid ⁵	331	3,15	0,760	86,7%
81. eenzaamheid ⁵	332	3,39	0,727	92,8%
82. zorgverlener heeft voldoende aandacht voor hoe het met u gaat	313	3,67	0,619	93,9%
83. zorgverlener biedt voldoende emotionele ondersteuning	272	3,50	0,698	91,2%
Organisatie van Buurtzorg				
84. Buurtzorg en uw huisarts overleggen over de zorg	211	3,31	0,903	78,7%
85. u krijgt voldoende zorg ⁶	329	n.v.t.	n.v.t.	96,0%
86. Buurtzorg kijkt of andere mensen kunnen helpen	170	3,18	0,999	77,6%
87. onverwacht extra zorg is snel geregeld	200	3,62	0,638	94,5%
88. Buurtzorg stimuleert om zoveel mogelijk dingen zelf te doen	209	3,37	0,769	88,0%

1. alle berekeningen zijn gedaan op de alle respondenten exclusief degenen die betreffende vraag niet hebben ingevuld en weet ik niet, geen ervaring mee, niet van toepassing hebben aangegeven.
2. Het gemiddelde is alleen berekend als er sprake is van 4 opeenvolgende antwoordmogelijkheden. Hoe hoger de score des te negatiever het antwoord
3. geen wachttijd/kort/acceptabel
4. percentage precies goed/veel, maar acceptabel. Precies goed=72,7%. Veel, maar acceptabel 21,3%.
5. Bij de negatief geformuleerde items is voor het vaststellen van de fractie 'negatieve ervaringen' gekeken naar de antwoorden 'altijd' en 'meestal'. Voor het berekenen van het gemiddelde zijn de antwoorden omgecodeerd.
6. percentage ja, ik zou ook met minder zorg tevreden zijn/ja, precies goed

Bijlage 5: Verbeterpunten volgens Buurtzorgcliënten

In het totaal werden er 49 verbeterpunten met betrekking tot de zorg door Buurtzorg. Deze punten werden genoemd door 44 cliënten.

Opmerkingen over tijdstip van zorg (n=13)

Eventueel meer mogelijkheden voor 's nachts

De tijd

Er zou dag en nacht zorg moeten kunnen zijn

Betere afspraken over tijdstippen zorg

Vast tijdstip, vooral bij ouderen

Liever een vast tijdstip van behandeling.

Bij calamiteiten in de nacht, b.v. lekkage van stoma, is geen directe hulp mogelijk. Het zou prettig en geruststellend zijn als ook een nachtdienst kan worden ingevoerd

Tijdstip van zorg in de ochtend duidelijk elke dag.

Soms te lang wachten met douchen

Liefst altijd zelfde tijd 9:30 uur

Zorg op betere en variërende tijdstippen

Vroeger, 7 uur ipv. 8 uur

Vroeger tijdstip komen douchen ongeveer 09:00 uur

Opmerkingen over het aantal zorgverleners (n=9)

Meer zorgverleners

Het aantal verzorgenden zo beperkt mogelijk houden

Niet teveel verschillende mensen over de vloer

Liever niet steeds een andere zorgverlener

Liever een vaste verpleegkundige (steeds dezelfde).

Niet zo veel personeel, kleinere club

Niet zo veel personeel

Liefst 1 vaste verzorgende

Nog minder mensen, meer continuïteit in zorg

Opmerkingen over de breedte van het zorgpakket (n=12)

Ik zou graag ook huishoudelijke hulp van thuiszorg krijgen

Mijn moeder is blind. 5 ochtenden naar een opvang maar 's avonds wil ze op visite ergens, dan is vervoer een probleem, ze is 's avonds eenzaam. Gaat ze vroeg naar bed. Buurtzorg komt wel 21:00 tabletten geven.

Soms nog dingen afwassen. Voor het naar bed gaan nog even kletsen.

Opmerkingen over de breedte van het zorgpakket (n=12)

Veel en lang blijven voor de gezelligheid

Af en toe een gesprekspartner, heb hier weinig tot geen kennissen, ben 82 jaar oud. Medewerkers van buurtzorg doen hun best maar hebben hier eigenlijk geen tijd voor

Ik mis in de buurtzorg de onmisbare "mantelzorgers" die wel beter georganiseerd zijn en ondersteuning behoeven.

tabel bijlage 5 wordt vervolgd

Opmerkingen over de breedte van het zorgpakket (n=12)

Het zou prettig zijn wanneer er ook huishoudelijke zorg in hun zorgaanbieding komt

Huishoudelijke 'tak' van buurtzorg mogelijk?

De medische verzorging is afgenomen bij de overgang naar Buurtzorg. Nu heb ik nog nooit een verpleegkundige gezien. Ik wil graag onder medische controle blijven vanwege hart/ vaat ziekte, schildklier, slechte darmen

Goed opgeleid personeel in huishoudelijke dienst.

Af en toe een wandeling maken

Medewerkers doen alles wat nodig is maar kunnen daarbij niet de te zware zorg van de partner (80 jaar) weg nemen. Voor hem/haar zou ook een oplossing gevonden moeten worden.

Opmerkingen over de wijze waarop de zorg gegeven wordt (n=9)

Medibox goed nakijken, meer aandacht

Betere stomaverpleegkundigen

Niets, maar ik wist niet precies hoe laat ze kwamen

Wat meer aandacht (niet zo snel)

Wat betreft huish. hulp: dat er af en toe iets kapot gaat/gebroken wordt kan ik begrijpen, maar meld het even dan kan het gerepareerd worden.

Luisteren!

Soms ben ik vergeten, vooral in het begin. Kon altijd wel bellen en dan kwam er altijd zo snel mogelijk iemand. Dit kan een verbeterpunt zijn?

Betere afspraken bij huisbezoek

Werken met handschoenen bij wondverzorging. Haar goed wassen en niet alleen maar aaien, nauwkeurig wassen Laarzen in doucheruimte!

Opmerkingen over de overdracht, communicatie, vervanging (n=3)

Als vaste medewerker vrij is goed afstemmen dat andere medewerker taken overneemt

Contactpersoon is overgeplaatst en mevrouw is daar erg treurig om en weet niet wie er nu komt

Goede vervanging met ziekte of verlof vaste kracht.

Overige opmerkingen

25 min. douchen en 2uur schrijven. z.g. administratie. Tot 2x toe, schande, rekening van 245 euro, nogmaals schande.

Prijs/kwaliteitverhouding, houdt de zorg betaalbaar

Alle medewerkers een TomTom. Ze komen van heinde en ver en kunnen de weg niet altijd vinden.

Bijlage 6: Respondenten met recente ervaringen met andere thuiszorginstelling

Aantal cliënten dat in de laatste twee jaar ook zorg thuis heeft gekregen van een andere zorginstelling dan Buurtzorg

	aantal ingevulde vragenlijsten	ervaring met andere instelling	% van het totaal aantal respondenten
Aalten	12	8	66,7%
Almelo	10	-	-
Amersfoort	25	5	20,0%
Amsterdam Oost	17	12	70,6%
Amsterdam Oud-West	3	2	66,7%
Amsterdam Zuid	17	5	29,4%
Baarn	12	6	50,0%
Bemmel	23	7	30,4%
Beuningen/Nijmegen	13	3	23,1%
Breda	15	4	26,7%
Duiven	7	4	57,1%
Elst	26	10	38,5%
Enschede	7	1	14,3%
Gendt	19	2	10,5%
Gouda	7	2	28,6%
Hilversum	23	13	56,5%
Oosterbeek	16	12	75,0%
Steenwijk/Meppel	22	3	13,6%
Utrecht	16	6	37,5%
Vlaardingen Adriaan Pauw	12	11	91,7%
Vlaardingen Holy	27	18	66,7%
West Maas en Waal	5	1	20,0%
Wijchen	13	3	23,1%
Zutphen	10	9	90,0%
Totaal	357	147	41,2%

