‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

Resultaatverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing

Een wetenschappelijke proeve op het gebied van de Managementwetenschappen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus prof. dr. C.W.P.M. Blom,
volgens besluit van het College van Decanen
in het openbaar te verdedigen maandag 26 juni 2006
des namiddags om 3.30 uur precies
door
Matthijs Almekinders
geboren op 9 juni 1955
te ’s-Heer Arendskerke
Promotor: prof. dr. ir. P. van Amelsvoort

Copromotor: dr. A.E.S. Sijben, ABC/OPES bv te Velp

Manuscriptcommissie: prof. dr. H. Doorewaard (voorzitter)
prof. dr. A.C. van den Hout
prof. dr. H. Kuipers, Technische Universiteit Eindhoven
prof. dr. M.J.R. Schoemaker
prof. dr. J.M.G.A. Schols, Universiteit van Tilburg,
Teams beter thuis in thuiszorg?
Problemen en hervormingen in de zorg krijgen de laatste jaren veelvuldig aandacht in de media. Het onderwerp 'gezondheidszorg' staat ook hoog op de politieke agenda. Wachtlijsten, sterk stijgende kosten en - vermeende - misstanden zijn hier de oorzaken van. Daarom heeft de gedachte postgevat ‘dat het anders moet in de Nederlandse gezondheidszorg’. De overheid wil minder dirigeren en meer ruimte laten aan de markt en de betrokken partijen zoals zorgconsumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, om de zorg goed te regelen en uit te voeren. Er is een roep om decentralisatie, deregulering en ontbureaucratisering. De vraag is of in het licht van de vergrijzing en toenemende medische mogelijkheden daarmee een afdoende antwoord kan worden gegeven op het dreigende structurele tekort aan zorgcapaciteit. Wellicht kan een andere wijze van organisatieontwerp van zorgorganisaties ook bijdragen aan verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en verhoging van de attractiviteit van het werk in de zorg.


Gaandeweg ontstond de gedachte van een organisatie-inrichting gebaseerd op het sociotechnisch perspectief met de invoering van een ‘team-based’ concept van werken en zelfsturing in enkele werkmaatschappijen van Sensire. Het inzicht dat de toenemende vraag naar thuiszorg de goede toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengt, en de rotsvaste overtuiging dat het met tijdige aanpassingen in de aanpak van de zorg, ook anders en beter kan, waren voor mij aanleiding om met dit onderzoek en de verslaglegging daarvan te starten. Hiermee wil ik mijn ervaringen bij Sensire ook voor anderen toegankelijk maken.

Dankbaar ben ik voor de aanzienlijke steun die ik van velen ontving. Allereerst van Pierre van Amelsvoort, inspirator en promotor, en inhoudelijk kompas. Copromotor No Sijben was altijd beschikbaar en heeft mij enorm ondersteund, hield mij methodologisch op het juiste spoor en relativeerde problemen tot behapbare uitdagingen. Ivo Konings assisteerde mij met interviews en verslaglegging. Stichting Cliënt en Kwaliteit leverde een bijdrage aan de klantenraadpleging en de verwerking van vragenlijsten. PWC Consulting heeft, ondersteund door NIVEL, het praktische gedeelte van de medewerkersraadplegingen uitgevoerd. En dan vooral de medewerkers en klanten van Sensire. Veel klanten - 65 procent respons bij de vierde meting in juli 2004 - en medewerkers hebben één of meerdere keren uitgebreide vragenlijsten ingevuld of door middel van gesprekken tijd en energie aan dit onderzoek besteed. Bij het verzamelen van gegevens hebben we met name de volgende personen een aanzienlijke bijdrage geleverd: Maarten van Rixtel en zijn medewerkers van Sensire ‘De Slinge’. Gerard Bouwman en zijn ploeg voor cijfermateriaal uit de managementrapportage; volledig en op tijd! De altijd positieve en enthousiaste Irma Wielens en Carla Heming en hun zelfsturende teams in Neede respectievelijk Groenlo. Tenslotte was er de steun van het

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
bestuurssecretariaat in Terborg: José Janssen en Marina van Oene. Uiteindelijk heeft Henriëtte Dieleman de puntjes op de i gezet.

Voor mij is het voor de zoveelste keer duidelijk geworden dat in de zorg in het algemeen en in het bijzonder bij Sensire veel betrokken en competent medewerkers actief zijn. Met hun deskundigheid, betrokkenheid en enthousiasme worden bedreigingen haalbare uitdagingen.

Allen hartelijk dank!

De Heurne, 19 maart 2005
Matthijs Almekinders

‘Slechts vernieuwing kan behouden; achter raakt wie stil blijft staan’. Potgieter
Hoofdstuk 1 Inleiding

Demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing en ontgroening, sociaal-economische trends, zoals individualisering en consumentisme en medisch technologische vernieuwingen zoals ‘e-health’ zullen grote invloed op de vraag naar zorg hebben. De omgeving van thuiszorgorganisaties verandert ingrijpend en deze organisaties kost het steeds meer moeite om aan de stijgende prestatie-eisen te voldoen. Deze prestatie-eisen richten zich op drie wezenlijke aspecten van de organisatie: de doelmatigheid van de bedrijfsvoering, de door de klanten ervaren kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers. Om op al deze aspecten tegelijkertijd verbeteringen te bewerkstelligen, zal de huidige organisatievorm, die gebaseerd is op traditionele organisatieprincipes, ontoereikend zijn. In de traditionele organisatie-inrichting is vergaande arbeidsdeling een leidend principe. Die is in het verleden ontwikkeld voor organisaties die functioneren in de context van een relatief stabiele omgeving.

De vraag is of een andere organisatievorm van thuiszorgorganisaties, gebaseerd op een beperkte arbeidsdeling, betere mogelijkheden biedt om aan de groeiende prestatie-eisen te voldoen en flexibel in te spelen op de toenemende omgevingsturbulentie. In dit onderzoek is gekozen voor de moderne sociotechniek met een teambased organisatiebenadering die min of meer succesvol is gebleken in andere sectoren dan de zorgsector. Doel van dit onderzoek is antwoord te krijgen op de vraag of een sociotechnisch perspectief met in het bijzonder een teambased oriëntatie, ook effectief is in een thuiszorgorganisatie. De grotere zorgorganisatie Sensire is in deze studie het object van onderzoek. De effectiviteit wordt uitgedrukt in de drie genoemde parameters: doelmatigheid van de zorguitvoering, kwaliteit van de zorg en kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers.

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven en wordt toegelicht voor welke uitdagingen thuiszorgorganisaties zich geplaatst zien. Dit leidt achtereenvolgens in § 1.3 tot de probleemstelling van dit onderzoek en in § 1.4 tot de hypothese en de centrale vraagstelling. Na een korte omschrijving van de onderzoeksaanpak in § 1.5, wordt dit eerste hoofdstuk afgesloten met § 1.6: de opbouw van dit proefschrift.

1.1 Aanleiding onderzoek

Thuiszorgorganisaties worden met een aantal ontwikkelingen geconfronteerd die het noodzakelijk maken om na te gaan of een ander organisatieontwerp het mogelijk maakt hier beter op in te spelen. Drie belangrijke zijn:

- meer doelmatigheid is vereist: onder druk van overheidsmaatregelen, de introductie van marktwerking en de beperkte zorgcapaciteit neemt de noodzaak tot doelmatig werken verder toe;
- de vraag naar en kwaliteitseisen aan zorgverlening nemen toe: groeiende vraag naar zorg door meer klanten die bovendien persoonlijker zorg verwachten;
- de kwaliteit van de zorgarbeid moet worden verbeterd: gekwalificeerde medewerkers worden schaarser en stellen ook hogere eisen aan hun werk.

Van de Nederlandse bevolking waren in 2002,2,2 miljoen mensen, 13,7 procent van de samenleving, 65 jaar of ouder. Het aantal ouderen, en met name het aantal ouderen boven de 65 jaar, neemt de komende jaren sterk toe. Verwacht wordt dat er in 2030 in Nederland circa vier miljoen 65-plussers zullen zijn, van wie de helft ouder dan 75 jaar. En naarmate de levensverwachting toeneemt, zullen ook meer levensjaren gepaard gaan met lichamelijke en psychische klachten en beperkingen. Dat doet de zorgvraag nog extra stijgen (Nitsche e.a., 2004). Dit verschijnsel wordt wel aangeduid met drievoudige vergrijzing (Ringens, 2005).

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Om aan deze zorgvraag te kunnen voldoen, dat wil zeggen: toegankelijkheid van zorg voor wie een zorgindicatie heeft en zorgaanbod overeenkomstig gangbare kwaliteitseisen, zou het percentage van de beroepsbevolking dat in de zorgsector werkt moeten stijgen van 13 procent in 2003 tot 22 procent in 2025 (Van Dijk en Van der Windt, 2004). ‘Dat is niet realistisch. Het zal heel moeilijk zijn om zo’n sterke groei te realiseren. Bovendien zou dat ten koste gaan van de werkgelegenheid in de marktsector’ (Lingsma, 2005).

Het tegemoetkomen aan de toenemende zorgvraag door middel van de inzet van meer personeel lijkt derhalve geen haalbare oplossing te zijn. ‘Als we het probleem echt willen oplossen kan dat niet zonder stijging van de arbeidsproductiviteit. Het betekent dat hetzelfde aantal mensen meer productie oftewel zorg moet leveren!’ …… Daarbij …. ‘moet er goed gekeken worden of de werkprocessen op de werkvloer niet beter kunnen worden georganiseerd. Het verminderen van administratieve lasten en het zoveel mogelijk inzetten van capaciteit in de directe zorg, geeft ook een hogere arbeidsproductie. Aan de ene kant willen we de zorg efficiënter indelen, maar daar staat tegenover dat patiënten niet als nummer willen worden behandeld. Ze willen persoonlijke aandacht, maar dat vergt weer meer personeel’ (Lingsma, 2005).

De aanleiding voor dit onderzoek wordt gevormd door de sterk stijgende prestatie-eisen aan thuiszorgorganisaties. In hoofdstuk 2 worden de externe ontwikkelingen uitgebreid beschreven.

1.2 Drie belangen, een ontwikkeling en een dilemma

Zoals in de vorige paragraaf gesteld zijn er diverse externe factoren van invloed op (thuis)zorgorganisaties, die belangrijke consequenties hebben voor de interne organisatie en processen.

De eerste is het maatschappelijke belang van de efficiëntie van het zorgproces: het zodanig doelmatig uitvoeren van het zorgproces, dat met dezelfde middelen meer klanten kunnen worden geholpen. De output van de zorgonderneming komt voornamelijk tot stand door de werkzaamheden van uitvoerend zorgpersoneel; daardoor is de wijze van organiseren van zorgmedewerkers van grote invloed op de ervaren kwaliteit en doelmatigheid van het primaire proces.

De tweede invloedrijke factor is die van de meervoudige vraaggroei; kwantitatief en kwalitatief. Erkende thuiszorgorganisaties moeten tegemoet komen aan de rechtmatige, op zorgindicatie gebaseerde eisen van klanten. Het is van groot maatschappelijk belang de zorg ondanks de toenemende vraag, toegankelijk te houden voor iedere burger die daarop is aangewezen. Zorgorganisaties moeten daarbij drie belangen (figuur 1.1) in balans zien te houden. Allereerst het dienen van de belangen van de kwetsbare groep klanten (met hun vraag naar zorg op maat).

Bij thuiszorg is sprake van inzet van zorgmedewerkers die hun taken solistisch uitvoeren bij veelal kwetsbare, onzekere klanten. Deze klanten zijn chronisch ziek, oud of hoogbejaard. Van de ouderen is 40 procent alleenstaand (Timmermans & Wolttiez, 2004). Bij bepaalde klanten komen helpenden, verzorgenden en/of verpleegkundigen op meerdere momenten

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
per dag de zorgtaken uitvoeren. In die situaties is de intensiteit van de verzorging - zeven dagen per week, op meerdere momenten per dag, 's avonds of zelfs 's nachts - hoog en krijgt de klant met veel verschillende medewerkers te maken. Ter bevordering van het gevoel van zekerheid bij klanten is het van belang dat er consistentie is in het beantwoorden van vragen en advisering door de verschillende medewerkers aan dezelfde klant. Ook met betrekking tot medicijnverstrekking, verpleegkundige handelingen en verzorging is het belangrijk dat de activiteiten van de verschillende medewerkers goed op elkaar worden afgestemd en dat informatie adequaat met elkaar wordt gedeeld.

Tenslotte, als derde factor, moet worden ingespeeld op de belangen van de medewerkers. Bij een driegend tekort aan gekwalificeerde medewerkers dient het werken in de thuiszorg aantrekkelijk te zijn. Schoemaker (2003) is van mening dat in dit kader aandacht moet worden besteed aan 'de organisatie als werkgemeenschap' voor individuen die een 'sense of belonging' hebben en betekenis in hun werk zoeken.

Het is voor thuiszorgorganisaties een grote uitdaging om deze drie belangen in het oog te houden en tegelijk op alle drie de aspecten resultaten te boeken: aan de groeiende zorgvraag voldoen, met een kwalitatief en continu medewerkersbestand door aantrekkelijk werk te bieden.


Schaalvergroting vindt plaats als gevolg van een aantal ontwikkelingen:
- het opvangen van bezuinigingen door de overheid. In een strategische verkenning uitgevoerd door Boer & Croon (2003) wordt geconcludeerd dat 'voor middel tot grote thuiszorgaanbieders kostenbeheersing en schaalvergroting voorlopig de sleutels tot concurrentievoordeel zijn'. Bij streven naar kostenleiderschap is het behalen van inkoop- en efficiencyvoordeel een speerpunt in het algehele beleid. Zaken als 'Scale Economies' (Porter, 1985) zijn daarbij van belang;

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
• de behoefte aan ketenvorming, het aaneensmelten van de diverse schakels van de zorgketen binnen dezelfde organisatie, waardoor gestreefd wordt naar ontschotting. De mogelijkheden daarvoor zijn toegenomen nu zorgorganisaties buiten hun traditionele werktoreen actief mogen worden (Lankhaar en Ottevanger, 2005);
• de voorgenomen overdracht van huishoudelijke verzorging uit de AWBZ naar gemeenten (Lankhaar en Ottevanger, 2005). Het versterken van de marktpositie ten opzichte van gemeenten en zorgverzekeraars is hierbij essentieel;
• de gestegen bedrijfsrisico’s door veranderende wet- en regelgeving (Lankhaar en Ottevanger, 2005);
• de introductie van marktwerking: door te fuseren vermindert immers het aantal potentiële concurrenten;
• het verkrijgen van voldoende onderhandelingskracht: door de concentratiegolf die zich bij zorgverzekeraars heeft voorgedaan, zijn zorgaanbieders op zoek naar enige mate van ‘countervailing power’ en vergroten ook zij de schaal waarop zij opereren;
• de versterking van de innovatiekracht. Organisaties die streven naar productleiderschap richten zich met name op innovatie (Treacy en Wiersema, 1995). Het continue doorontwikkelen van nieuwe zorgproducten vergt veel research- en ontwikkelingskosten, waarvoor schaalgrootte nodig is. De financiering van zorgorganisaties kent slechts beperkte ruimte voor innovatieve projecten, en die beperkte ruimte wordt nog kleiner. Per 1 januari 2004 zijn de zorgvernieuwingsgelden voor toegelaten organisaties in de extramurale ouderenzorg door de overheid teruggebracht tot 0,6 procent van het jaarbudget, een kwart van het oorspronkelijke niveau. Met ingang van 2005 zijn deze gelden, bestemd voor innovatieve projecten in de zorg, verder beperkt tot een landelijk fonds waaruit bepaalde projecten kunnen worden gefinancierd. Zorgorganisaties die willen innoveren zijn veel meer dan voorheen aangewezen op financiering van innovaties vanuit de eigen exploitatie.


Mede door het streven naar schaalgrootte zijn zorgorganisaties snel gegroeid en aanzienlijk complexer geworden. Het resultaat van fusies tussen gelijkssoortige instellingen waren grote organisaties met een smal ‘zorgassortiment’. Die werden qua functieverdeling en hierarchie op een traditionele wijze ingericht. De vraag is dus of schaalvoordelen van een grotere fusieorganisatie - kosten, marktpositie en innovatiekracht - opwegen tegen de voordelen van een kleinschalige organisatievorm om met klantgerichte zorgverlening en betrokkenheid van medewerkers productvoordeel te bereiken.

1.3 Probleemstelling

Thuiszorgorganisaties waren in het verleden regionale monopolisten. Door middel van een erkenningstelsel reguleerde de overheid zodanig dat er per regio of stad maar één thuiszorgzorgaanbieder actief was. Deze thuiszorginstellingen waren doorgaans georganiseerd als een mix van de ‘machinebureaucratieën’ en de ‘professionele bureaucratieën’ van Mintzberg (Nelissen e.a., 1996). De organisatieonderdelen gericht op huishoudelijke en verzorgende activiteiten zijn passend bij een eenvoudige en stabiele omgeving, vormgeven als machinebureaucratieën met gestandaardiseerde werkprocessen en een hoge graad van gedragsformalisering. De organisatieonderdelen die zich bezig houden met verplegende activiteiten lijken op een professionele bureaucratie met een hoofdrol voor de uitvoerende kern en de ondersteunende staf. Dit betekent: standaardisatie van vaardigheden, een hoge graad van specialisatie en verkokerend; een organisatievorm die past bij een complexe maar stabiele omgeving. Met behulp van een andere protocollen en strakke richtlijnen werd door thuiszorginstellingen gestreefd naar een min of meer gegarandeerde uniforme output. De klant diende zich daarbij aan te passen aan het zorgverleningsproces. Een wijze van organiseren die paste bij de tijd waarin de sturing

Baalman (1998) over fusies in de zorg:
'Na een fusie kunnen de operationele en financiële voordelen, die aan horizontale fusies veelal ten grondslag liggen, met name behaald worden door het samenvoegen van afdelingen en eenheden. Door het eenvoudigweg bij elkaar voegen van soortgelijke eenheden ontstaan echter onoverzichtelijke afdelingen met een gemengde cultuur, welke slecht zijn aan te sturen door een te grote span of control en welke in het beste geval slechts méér van het zelfde product opleveren. Door de geringere identificatie met de nieuwe organisatorische eenheid raken medewerkers gedemotiveerd, het ziekteverzuim stijgt en de resultaten lopen zowel kwantitatief als kwalitatief terug. Met name in de eerste fusiegolf werden deze problemen nogal eens gepareerd met het creëren van extra leidinggevende functies.'

Vaak werd ook een extra hiërarchische laag geïntroduceerd om de toegenomen complexiteit te pareren.
'.....werden de communicatie problemen vergroot door de extra lagen, terwijl de organisatie trekken ging vertonen van een starre bureaucratie’. Het minstens zo belangrijke negatieve effect van vermindering van aandacht voor de patiënt, door deze vorm van organisatie, leidt tot een botsing met het juist opkomende bewustzijn van de meerderheid van de patiënten en de daaruit voortvloeiende hogere, dan wel meer specifieke, eisen die deze aan behandeling en zorgverlening stelt.'
van organisaties, meer vanuit de randvoorwaarden dan vanuit de processen zelf, meer van afstand dan van dichtbij, gestandaardiseerde uitkomsten opleverde. Bij zorgorganisaties die als monopolist in een statische omgeving opereerden met standaard producten, paste deze op beheershingsgerichte manier van organiseren. Er waren in verhouding veel indirecte medewerkers en deze waren gegroepeerd in centrale staf- en ondersteunende diensten. Deze indirecte medewerkers: de verpleegkundigen, verzorgenden en huishoudelijk medewerkers, et cetera. Dit primaire proces was georganiseerd in sterk gescheiden afdelingen die ieder een onderdeel van het zorgproces uitvoerden. Door het primaire proces op te knippen in kleine stukken, was de afstemming tussen afdelingen tijdrovend en verliep die dikwijls moeizaam. Deze wijze van organiseren kan slechts met veel moeite op een dynamische omgeving reageren. Met het toenemen van de omgevingsdynamiek nemen ook de afstemproblemen toe. Naast het feit dat deze organisaties betrekkelijk inflexibel zijn, gaat deze aanpak ten koste van de doelmatigheid. De sterke stijging van de kosten van de zorg en de trage, uniforme respons op de veranderende zorgvraag wordt gezien als een bedreiging voor de continuïteit van zorgorganisaties. Behoud van toegankelijkheid van zorg kan slechts gerealiseerd worden indien er voldoende gekwalificeerde en betrokken medewerkers beschikbaar zijn. De moeizame afstemming tussen afdelingen, de sterke functiedeling, het gebrek aan regelvermogen bij uitvoerend medewerkers hebben een negatief effect op de betrokkenheid van medewerkers bij hun werk, het verhoogt de werkdruk, het ziekteverzuim en de verloopintentie naar een andere baan.

In het voorgaande is gesteld dat de doelmatigheid van het zorgproces, de door de klant ervaren kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van het werk van de zorgmedewerkers dient te verbeteren. De antwoorden op deze veelheid van eisen zal gevonden moeten worden in herinrichting van de organisatie en de bedrijfsprocessen. Het gebruikelijke antwoord van bureaucratische organisaties is het verder doorvoeren van arbeidsdelen en de introductie van een extra hiërarchisch niveau om aan de gestegen regelbehoeften tegemoet te komen. De toename van het aantal coördinatiepunten resulteert in verdere vermindering van de flexibiliteit. En dat staat haaks op een mogelijke oplossing. Andere organisatieprincipes zijn nodig om genoemde kwaliteiten te bereiken. De probleemstelling is nu of een ander organisatieconcept wel kan leiden tot verbetering op de diverse terreinen en een dergelijke benadering het mogelijk maakt om gelijktijdig tegemoet te komen aan de uiteenlopende eisen: meer en (kwalitatief) betere zorg voor (relatief) minder geld en met tevreden medewerkers.

1.4 Hypothese en vraagstelling


Vervolgens dient uit de verschillende concepten gekozen te worden. Er is geen vergelijkingen onderzoek waarbij de drie concepten naast elkaar onderzocht en beproefd worden. Derhalve zal op inhoudelijke gronden voor een organisatieconcept gekozen moeten worden dat beargumenteerd de meeste kans biedt op de gewenste resultaten.

Uit de keuze voor een specifiek organisatieconcept kan geen waardeoordeel over andere organisatieconcepten worden afgeleid; deze zijn immers niet vergelijkend onderzocht. In dit onderzoek is gekozen voor de Moderne Sociotechniek als theoretisch perspectief. Met deze theorie als uitgangspunt is een organisatie-ontwerp gemaakt en geïmplementeerd. De volgende overwegingen liggen hieraan ten grondslag:

1. In de sociotechniek wordt niet alleen aandacht besteed aan verbetering van de economische prestaties, maar ook aan het aanboren van het menselijk potentieel. Het gaat hierbij om twee kanten van dezelfde medaille. Dit is een wezenlijk uitgangspunt in de sociotechnische theorievorming. Deze integrale benadering blijkt ook uit het feit dat er geen specifieke focus is op aspecten als kwaliteit, logistiek of human resources. Op alle aspecten wordt een verbetering beoogd.

2. In de sociotechniek worden niet alleen prestatievelden weergegeven, maar wordt ook een gedegen fundament voor de praktijktoepassing in de vorm van principes en ontwerpregels uiteengezet.

3. Bij de sociotechnische analyse worden probleemstellingen van de traditionele organisatie (zie ook § 3.1) beschreven die ook aan de orde zijn bij zorgorganisaties.

4. In de sociotechnische theorie neemt kwaliteit van de arbeid, met name gedefinieerd door het inbouwen van regelcapaciteit in functies, een dominantie plaats in. Deze regelcapaciteit van teamleden is noodzakelijk omdat de dienstverlening in de thuiszorg op individuele basis en bovendien geografisch verspreid plaatsvindt. Gedetailleerde sturing door een teamleider is daarbij onmogelijk. Bovendien is met de toekomstige schaarste aan personeel, het bieden van een goede kwaliteit van de arbeid een strategische prestatie-eis.

5. De sociotechnische theorievorming en toepassing heeft inmiddels een geschiedenis van een halve eeuw. Daarmee is deze bedrijfskundige stroming te benoemen als niet-mode gevoelig, al is het natuurlijk zo dat de belangstelling voor deze theorie door de tijdgeest kan variëren, in tegenstelling tot sommige bedrijfskundige benaderingen die met dezelfde...
snelheid verdwenen als zij hun populariteit verkregen. Daarbij meer gelijkend op een modegril dan op een gefundeerde theorie.


In dit onderzoek wordt de hypotheese gesteld dat door het toepassen van het sociotechnisch organisatieconcept in een grotere thuiszorgorganisatie zowel de doelmatigheid van de zorguitvoering, de klantenwaardering, als de beoordeling van de kwaliteit van het werk van de zorgmedewerkers zal kunnen verbeteren.

De onderzoeksvraag luidt nu:

Leidt invoering van het sociotechnisch organisatieconcept, in het bijzonder het aspect van de ‘teambased’ organisatie, in een thuiszorgorganisatie tot een verbetering van zowel de doelmatigheid van de zorguitvoering, de waardering van de zorg door de klanten, als de beoordeling van de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers?

1.5 Onderzoeksaanpak

In de onderzoeksvraag zijn verschillende aspecten besloten: op inhoudelijke gronden is de keuze gemaakt tot invoering van een andere werkwijze op teamniveau, conform de principes van de sociotechniek. Aan de hand van een gevalstudie dient de deelvraag beantwoord te worden of het implementeren van het teambased organisatieconcept in de praktijk mogelijk is. Het beschrijven van de organisatie vóór en na de invoering van het teambased concept en het veranderingsproces om dit te realiseren is een descriptieve studie. Vastgesteld moet worden of de organisatie na de implementatie voldoet aan de kenmerken van het teambased concept. Wanneer uit de gevalstudie blijkt dat invoering niet mogelijk is of in de praktijk niet gerealiseerd kan worden, kan de conclusie getrokken worden dat in de betreffende thuiszorgorganisatie het teambased concept geen bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de prestaties.

Indien daarentegen uit de gevalstudie blijkt dat invoering als zodanig wel succesvol is verlopen en de nieuwe organisatie aan de kenmerken conform het theoretisch concept voldoet, kan de tweede vraag beantwoord worden. Deze tweede vraag is of invoering ook daadwerkelijk tot de gewenste resultaten leidt, dat wil zeggen: leiden de organisatorische veranderingen tot de gewenste verbetering ten aanzien van de parameters: doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een evaluatief onderzoek nodig waarbij via herhaalde metingen deze parameters vooraf, tijdens en achteraf worden gemeten (zie tabel 1.1).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 1.1 Vergelijkende effectstudie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SITUATIE VOOR VERANDERING</td>
</tr>
<tr>
<td>Metingen</td>
</tr>
<tr>
<td>Situatie voor verandering</td>
</tr>
<tr>
<td>Metingen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Dit onderzoek kan normatief of relatief getoetst worden. Normatief of criteriumgeoriënteerd wil zeggen dat vooraf een norm wordt gesteld en dat deze norm als toetscriterium wordt gebruikt. Het onderzoek is geslaagd als deze norm wordt bereikt. Relatief wil zeggen dat de beoogde effecten, de gewenste verbeteringen worden vergeleken met een controlegroep en nagegaan wordt of de effecten meer optreden in de experimentele groep dan in de controlegroep. In dit geval is sprake van een vergelijkende effectstudie. Deze vorm van evaluatie is hier gebruikt.

Na afronding van deze beide onderzoeken, de descriptieve studie en het evaluatieonderzoek kan een terugkoppeling naar de theorie gemaakt worden: heeft het sociotechnische concept daadwerkelijk bijgedragen aan het verbeteren van de prestaties en kunnen uitspraken gedaan worden met betrekking tot deze theorie? (zie figuur 1.2).

1.6 Leeswijzer

De onderzoeksrapportage is als volgt opgebouwd (zie ook figuur 1.2). Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de (thuis-)zorg die de grondslag vormen van de toenemende prestatie-eisen aan thuiszorgorganisaties en daarmee de aanleiding vormen voor de verandering. De theorie die ten grondslag ligt aan de in gang gezette verandering, de moderne sociotechniek en een teambased organisatieconcept, is in hoofdstuk 3 uiteengezet. In hoofdstuk 4 wordt de uitgangssituatie beschreven: een thuiszorgorganisatie die op traditionele wijze is georganiseerd alsmede de problemen die er zijn met het inspelen op de veranderde en veranderende omstandigheden. Het ontstaan van zorgorganisatie Sensire komt aan de orde en haar knelpunten bij de traditionele organisatievormgeving - de uitgangssituatie - in combinatie met moderne prestatie-eisen. Deze toenemende prestatie-eisen zijn een ‘driver’ voor de ontwikkeling van de organisatie van Sensire.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De nieuwe organisatie is beschreven in hoofdstuk 5; de weg naar de nieuwe situatie, de verandering, is het onderwerp in hoofdstuk 6. De methodologische aspecten van het onderzoek naar de effecten van de organisatieverandering zijn beschreven in hoofdstuk 7. De kwantitatief gemeten resultaten die voortvloeien uit de organisatie-ingreep zijn weergegeven in hoofdstuk 8. Tenslotte wordt in het laatste hoofdstuk 9 de eindconclusie gepresenteerd en worden enige overwegingen te berde gebracht met betrekking tot het behoud van de toegankelijkheid van de thuiszorg in toekomst door het verder doorborduren op de zogenaamde ‘High Tech – High Touch’ benadering.

Ter illustratie is bij dit proefschrift een DVD bijgevoegd waarin de nieuwe organisatie visueel wordt weergegeven in twee korte films: In ‘De medewerker als ambassadeur’ komen medewerkers van een zelfsturend team aan het woord en in ‘Een nieuwe kijk op zorg’ wordt een voorbeeld van de inzet van nieuwe vormen van ICT in de thuiszorg gepresenteerd.
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in de (thuis-)zorg


2.1 Maatschappelijke trends: individualisering en hogere eisen

**Individualisering**


De individualisering van de maatschappij gaat hand in hand met toenemend calculerend gedrag van de burger (Nelissen & Dragt, 1993). Olson (1971) stelt dat bij de productie van collectieve goederen 'liftersgedrag' kan optreden. 'De actor zal zelf niets bijdragen, indien de door anderen geproduceerde hoeveelheid goed zo groot is, dat de marginale kosten van zijn eigen productie groter zijn dan de marginale opbrengsten. …… In een grote groep gaan actoren er vaak van uit dat anderen wel voldoende zullen produceren van het collectieve goed, zodat zij van een bijdrage aan de tostandkoming kunnen afzien'. Onder andere door dit 'calculerend burgerschap' en 'meeliftersgedrag' is de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat in het gedrang gekomen. 'Er is sprake van economische, bestuurlijke en ideologische kritiek op de verzorgingsstaat' (Van den Hout, 2001). De economische kritiek richt zich op de kosten van de verzorgingsstaat die uit de hand dreigen te lopen (in 1983 gestegen tot het historische hoogtepunt van 70 procent van het bruto nationaal product, waarvan 33 procent voor sociale zekerheid). De bestuurlijke kritiek richt zich op het functioneren van de overheid en op de onbestuurbaarheid van de door de overheid in het leven geroepen verzorgingsstaat. De ideologische kritiek richt zich op de waarden die ten grondslag liggen aan de verzorgingsstaat.

Het bestaansrecht van de verzorgingsstaat staat ter discussie en de vraag is of de vrije markt de zogenaamde publieke taken niet beter kan regelen. Zowel de socialistische als de confessionele partijen worden beïnvloed door de neo-liberalistische tijdgeest (Van den Hout, 2001). Daarmee is de solidariteitsgedachte in de samenleving, en dus ook in de politiek, minder prominent aanwezig en dat heeft onder andere als gevolg dat allerlei collectieve voorzieningen worden afgebouwd of versoberd.


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De verbanden in de samenleving zijn niet alleen losser maar ook meer divers geworden.

Kabinet Balkenende II vindt dat de individualisering van de samenleving onvoldoende gelijke tred heeft gehouden met de noodzaak om mensen en hun maatschappelijke verbanden ook verantwoordelijkheid te laten nemen. Voor de zorg is dat volgens het kabinet niet anders (Ministerie van VWS, 2004).

**Klanten stellen hogere eisen**


In het algemeen stelt de omgeving dus hogere eisen aan prestaties van organisaties. In de zorg komen daar een aantal specifieke ontwikkelingen bij.

### 2.2 Ontwikkelingen in de zorg

Er zijn serieuze problemen in de zorg op komst bij ongewijzigd beleid. De vraag naar zorg en ondersteuning van burgers neemt totaal toe als gevolg van de vergrijzing.


Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met behulp van gegevens van het SCP, Sociaal Cultureel Planbureau, (Ministerie van VWS, 2004a) twee
scenario’s ontwikkeld met betrekking tot de ontwikkeling van de AWBZ-premie bij ongewijzigd beleid.


Volgens het SCP (de Klerk, 2004) is de behoefte - de potentiële vraag - aan extramurale ouderenzorg bij thuiswonende ouderen driemaal zo groot als nu wordt geleverd. En alhoewel weliswaar momenteel sprake is van een positief klantenoordeel over de kwaliteit van de geleverde thuiszorg, mag op basis van het feit dat jongere klanten kritischer zijn over de dienstverlening (Poerstamper en Kerkstra, 2002) verwacht worden dat de toekomstige klanten veeleisender zullen zijn. Onder de term ‘empowerment’ signaleert PricewaterhouseCoopers een toenemend verwachtingspatroon en voortgaande individualisering van klanten in de zorg (PricewaterhouseCoopers, 2002). Klanten willen meer diversiteit, flexibiliteit en variatie van zorg. Dat betekent dat iedere zorgvrager een ‘uniek’ aanbod van zijn of haar zorgaanbieder zal willen ontvangen. Het is voor de continuïteit van zorgorganisaties van belang om zorg te leveren die aansluit bij de verwachtingen en wensen van hun klanten.

Door de gestegen vraag naar zorg, de roep om meer maatwerk door de zorgconsument en het beperkte aanbod van standaardzorg is het ‘gat’ tussen vraag en aanbod in kwalitatieve en kwantitatieve zin steeds groter geworden. Dit heeft ertoe geleid dat steeds meer zorgvragers ertoe overgaan hun eigen zorg ‘zelf te organiseren’. Met name daardoor neemt het aantal houders van een Persoons Gebonden Budget (PGB) toe (SVB, 2003). Ook de ingevoerde keuzevrijheid en de hogere eigen bijdragen voor klanten stellen hogere eisen aan zorgorganisaties in termen van kwaliteit en doelmatigheid van zorg- en dienstverlening.

2.2.1 Modernisering AWBZ

Aanspraken op langdurige zorg van verzekerden is bij wet - de AWBZ - geregeld. De kosten voor zorg en welzijn worden in Nederland nog voor het grootste gedeelte gefinancierd vanuit algemene belastingheffing (AWBZ-premieheffing, algemene belastingmiddelen voor het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en het Gemeentefonds). Via de jaarlijkse ‘Zorgnota’ bepaalt de rijksoverheid de beleidsprioriteiten en daarmee de besteding van het beschikbare budget. Het regionale ‘Zorgkantoor’ regelt de toewijzing van de zorg en de toegang tot de zorgvoorzieningen. Het zorgkantoor is een organisatie die onder andere verantwoordelijk is voor het toekennen van en toezicht houden op de besteding van AWBZ-middelen door diverse zorgaanbieders in een bepaalde regio. Het beheer van een zorgkantoor wordt in de regel uitgevoerd door de grootste regionale zorgverzekeraar in de betreffende regio. Tot voor enkele jaren werden instellingen in de gezondheidszorg in Nederland budgetgefinancierd. Door de overheid toegelaten instellingen leverden voor een tevoren vastgesteld budget een, via productieafspraken vooraf overeengekomen, hoeveelheid zorg. Het resultaat was een aanbod gestuurd stelsel van zorg met veel regels en voorschriften: standaardzorg en gelijke toegankelijkheid voor iedereen. Er was geen sprake van rechtstreekse concurrentie tussen instellingen voor gezondheidszorg; de zorgconsument had geen keuze tussen verschillende zorgarrangementen of zorgleveranciers.

Het overheidsbeleid was gericht op stabilisering van verpleeghuiscapaciteit, afbouw van verzorgingshuiscapaciteit en meer algemeen op kostenbeheersing. Dit beleid resulteerde in groeiende wachtlijsten (Kösters e.a, 2003).

De bekostiging van instellingen verschuift nu of is al verschoven van budget- naar outputfinanciering. Dat is een omslag naar ‘boter bij de vis’: betaling per eenheid ‘geleverd
product’. Daardoor heeft het denken over (thuis)zorg als een logistiek proces een impuls gekregen (Snijders e.a., 2002). In dit logistieke proces zijn organisatie en planning van zorg belangrijk. Het is van directe invloed op productiviteit, op wachtijden voor de patiënt en op doorlooptijden van behandelingen. Dit geldt in de thuiszorg evenzeer als voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Bij de sectoren waar het ‘boter bij de vis’ principe is ingevoerd, de ziekenhuizen, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, heeft dit geleid tot grote versnelling in de groei van de zorguitgaven (VWS/Financiën, 2003).


2.2.2 Schaarse medewerkers steeds belangrijker en veeleisender

Een belangrijke demografische ontwikkeling voor de ouderenzorg is de vergrijzing. De andere kant van de medaille van vergrijzing is ontgroening en die leidt tot afname van het beschikbare arbeidspotentieel. De samenleving bestaat dan, absoluut en relatief, uit minder jongeren. Het huidige personeelsbestand - de meeste uitvoerende medewerkers in de thuiszorg zijn vrouw en werken in deeltijd - verouderd en de instroom van jonge medewerkers daalt, terwijl er sprake is van toename van de vraag naar zorg en daarmee een stijgende behoefte aan zorgvrouwiend personeel. In 2003 werkten in de zorg in Nederland 563.000 medewerkers (309.000 FTE’s). Bij ongewijzigd beleid zouden dat in 2020 1.176.000 medewerkers (625.000 FTE’s) moeten zijn om aan de zorgvraag tegemoet te komen, maar de potentiële beroepsbevolking, burgers van 20 tot en met 64 jaar, groeit slechts in geringe mate (Ministerie van VWS, 2004). Het ministerie van VWS gaat bij dit scenario uit van een noodzaak van meer dan een verdubbeling van het aantal in de zorgsector werkzame personen tussen 2003 en 2020 (Ministerie van VWS, 2004)

Kortom, indien de sector er niet in slaagt doorbraken te forceren in een andere aanpak en substantiële vergroting van productiviteit van uitvoerend personeel, dan zal veel meer personeel in de AWBZ-sectoren moeten werken dan thans het geval is.

De thuiszorgsector is arbeidsintensief: 88 procent van de huidige totale kosten van thuiszorgorganisaties bestaat uit personeelsgerelateerde kosten (Wilders en Voetelink, 2004). De beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde medewerkers is daarmee essentieel voor het beantwoorden van de toenemende vraag naar thuiszorg.


Om te kunnen blijven voldoen aan de zorgvraag is het allereerst noodzakelijk de huidige medewerkers te behouden en vervolgens vele nieuwe medewerkers aan te trekken. De kwaliteit van het werk van zorgmedewerkers is daarom van vitaal belang voor behoud van de toegankelijkheid van de zorg. Bij tekorten aan gekwalificeerde zorgmedewerkers neemt de noodzaak tot meer doelmatigheid bij de inzet van de schaarse capaciteit toe.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

De toenemende eisen aan werk

Ook de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt hebben de afgelopen jaren de belangstelling voor concepten van ‘teambased’ werken en het laag in de organisatie leggen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, verder aangewakkerd (Peters, 1997). Medewerkers willen werk met meer zelfstandigheid, meer variatie en meer verantwoordelijkheid. Voor afstompend werk met een hoog repeterend karakter, korte cycli en weinig regelmatigheden, zijn nauwelijks nog werknemers te vinden. Aspecten buiten het werk, met name gezin, hobby’s, nemen een steeds belangrijker plek in het leven van mensen in. Modern werk is werk dat in lijn is met de eigen competenties en aspiraties. Door het elimineren van hiërarchische lagen in organisaties is er minder gelegenheid voor verticale groei. De ontwikkeling van veel medewerkers dient dan horizontaal of in de eigen functie plaats te vinden. Werkgevers die ook in de toekomst over voldoende gekwalificeerd personeel willen beschikken, spelen in op deze ontwikkelingen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
2.3 Ontwikkelingen in de thuiszorg

2.3.1 Meer eigen verantwoordelijkheid en deelname van burgers

De in de voorgaande paragrafen geschetste trends zijn duidelijk zichtbaar in de thuiszorg, misschien zelfs in versterkte en versnelde mate. Thuiszorg gaat een steeds belangrijkere plaats innemen in de zorgverlening aan ouderen. De meeste ouderen in Europa wonen zelfstandig. Dit kan veroorzaakt worden door een gebrek aan zorgvoorzieningen waarbij de zorg wordt overgelaten aan familie of het kan een gevolg zijn van bewuste bevordering van de zelfstandigheid van ouderen. Ook de kosten en baten van extramuralisering van zorg spelen een rol. In alle West-Europese landen is in meer of mindere mate thuiszorg beschikbaar voor zelfstandig wonende ouderen. In veel landen wordt de thuiszorg beleidsmatig gestimuleerd (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2003).

Ook in Nederland is sprake van een groeiend aantal zelfstandig wonende ouderen. Enerzijds neemt het aantal ouderen toe en worden ouderen steeds ouder, terwijl anderzijds de laatste jaren juist het aantal verzorgingshuisplaatsen is afgenomen. In de periode 1998 – 2002 bedroeg de stijging van het aantal thuiszorggebruikers 18 procent; 4 procent door demografische ontwikkeling en 14 procent als gevolg van beleid (SCP en SEO, 2004). Ouderen blijven soms noodgedwongen zelfstandig wonen omdat er een tekort is aan verpleeghuisbedden of verzorgingshuisplaatsen. Opname is dan niet mogelijk en in veel van deze gevallen ontvangen ouderen voor korte of langere tijd zogenaamde ‘overbruggingszorg’ in de vorm van thuiszorg. Voor sommigen wordt die vorm van ‘second best’ zorg toch uiteindelijk de ‘first best’ zorg. De huishoudelijke, verzorgende en (wijk-) verplegende hulp wordt meestal door thuiszorgorganisaties geleverd.


Een keerzijde van de wachtlijstreductie is de eerder beschreven sterke stijging van de kosten van de AWBZ. Het kabinet is van mening dat voortgang van dit tempo van toename van de kosten zal leiden tot onbetaalbaarheid van de AWBZ en heeft een aantal kostenbeperkende maatregelen uitgevaardigd. Hierbij dient onder andere gedacht te worden aan de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorgklanten en het invoeren van efficiencykortingen voor zorgorganisaties. Een ander voorbeeld van pogingen van de overheid tot afremming van de AWBZ 2005 – 2007, waarbij met diverse sectoren is overeengekomen de groeiruimte voor AWBZ 2005 te beperken en in de komende drie jaren jaarlijks 1,25 procent meer klanten voor hetzelfde budget te helpen (Ministerie van VWS, 2004b). Ook de nieuwe wijze van indiceren (LVIO, 2003) heeft geleid tot minder geïndiceerde zorg.

Ondanks de toenemende individualisering en forse budgetoverschrijdingen is het kabinet Balkenende II voornemens de solidariteit van gezonde mensen met gehandicapten, zieken en psychiatrische patiënten te behouden (Ministerie van VWS, 2004). Het kabinet wil op een beheerste manier zorg en ondersteuning kunnen blijven bieden aan mensen die dat echt nodig hebben en kiest daarbij voor een drieslag:

- mensen die dat kunnen dienen meer dan nu het geval is zelf oplossingen te bedenken in de eigen sociale omgeving voor problemen die zich voordoen: groter aanzien op eigen draagkracht. Een aantal verzekerde rechten - zoals huishoudelijke hulp - verdwijnt
- gemeenten moeten zorgen voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor inwoners die niet in staat zijn in bepaalde situaties zelf of samen met anderen oplossingen te realiseren: de gemeente heeft de regierol en koopt in beginsel de zorg- en dienstverlening bij particuliere organisaties
- de rijksoverheid zorgt voor een AWBZ die verzekert waarvoor ze oorspronkelijk bedoeld is: zware chronische en continue zorg die grote financiële risico’s voor individuen met
zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is. Daarbij worden meer prikkels gelegd bij het zorgkantoor voor het inkopen van goede en betaalbare zorg.


2.3.2 Innovatie en technologiemogelijkheden


De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT, 2000) is van mening dat inzet van thuiszorgtechnologie zowel de klant als de medewerker in de thuiszorg kan ondersteunen. Daarbij wordt gedacht aan het op afstand bedienen van voorzieningen in de woning, het op afstand monitoren van lichaamsfuncties van de klant en de mogelijkheid van directe verbinding, audiovisueel, voor consult en instructie. Veelal is de kosteneffectiviteit van die voorzieningen hoog. Door onder andere belemmeringen op het vlak van regelgeving en financiering, onbekendheid met nieuwe technologische mogelijkheden en het primair besteden van beschikbare middelen aan wachtlijstverkorting, heeft de feitelijke implementatie van nieuwe technologie nog geen grote vlucht genomen (LVT, 2000).


‘E-health refers to the use of modern information and communication technologies to meet needs of citizens, patients, healthcare professionals, healthcare providers, as well as policymakers’ (European Commission, 2003).

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

Dit betekent substantiële investeringen in informatiesystemen, technologische toepassingen en een ketenbrede ICT-infrastructuur.

Met betrekking tot ICT is het huidige investeringsniveau volstrekt ontoereikend om de vereiste effecten te bereiken (Arcares, 2002). Om te anticiperen op het dreigende personeelstekort zijn grote investeringen in geld en kennis nodig om introductie en innovatie van technologie in de zorg te realiseren.

2.4 Hogere eisen aan thuiszorgorganisaties

2.4.1 Benchmark maakt geleverde prestaties transparant

Een steeds luider klinkende externe eis die aan organisaties wordt gesteld, is die van publieke verantwoording. De roep om transparantie, het afleggen van verantwoording met betrekking tot besteding van middelen doet zich ook gelden in de gezondheidszorg.

De Commissie Health Care Governance heeft aanbevelingen gedaan die onder andere moeten leiden tot meer duidelijkheid met betrekking tot de mate waarin zorginstellingen presteren (Commissie Health Care Governance, 1999). Het ministerie van VWS en de brancheorganisaties van de thuiszorg zijn overeengekomen door middel van benchmarkonderzoek helderheid te verschaffen in de bedrijfsvoering en de prestaties van de sector. Aanvankelijk zijn deze bedrijfsvergelijkingen ingevoerd als alternatief voor de introductie van marktwerking. Het benchmarkonderzoek heeft ook tot doel aan het management van thuiszorginstellingen informatie te leveren voor verbetering van hun bedrijfsvoering (Poerstamper en Kerkstra, 2002). Bovendien wordt getracht door middel van de benchmark inzicht te verschaffen in het functioneren van de sector als geheel. De verzamelde informatie biedt ook een basis voor de tariefstelling van maximum tarieven door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg). Nu ook benchmarkonderzoeken in andere...
sectoren van de gezondheidszorg worden uitgevoerd, behoren vergelijkingen tussen sectoren steeds meer tot de mogelijkheden.

Inmiddels is de Benchmark Thuiszorg een geaccepteerd beoordelingsinstrument voor de ‘performance’ van thuiszorgorganisaties en de standaard in deze branche. Na invoering van de benchmark is overigens alsnog gestart met de introductie van marktwerking. In 1999 is een eerste landelijk benchmarkonderzoek thuiszorg uitgevoerd. In 2002 en in 2005 zijn soortgelijke onderzoeken verricht en het is de bedoeling deze onderzoeken periodiek te herhalen.

De instellingsspecifieke einduitkomsten van deze onderzoeken worden in toenemende mate opgeëist door zorgkantoren, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties. Op zorgorganisaties die minder dan ‘best-practise’ presteren, wordt vervolgens druk uitgeoefend om beter te gaan presteren.

De benchmark zet organisaties daarmee op een bepaalde manier in de schijnwerpers. Omdat instellingen steeds meer worden ‘afgerekend’ op hun performance moeten zij zich derhalve inspannen om een goede score te behalen in het landelijke benchmarkonderzoek.

2.4.2 Hogere eisen aan thuiszorgorganisaties

De snel groeiende collectieve kosten (AWBZ) van de gezondheidszorg worden door de overheid afgeremd met het oog op de komende vergrijzing, de internationale concurrentiepositie van Nederland en de overtuiging dat burgers meer eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen zoals geformuleerd in het regeerakkoord Kabinet Balkenende II (2003).

Versterking van de eigen verantwoordelijkheid en afremmen van de collectieve kosten van de gezondheidszorg wordt onder andere nagestreefd door het verkleinen van het AWBZ-pakket, het ontmoedigen van de vraag naar zorg, door verhoging van de eigen bijdragen van burgers bij hun beroep op het collectief verzekerde deel van de volksgezondheid en het verscherpen van criteria waarbij een zorgindicatie wordt afgegeven (LVIO, 2003).

In het kader van de grote overheidsoperatie MDW (Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) wordt steeds meer marktwerking geïntroduceerd in de gezondheidszorg. Daarmee wordt beoogd de doelmatigheid en de klantgerichtheid in de zorg te vergroten en innovatie te stimuleren. Verzekeraars concurreren met elkaar op basis van de premiehoogte, kwaliteit en dekking van de aanvullende polis. De afdelingen die bij de zorgverzekeraars de zorg inkopen worden in hoog tempo geprofessionaliseerd om tegen scherpe condities zorg in te kopen bij zorgaanbieders. De contracteerplicht is vervallen. Zorgvragers kunnen steeds vaker kiezen uit verschillende zorgaanbieders die met elkaar in concurrentie verkeren. Deze zorgorganisaties kunnen er niet langer van uitgaan dat zorgklanten ‘als vanzelf’ de zorg bij hen afnemen.

Daar waar onder andere de toetredingsdempels voor nieuwe aanbieders het laagst zijn (door bijvoorbeeld geringe noodzaak van investeringen of beschikbaarheid van personeel), zal de concurrentiedruk het snelst toenemen. Dit is met name het geval bij de thuiszorg, waar 70 procent van de omzet bestaat uit huishoudelijke diensten en verzorgende werkzaamheden (Timmermans en Woittiez, 2004). Geen moeilijk toegankelijke markt wat kennis betreft; investeringen zijn nauwelijks vereist om te kunnen starten. In dit kader fungeert de thuiszorgsector als speerpunt in het overheidsbeleid van introductie van marktwerking in de zorg.

Het prijsmechanisme als gevolg van marktwerking werkt slechts in de door de beleidsmakers gewenste richting bij - enig - overaanbod of tenminste dreiging daarvan. Bij (groot) tekort aan personeel is de vraag naar zorg groter dan het aanbod en zal de prijs vervolgens juist stijgen in een situatie van volledige marktwerking en onvoldoende substitutiemogelijkheden. Immers, gelijk gebeven aanbod zal, bij toeneming van de vraag naar een goed, de prijs de neiging tot stijging vertonen (Hulleman en Marijs, 1994).
De rol van de zorgkantoren wordt meer die van inkoper van zorg. In plaats van doorgeefluik van AWBZ-gelden en bewaker van richtlijnen en procedures te zijn, gaan zij zich steeds meer gedragen als zorginkopers met als doel het inkopen van kwalitatief verantwoorde zorg tegen scherpe prijzen. Door meer partijen te contracteren, proberen de zorgkantoren de zorgaanbieders onder druk te zetten om hun tarieven te verlagen.

De bedrijfsvoering van zorgorganisaties is met het toenemen van de omgevingsdynamiek, - de introductie van concurrentie en het opheffen van de contracteerplicht - veel complexer en dynamischer geworden. Door de extramuralisering van zorg van verpleeghuizen en verzorgingshuizen stijgt de vraag naar zorg thuis bovengemiddeld. Naar verwachting zal het tekort aan gekwalificeerde medewerkers in de ouderenzorg hierdoor nog groter worden omdat zorg wordt verleend aan verspreid wonende ouderen. Bij een gelijk aantal verzorgenden en verpleegkundigen gaat door reistijdverliezen schaarse zorgproductiecapaciteit verloren. Zorgorganisaties zullen op een krappe arbeidsmarkt moeten concurreren met elkaar en met organisaties die vanuit andere sectoren de thuiszorgmarkt betreden; dat stelt hogere eisen aan de kwaliteit van het door instellingen aangeboden werk voor zorgmedewerkers.

Bij een aantrekkende economie mag er niet zonder meer van worden uitgegaan dat de zorgsector voldoende aantrekkingskracht bezit op de arbeidsmarkt om veel extra medewerkers aan te trekken. Bij economische tegenwind is de arbeidsmarkt gunstiger voor de zorgsector, maar in die omstandigheden ontbreken echter de financiële middelen om in de zorg extra personeel aan te trekken. Op wat langere termijn dreigt vooral in de verzorging een probleem te ontstaan (SCP, 2004).

Kortom, er ontstaat de komende decennia bij ongewijzigd beleid een probleem om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag; enerzijds voor wat betreft de arbeidsmarkt of anderzijds voor wat betreft betaalbaarheid.

2.4.3 Traditionele organisatie-aanpak onvoldoende oplossing

Zorgvragers willen in toenemende mate zorg die is afgestemd op hun specifieke wensen. Door de noodzaak om meer vraaggericht te gaan werken, moeten werkzaamheden in veel meer variaties aangeboden worden. Hierdoor stijgt de onvoorspelbaarheid van zorgorganisaties en daarmee de coördinatiebehoefte. De organisatie heeft als gevolg van deze toegenomen regelbehoefté meer moeite met externe verstoringen. Externe verstoringen zijn in dit verband te omschrijven als situaties die niet verwacht zijn en die een reactie vereisen. Traditioneel ingerichte organisaties hebben de neiging hierop vervolgens met nog verdergaande taakspecialisatie en scheiding van uitvoerende en regelende taken te reageren. Dit leidt bijvoorbeeld tot het verder splitsen van functies in eenvoudiger en moeilijker taken. Een voorbeeld van splitsing is de functie van verpleegkundige. In de thuiszorg worden hierbij onder andere de volgende functies onderscheiden:

- wijkverpleegkundige;
- coördinerend wijkverpleegkundige;
- verpleegkundige in de wijk;
- verpleegkundige individuele gezondheidszorg;
- gespecialiseerd wijkverpleegkundige (bijvoorbeeld voor reuma of diabetes).

In het algemeen is het resultaat van splitsen van functies een groei van het aantal nieuwe eenvoudiger en lagerbetaalde functies (Dagevos, 1995). De bureaucratie neemt daarmee verder toe.

In een traditionele, hiërarchische organisatie voelt de medewerker zich beperkt door de deling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Er is onvoldoende antwoord op een aantal structurele klachten van klanten en door de functie- en taaksplitsing komen er vaak veel verschillende medewerkers bij de klant.

In dit verband is van betekenis dat klanten een hogere waardering voor de medewerkers van thuiszorgorganisaties hebben dan voor de organisaties zelf (Poerstamper en Kerkstra, 2002). De ver doorgevoerde taakverdeling en functiescheiding vergen veel onderling overleg en veel coördinatie en dat kost menskracht en leidt tot verminderde doelmatigheid. Onder andere daardoor zijn klanten minder tevreden over de organisatie van de zorg.

Om de toenemende concurrentie het hoofd te kunnen bieden, is het realiseren van een hoge productiviteit een onderwerp dat hoog op de prioriteitenlijst staat bij zorgorganisaties. Een voor de hand liggende reactie is dan om de uitvoerende medewerkers met name in de zorgproductie in te zetten en alle andere (regel)taken bij hen weg te halen. Uitvoerende medewerkers dienen zoveel mogelijk ‘declarabele uren’ te produceren. Op den duur leidt deze eenzijdige productierichting tot ‘smalle’ functies en ervaren de medewerkers hun werk als slopend (Jongen, 2003). Onderzoek van Braverman (1974) en Coriat (1979) wijst erop dat een gevolg van het door Taylor geïntroduceerde ‘scientific management’ is dat - uitvoerende - medewerkers elke autonomie wordt ontnomen. Daardoor wordt het vakmanschap van medewerkers in toenemende mate uitgehold (zie ook § 3.1).

Standaardisatie van tariefstelling, uniformering van behandelingen en normering van behandeltijden dragen bij aan het versmallen van taken. Het zorgproces wordt opgedeeld in vele kleine deelactiviteiten, elk uitgevoerd door een andere zorgverlener. De zorgverleners voeren geen samenhangende activiteiten uit ten aanzien van een klant en hebben daardoor geen overzicht over het zorgproces van die klant. Ter compensatie is er veel coördinatie nodig; dit verhoogt de kans op kwaliteitsverlies. Door het gebrek aan overzicht zijn er nauwelijks mogelijkheden om zaken rondom het zorgproces te regelen die aansluiten bij de specifieke situatie van de klant. De standaardisatie in de zorg (zoals standaardisatie van tariefstelling, uniformering van behandelingen en normering van behandeltijden) heeft dus een averechts effect. Het conflicteert met een adequate afhandeling van complexe zorgvragen en de roep om maatwerk.

2.4.4 Aanleiding voor heroverweging van de organisatie-aanpak

In dit hoofdstuk is vastgesteld dat klanten steeds meer klantspecifieke en hogere eisen stellen aan de zorg die zij ontvangen van zorgaanbieders. Bovendien moeten zorgaanbieders met name door de modernisering van de AWBZ en de introductie van marktwerking steeds doelmatiger gaan werken. Daarbij worden gekwalificeerde

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
medewerkers schaars en stellen deze medewerkers hogere eisen aan de kwaliteit van hun werk. Zorgorganisaties moeten daarop inspelen om hun huidige medewerkers te behouden en voldoende wervingskracht voor nieuwe medewerkers te ontwikkelen. Met het voortgaan van de technische ontwikkelingen en de uitdagingen waarvoor de zorgsector zich gesteld weet, wordt veel verwacht van technologische innovatie in de zorg. Marktontwikkelingen en complexiteit van systemen hebben geleid tot het ontstaan van grote zorgconcerns, die ook steeds groter zijn geworden. Een ontwikkeling die zich nog steeds voortzet. Het is noodzakelijk een antwoord te vinden op het dilemma tussen grootschaligheid, vereist voor - technologische - innovatie, kostenefficiency en marktkracht, en kleinschaligheid die van belang is voor goede resultaten in het primaire proces. Daarbij draait het met name om het aanbrengen van samenhang tussen individuele werksituaties en moderne managementconcepten binnen zorgorganisaties.
Hoofdstuk 3 Organiseren in een dynamische omgeving

In dit hoofdstuk wordt de achterliggende theorie uiteengezet die noodzakelijk is voor een gedegen herontwerp van organisaties. Zoals in het voorgaande hoofdstuk is behandeld is de omgeving van thuiszorgorganisaties te typeren als dynamisch en complex, met toenemende prestatie-eisen. Op basis van de argumenten uit hoofdstuk 1 sluit de moderne sociotechniek goed aan bij een dergelijke context en het bijhorende ontwerpvraagstuk. Om de sociotechnische benadering goed te kunnen plaatsen, wordt de totstandkoming van deze theorie vanuit een traditionele vorm van organiseren, kort beschreven. Vervolgens worden de uitgangspunten van sociotechnische structuurbouw uiteengezet. In § 3.3 wordt met behulp van de ontwerpketen ingegaan op de aanpak van het ontwerpproces. Daarna worden de resultaatgebieden van de sociotechniek behandeld. Hierbij speelt de integrale benadering een belangrijke rol. Vervolgens wordt de kwaliteit van de arbeid verder uitgewerkt, omdat arbeid in de thuiszorg in veel opzichten van groot belang is. En hoewel sociotechniek meer is dan het werken in teams, zijn teams als bouwsteen van de organisatie zo belangrijk dat ook dit aspect nader wordt uitgewerkt. Tenslotte wordt ingegaan op organisatieverandering. Het is wezenlijk dat de veranderstrategie past bij de omstandigheden van de te veranderen organisatie.

3.1 Traditionele organisatie-inrichting

Tussen de Eerste en de Tweede Wereldoorlog is een sturingsmechanisme ontstaan dat ook wel ‘Fordisme’ wordt genoemd (Van Gestel, 1996). Dit mechanisme vindt zijn oorsprong in het ‘scientific management’ waarvan Taylor één van de grondleggers is. In die tijd is er een sterke opkomst van industrialisatie en massaproductie met standaardproducten als logisch gevolg van de enorme vraag (Henry Ford: ‘wij leveren elke kleur, zolang deze zwart is’). Tegelijkertijd is er veel ongeschoold personeel beschikbaar. Taylors systeem moet nadrukkelijk gezien worden in de geest van die tijd. Met zijn werk is Taylor één van de meest gesmade en bekritiseerde organisatietheoretici, maar ook één van de invloedrijkste. Taylor heeft grote invloed gehad op het wetenschappelijke terrein van de arbeidsmotivatie en van het taak- en organisatie-ontwerp. Veel theoretische inzichten bouwen voort op zijn ideeën of zetten zich daar juist uitdrukkelijk tegen af. In die zin heeft het Taylorisme ook nu nog veel invloed.

Om te komen tot een maximale productie streefde Taylor naar een uiterste vorm van efficiënt organiseren door vergaande arbeidsdeling. Elke deelactiviteit dient optimale efficient uitgevoerd te worden en door de vergaande splitsing van het werk ontstaan overzichtelijke taken die door studie efficient in te richten zijn. Taylor pleitte daarbij voor het gebruik van tijd- en bewegingsstudie als middel om de werkzaamheden te analyseren en standaardiseren (Morgan, 1986). Drie principes van de klassiek gestructureerde organisatie zijn in dit bestek van speciaal belang (Kuipers en Van Amelsvoort, 1990; zie figuur 3.1):

1. strikte scheiding tussen uitvoerende en regelende functies;
2. splitsing van uitvoerende, respectievelijk regelende functies in kleinere, gespecialiseerde delen;
3. vastlegging van de uitvoerende en ook de regelende activiteiten in maximaal gespecificeerde procedures.

De consequentie van het eerste principe is dat er op uitvoerend niveau geen enkele regelcapaciteit aanwezig is, vanuit het idee dat uitvoerende medewerkers niet meer belast hoeven worden met denkwerk en zich volledig op de productie kunnen concentreren (figuur 3.1).

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

Elk type product of order volgt, afhankelijk van de benodigde bewerkingen, haar eigen unieke route langs de afdelingen. Er is daarmee sprake van een bewerkingssgerichte structuur.

Ook de verschillende ondersteunende stafwerkzaamheden worden opgedeeld in diverse specialistische afdelingen en binnen die afdelingen weer in subafdelingen, met daarbinnen soms weer specialistische medewerkers. Er ontstaat zodoende in de besturing de bekende tradtionele staf-lijnstructuur (Van Amelsvoort, 1993).

De gedachte achter het derde principe is dat er er één optimale routine is om het werk efficient uit te voeren en te regelen. Die moet worden vastgelegd in specificaties zodat iedere medewerker getraind en gecontroleerd kan worden. Gezien de vergaande arbeidsdeling moet worden gewerkt volgens gedetailleerde standaardprocedures om de coördinatie tussen deeltaken in goede banen te leiden (Kuipers en Van Amelsvoort, 1990).


Echter, een organisatie gebaseerd op de Tayloristische benadering van de arbeid met een sterk doorgevoerde arbeidsdeling ondervindt, met name als de omgeving meer dynamiek en

• de prestaties van de organisatie
• de kwaliteit van het werk
• de arbeidsrelaties


De manier van organiseren veroorzaakt zo een gebrek aan betrokkenheid en vervreemding. De focus van puur uitvoerend werk richt zich vervolgens onevenredig op lonen en arbeidsvoorwaarden, die gedetailleerd in regels en procedures moeten worden vastgelegd (Van Amelsvoort, 1999).

Tenslotte is de structuur in traditionele organisaties een hindernis voor de ontwikkeling en instandhouding van goede arbeidsrelaties. De arbeidsdeling heeft zich namelijk ontwikkeld in een richting waardoor (De Sitter, 1982):

• de mogelijkheden inzicht te verwerven in de gang van het productieproces trendmatig afnemen;
• de barrières die toegang belemmeren tot informatie, die voor het voorkomen en/of het oplossen van storingen zou kunnen worden gebruikt, groter worden;
• de speelruimte binnen de arbeidstaken om zelf alternatieve werkwijzen te kiezen of te ontwikkelen trendmatig afneemt.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Teams beter thuis in thuiszorg?

Bij traditionele arbeidsverdeling of inadequate arbeidsdeling zijn er vier negatieve gevolgen voor de arbeidsrelaties (Van Amelsvoort, 1999, zie figuur 3.2):

1. ontstaan van verschillende werelden, bijvoorbeeld de wereld van uitvoerenden enerzijds en de wereld van leidinggevenden en stafmedewerkers anderzijds, door verschillen in werkzaamheden en privileges.
2. moeizame gezamenlijke doelgerichtheid, doordat mensen zich vooral identificeren en binden met directe collega’s, waardoor isolatie van de rest van de organisatie kan optreden en de nadruk komt te liggen op handhaving of versterking van het eigen belang.
3. ineffectieve machtscultuur die ontstaat doordat de regelaars meer inzicht, overzicht en, al dan niet leidinggevende bevoegdheden hebben. Hierbij ontstaat een boven- en onderschikking, waarbij van ondergeschikten wordt verwacht dat ze afwachtend, meegaand en loyaal gedrag vertonen, terwijl bij de bovengeschikten sprake moet zijn van initiatief, managementidentificatie, controle en sturing.
4. moeizame arbeidsverhoudingen, die ontstaan als er binnen het werk geen mogelijkheid tot beïnvloeding van de werksituatie is. Medezeggenschap is los van de organisatie geregeld, zodat er een grote sociale afstand tussen management en medewerkers bestaat, onmogelijkheid van medewerkers en een dagelijkse afhankelijkheid van medewerkers. Dat versterkt de behoefte aan mogelijkheden tot ingrijpen, gebaseerd op machtsconcentratie bij management. Zo worden tegenstellingen tussen management en medewerkers geaccentueerd. Als op centraal niveau dan ook nog gedetailleerde afspraken gemaakt worden over met name arbeidsvoorwaarden en werkgelegenheid, dan vervreemden de medewerkers van de formele overlegorganen.

Traditioneel georganiseerde organisaties kunnen derhalve niet meer tegemoetkomen aan de huidige omgevingseisen (Bolwijn en Kumpe, 1989). Maximale arbeidsdeling is een wezenlijke belemmering om in de huidige complexe en dynamische organisatieomgeving aan de toegenomen prestatie-eisen te voldoen. De volgende paragraaf gaat verder in op het sociotechnisch perspectief waarbij juist minimale arbeidsdeling een belangrijk uitgangspunt is.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
3.2 Structuurverbouw met behulp van het sociotechnisch perspectief

3.2.1 Historie


Ondanks positievere resultaten, ontstond in de praktijk geen grote doorbraak in de vernieuwing van organisaties en verspreiding van het sociotechnische gedachtengoed (Den Hertog, 1977). Enkele belangrijke redenen zijn:

1. de veranderingen vonden plaats in een een geïsoleerd deel van de organisatie; dikkwils op afdelingsniveau en werden gedoogd door het management, maar zelden was er sprake van een actieve steun van het management (Van der Does de Willebois, 1968). Niet zelden werd het experiment georganiseerd binnen de operationele afdelingen en werden de diverse ondersteunende afdelingen niet bij de verandering betrokken, terwijl de herordening van taken en bevoegdheden wel degelijk ook gevolgen voor hen had;

2. de consequenties van meer regelcapaciteit in het operationele proces voor de organisatie als geheel werden niet goed overzien. Met name leidinggevenden voelden zich bedreigd door een dergelijke organisatieontwikkeling, hetgeen zich vertaald in weerstand (Kuipers en Van Amelsvoort, 1990);

3. het praktisch en theoretisch inzicht in sociotechnisch ontwerp en verandering was beperkt. Daardoor waren alleen goedwillende pioniers, veelal bevlogen afdelingschefs, ondersteund door medewerkers van universiteiten, bereid een dergelijk experiment aan te gaan.

Na deze experimentele periode werd in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw met name door De Sitter een theoretisch kader voor analyse en ontwerp van organisaties uitgewerkt. Hij legde een belangrijke basis voor de Nederlandse moderne sociotechniek. Waar de klassieke sociotechniek vanuit een streven naar het vergroten van de efficieny de focus heeft op de kwaliteit van de arbeid door taakontwerp, gaat de moderne sociotechniek meer uit van een integrale benadering. Gericht op het streven naar meer efficiency, kwaliteit, flexibiliteit en innovatie, heeft de moderne sociotechniek haar focus op de kwaliteit van de organisatie, de kwaliteit van de arbeid en de kwaliteit van de arbeidsverhoudingen, vanuit de gehele organisatie als integraal systeem.
3.2.2 Moderne sociotechniek: integrale aanpak

‘Moderne sociotechniek’ en ‘sociotechniek’ zullen in het vervolg van dit onderzoek door elkaar worden gebruikt; hiermee wordt altijd moderne sociotechniek bedoeld. De Sitter hanteert de volgende definitie (De Sitter, 1989):

‘De studie en verklaring van de wijze waarop arbeidsverdeling en technische instrumentatie in onderlinge samenhang, en in relatie tot gegeven omgevingscondities, de mogelijkheden voor de productie van interne en externe functies bepalen en de toepassing van deze kennis bij het ontwerpen en herontwerpen van productiesystemen’.


Bij sociotechniek gaat het om de samenhang: dat wil zeggen een integrale aanpak. Het gaat niet alleen over een verandering van structuur en systemen maar ook over een verandering van gedrag van mensen, hun onderlinge relaties en opvattingen over werk en organisatie. De pijlers, variabelen, zijn als het ware met elkaar verbonden door een touw. Het touw moet omhoog en dat kan alleen door het bij alle pijlers omhoog te schuiven. Dat kan als schoksgewijs de lusjes bij alle pijlers omhoog gaan. De pijler waar het touw het laagst is, bepaalt de voortgang bij de overige pijlers: de hoogte over de hele linie is afhankelijk van de relatieve hoogte van het touw op elke pijler afzonderlijk. Verschillen in hoogte tussen de verschillende pijlers zijn mogelijk, maar de verschillen kunnen niet te groot zijn door de spanning in het touw. Organisatievernieuwing vereist dus interventies op alle pijlers (Van Amelsvoort, 1999).

Zoals in de vorige paragraaf is vastgesteld, neemt met de toename van de complexiteit van de organisatie ook de storingsgevoeligheid toe. Hoe minder een organisatie ‘last heeft’ van interne verstoringen, hoe gemakkelijker de organisatie kan inspelen op toenemende complexiteit en dynamiek in haar omgeving. Het is dus zaak de complexiteit te reduceren.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De kerngedachte van de sociotechnische benadering is gebaseerd op 'law of requisite variety' van Ashby (1969). Deze wet bestaat uit:
1. terugbrengen van de regelnoodzaak door complexiteitsreductie;
2. vergroten van de lokale regelcapaciteit.

Met deze ingrepen kunnen traditionele organisaties met complexere structuren en simpele taken worden omgebogen naar simpeler structuren met complexere taken (De Sitter, 1998).

### 3.3 Integrale ontwerpketen

Om verdere invulling te geven aan sociotechnische ontwerpprincipes wordt de integrale ontwerpketen als uitgangspunt genomen. De integrale ontwerpketen kan als kompas worden gebruikt in de ontwerppraktijk. De keten legt, kijkend vanuit de structuur, de logische ‘volgorde’ vast van een reeks van beslissingen die in het kader van herontwerp genomen moet worden. De keten van ontwerpbeslissingen wordt hieronder verder in kaart gebracht.

Het gaat hierbij om de volgende stappen (Groep Sociotechniek, 1986; Kuipers & van Amelsvoort, 2005):

1. de grensafbakening van de organisatie die object is van herontwerp;
2. het vaststellen van de missie van de organisatie met de daarvan afgeleide doelen en strategie;
3. het vaststellen van de specificaties waarin bij het ontwerp rekening moet worden gehouden. Die specificaties liggen op drie gebieden: de eigenschappen van de orderstroom, de eigenschappen van het primaire proces en de eisen waaraan men moet voldoen bij de verwerking van de orders;
4. het daadwerkelijk ontwerpen van de organisatie. Eerst wordt de structuur van het primaire proces ontworpen en wel vanuit het geheel naar de delen en vervolgens wordt de besturingsstructuur opgebouwd redenerend vanuit de delen in de structuur van het primaire proces naar het geheel;
5. het inrichten van de - technische - systemen, te beginnen met de systemen in het primaire proces, daarna de systemen op het gebied van de besturing en tenslotte de informatiesystemen.

**Ad.1: Grensafbakening**

De eerste stap is de grensafbakening, zodat onduidelijk duidelijk is op welke organisatie, of op welk deel van een grotere organisatie de diagnose of het herontwerp is gericht. Er is sprake van een integrale benadering en daarbij wordt geredeneerd vanuit het geheel naar de delen. Alleen dan kan men de structurele relaties tussen organisatie- onderdelen in beschouwing nemen. De achterliggende gedachte hierbij is dat de oorzaken van veel problemen in organisaties pas goed worden begrepen als de aandacht zich richt op de structurele relaties binnen een systeem en op de relaties van het systeem met het omgeving. De oorzaak van veel problemen wordt niet bij voorbaat gezocht binnen de onderdelen van een systeem maar er wordt gekeken naar de relaties tussen die delen. Problemen worden dus gesitueerd binnen hun structurele context. De Sitter (1982; 1994) constateert dat het merendeel van de bedrijfsvrijheid problemen structureel van aard is, terwijl de bedrijfsvrijheid zich volgens de gangbare indeling in disciplines vooral concentreert op partiële oplossingen. Men zou zich uitsluitend richten op de afzonderlijke taken of afdelingen, dan zou men de relaties daartussen als een gegeven beschouwen. Veel ‘chronische’ organisatieproblemen hebben nu juist te maken met afstemningsrelaties, en structuurontwerp gaat over de herstructurering van de afstemmingsrelaties (Kuipers & Van Amelsvoort, 2005).

**Ad.2: Omgeving en missie, doelen en strategie**

De tweede stap is een beschrijving van de nagestreefde missie, doelen en strategie van de afgebakende organisatie in de omgeving waarin deze opereert. Het is goed denkbaar dat de organisatie niet beschikt over een duidelijk en expliciet geformuleerde missie, met de
daarvan afgeleide doelen en strategie. Ook is het mogelijk dat men behoefte heeft aan een heroriëntatie op dit gebied. Die explicitering of heroriëntatie is nodig omdat deze aangeeft wat voor de organisatie belangrijk is en wat gerichte aandacht vraagt. Bovendien wordt de functie van de organisatie, in termen van bijdrage aan de omgeving nog eens kritisch bekeken. Naarmate de organisatie de strategie adequater kan omschrijven is er in het ontwerpproces meer houvast.

Ad.3: Ontwerpspecificaties
De derde stap is het vaststellen van concreet nagestreefde ontwerpspecificaties als uitgangspunten voor het herontwerp. Deze specificaties worden afgeleid van de missie, de doelen en de strategie. Bij de functie-eisen gaat het om de eisen die aan de organisatie worden gesteld bij de uitvoering van het werk (De Sitter, 1994). Die eisen kunnen liggen op uiteenlopende gebieden. Ze kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met de vereiste flexibiliteit, inventiviteit en beheerstheid. Het is zaak om de ontwerpeisen, ook te zien als veranderdoelen, zo scherp mogelijk te definiëren zodat er een eenduidig beeld is van de gewenste situatie. Dit betekent dat ook, waar mogelijk, ontwerpeisen gekwantificeerd worden.

Ad.4: Structuurbouw
De vierde stap is het herinrichten van de werkprocessen en het zoeken naar de daarbij passende structuren op basis van de nagestreefde ontwerpspecificaties uit stap drie. Bij deze stap wordt de feitelijke structuurbouw ter hand genomen. De structuurbouw op zich, bestaat weer uit verschillende stappen. Een essentieel onderscheid kan worden gemaakt tussen de (her)inrichting van de productiestructuur en de (her)inrichting van de besturingsstructuur. Om te komen tot een passende organisatiestructuur dient eerst de productiestructuur van het geheel naar de delen te worden ingericht (zie figuur 3.4).

![Figuur 3.4 Productie-, Besturings- en Informatiestructuur – ontwerpketen (Kuipers en van Amelsvoort, 1990)](image-url)

Daarna kan de besturingsstructuur worden ingericht, waarbij men juist redeneert vanuit de delen naar het geheel (Groep Sociotechniek, 1986; De Sitter, 1998). De achterliggende logica bij deze volgorde is dat men eerst dient te weten wat er bestuurd moet worden voordat ingevuld kan worden hoe die besturing vorm en gestalte kan krijgen. Bovendien bepaalt de inrichting van de productiestructuur de regel noodzaak en daarmee de behoefte aan besturing. De inrichting van het primaire proces geschiedt vanuit het geheel omdat het van belang is de samenhang tussen de verschillende onderdelen te bewaken. Door de
besturing vanuit de delen in te richten, wordt beter gewaarborgd dat er op lokaal niveau voldoende regelmatigheden zijn om de externe variatie te hanteren.

**A) Productiestruktuur**

Aangrijpingspunt voor het ontwerp van organisaties is het primaire proces. De inrichting van het primaire proces is direct bepalend voor de mogelijkheden van de organisatie om de functies waarvoor zij bedoeld is wel of niet adequaat uit te voeren in de omgeving waarin ze operateert. Het concreet in kaart brengen van het primaire proces als patroon van onderling samenhangende activiteiten kan bij het ontwerp met name aanknopingspunten bieden voor de noodzaak en de mogelijkheden om zo afgerond mogelijke werkprocessen toe te wijzen aan organisatorische eenheden.

Om te komen tot complexiteitsreductie vindt parallellisatie plaats van onafhankelijke, homogene orderstromen - deelverzameling - én reductie van de procescomplexiteit geschiedt door het segmenteren van het proces. Beide kunnen bij iedere ontwerpkeuze een mogelijkheid zijn.

Parallelliseren wil zeggen dat de orderstromen aan de hand van uiteenlopende criteria gegroepeerd worden tot homogene substromen. Het sorteer criterium dat gekozen zal worden is dat criterium dat de meeste complexiteit reduceert. Leliveld en Vink (2000) hanteren de volgende criteria waarop geparallelliseerd kan worden:

- producten/diensten;
- geografische gebieden;
- markten;
- functies;
- technologie.

Dit zijn slechts voorbeelden; de lijst met criteria is in beginsel oneindig omdat in principe op eigenschappen van orders/klanten wordt gesorteerd. Welke criteria gehanteerd worden, is contextafhankelijk. In § 5.3.1 is gespecificeerd welke criteria Sensire gebruikt.

Parallelliseren, het organiseren van productieprocessen in parallelle stromen (zie figuur 3.5), verkleint de storingsgevoeligheid binnen en vooral tussen de verschillende processen. Afzonderlijke productieprocessen worden als het ware om de orderstromen, de bestellingen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

39

In bepaalde gevallen leidt parallelliseren van de orderstroom in gespecialiseerde of identieke subbronnen direct tot groeptaken die door een homogene eenheid verricht kunnen worden. In andere gevallen is het nodig vanwege sociale overwegingen, zoals groepsgrootte, of vanuit technologische overwegingen het proces te segmenteren (De Sitter, 1994). Het ontwerpen van het primaire proces is dus een kwestie van parallelliseren en segmenteren, waarbij de ontwerpeisen voortdurend als richtsnoer dienen.

Bij het herontwerp van grotere eenheden is het handzaam een onderscheid te maken tussen herontwerp op macro-, meso- en microniveau. Dit is een relatief onderscheid en het is ook weer afhankelijk van waar de systeemgrens wordt getrokken.

- **Macroniveau**
  Het gehele systeem dat in beschouwing genomen wordt. Volgens de theorie van de structuurbouw kan men organisaties op macroniveau deconcentreren tot kleinere, zelfstandige eenheden die alle uitvoerende functies in zich dragen om complete producten te maken, diensten te leveren of opdrachten uit te voeren. Op macroniveau kan ook het segmenteren van het proces worden toegepast. Afhankelijk van de omvang van de organisatie leidt parallelliseren of segmenteren tot kleinere eenheden (Kuipers en Van Amelsvoort, 2005).

- **Mesoniveau**
  Ook op mesoniveau wordt onderzocht wat de mogelijkheden van parallelliseren of segmenteren zijn. Op deze wijze kunnen taaksegmenten ontstaan die zoveel mogelijk een afgerond geheel vormen en geschikt zijn voor de toewijzing aan groepen. Het is echter niet altijd mogelijk en verstandig complete producten, diensten of opdrachten te koppelen aan teams. Als de werkprocessen, gegeven de kenmerken van het primaire proces, te complex zijn, dan is het zaak afgeronde delen uit het geheel toe te wijzen aan teams. Afhankelijk van de eigenschappen van het primaire proces zijn op meso-niveau verschillende oplossingen mogelijk om te segmenteren. De Sitter (1994) onderscheidt bijvoorbeeld de segmentstructuren delta-input, delta-output, parallel, dok en serie (zie figuur 3.6).

![Figuur 3.6 Basistypen van externe structuur van segmenten binnen een stroom](image-url)
• **Microniveau**

Nog een aggregatieniveau lager wordt de interne structuur van ieder afzonderlijk segment bestudeerd. Wordt weer een stap lager gegaan, dan is sprake van het niveau van elke afzonderlijke individuele taak. Het is echter doorgaans niet aan te raden om zo ver te gaan. In de eerste plaats kan aan een team, bestaande uit leden met uiteenlopende vaardigheden en talenten, een veel bredere, (hele) groepstaak gekoppeld worden dan aan een individu. Binnen een team kunnen in zekere zin de vruchten geplukt worden van arbeidsdeling, zonder dat de lasten ervan ondervonden worden (Kuipers en Van Amelsvoort, 2005), omdat de arbeidsdeling binnen de werkgroep niet gepaard gaat met structurele complexiteit. De teamleden kunnen immers direct en persoonlijk met elkaar afstemmen. In de tweede plaats kunnen aan een taakgroep vele bestuurlijke, voorbereidende en ondersteunende taken worden toegekend, die overgedragen kunnen worden aan geïsoleerde individuen. Bovendien biedt de groepstaak een context waarbinnen groepsleden desgewenst, bij monotoon werk, meerdere taken kunnen leren zodat er taakoverlap kan ontstaan. Dat betekent niet alleen dat er binnen een team ruimte ontstaat voor leermogelijkheden, maar ook dat groepsleden elkaars werk kunnen overnemen en kunnen gaan rouleren als dat nodig is. Kuipers en Van Amelsvoort (1990) stellen daarom dat een groep de kleinste bouwsteen van de organisatie is.

**B) Besturingsstructuur**

De herinrichting van de besturingsstructuur verloopt, aansluitend bij de nieuwe structuur van de primaire processen, ontwerpkundig gezien van micro- naar meso- naar macroniveau. Eerst wordt onderzocht welke regelcapaciteit op het lokale, operationele niveau van de teams, kan worden gelegd. Daarna wordt het interlokale, structurele regelwerk gealloceerd naar het middenniveau daarboven. Wat dan nog overblijft zijn de globale, strategische regelingen voor de top van de organisatie.

- **Micro-niveau**

Als wordt aangenomen dat het uitvoerend werk moet voldoen aan scherpe functie-eisen ligt het voor de hand om op microniveau te zoeken naar mogelijkheden het regelvermogen van de teams te verhogen. Geschikte taaksegmenten, complete taken of afgeronde delen daarvan, bieden de basis voor een besturingsstructuur met veel regelcapaciteit binnen de teams.

- **Meso-niveau**

Op mesoniveau wordt vooral vanuit de tactische besturing naar de binding tussen de objecten op microniveau gekeken. De onderlinge operationele afstemming tussen de organen op microniveau dient op mesoniveau geborgd te worden (De Sitter, 1994). Dit betekent dat het midden- en het topniveau meer de handen vrij krijgt om zich te concentreren op de interlokale afstemming en op het vertalen van strategie in praktisch beleid (zie figuur 3.7).

![Figuur 3.8: De verdeling van de besturingsdimensies (Van Amelsvoort, 1999)](image-url)

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Het idee is dat de zelfsturende teams in de nieuwe structuur brandjes proberen te voorkomen en als die optreden, teamleden in eerste instantie zelf het bluswerk ter hand nemen. In een sociotechnisch ontwerp worden de besturingsorganen zoveel mogelijk ingericht voor een integrale besturing van de objecten (Van Amelsvoort, 1993). Dat wil zeggen dat de aspectmatige besturingsactiviteiten die betrekking hebben op een object, zo mogelijk worden toegewezen aan één orgaan, dat direct gekoppeld is aan het te besturen object. Hierdoor kunnen alle aspecten van de besturing door het besturingsorgaan in samenhang ten opzichte van elkaar worden afwogen.

- **Macro**

**Ad.5: De (technische) systemen**

### 3.4 Resultaatgebieden

#### 3.4.1 Samenhang in prestaties
De sociotechnische benadering kenmerkt zich niet alleen door een integrale aanpak, maar heeft ook een integrale focus op prestatiegebieden. Er worden drie prestatiegebieden onderscheiden (De Sitter, 1994):

- **kwaliteit van de organisatie:**
  het vermogen om aan de markteisen te voldoen; bijvoorbeeld eisen op het gebied van efficiency, flexibiliteit en innovatie;

- **kwaliteit van de arbeid:**
  het vermogen om stressrisico’s te verlagen en leermogelijkheden te vergroten;

- **kwaliteit van de arbeidsverhoudingen:**
  de manier waarop de verschillende interne partijen met elkaar samenwerken; nadruk op coöperatie in plaats van conflict, het onderling vertrouwen en ‘de belangenbalans’ (zie ook figuur 1.1).
Vanuit de strategische positionering is de organisatievormgeving voorwaardenscheppend voor het behalen van deze resultaten (Van Amelsvoort, 1999, figuur 3.8).


Kwaliteit van de arbeid heeft bijvoorbeeld betrekking op een laag verloop en verzuim van medewerkers en de overeenstemming tussen de kwalitatieve vraag naar arbeid en de sociaal-economische ontwikkeling.
Externe functie-eisen kunnen zodanig worden vertaald in interne functie-eisen dat een productiesysteem aan de externe functie-eisen beantwoordt (zie figuur 3.9). De rechterkolom geeft de interne functie-eisen weer, die voortvloeien uit de externe functie-eisen. De linkerkolom comprimeert de functie-eisen tot de drie resultaatgebieden van de sociotechniek.

3.4.2 Kwaliteit van de arbeid

Deze paragraaf gaat dieper in op de kwaliteit van de arbeid. In § 2.2.2 is reeds vastgesteld dat medewerkers, en daarmee de ‘factor arbeid’, van kardinaal belang zijn voor duurzaam succes van de arbeidsintensieve thuisszorg. Bovendien ziet het ernaar uit dat bij een nauwelijks groeiende omvang van de beroepsbevolking en een sterk toenemende vraag naar zorg, de beschikbaarheid van gekwalificeerde zorgmedewerkers de komende decennia het grootste knelpunt gaat vormen. Aan het verbeteren van de kwaliteit van zorgarbeid dient het management van thuiszorgorganisaties prioriteit toe te kennen. Aan de prestatie-eis ‘kwaliteit van de arbeid’ wordt in dit onderzoek derhalve veel aandacht besteed.

Deze paragraaf gaat dieper in op de kwaliteit van de arbeid. In § 2.2.2 is reeds vastgesteld dat medewerkers, en daarmee de ‘factor arbeid’, van kardinaal belang zijn voor duurzaam succes van de arbeidsintensieve thuisszorg. Bovendien ziet het ernaar uit dat bij een nauwelijks groeiende omvang van de beroepsbevolking en een sterk toenemende vraag naar zorg, de beschikbaarheid van gekwalificeerde zorgmedewerkers de komende decennia het grootste knelpunt gaat vormen. Aan het verbeteren van de kwaliteit van zorgarbeid dient het management van thuiszorgorganisaties prioriteit toe te kennen. Aan de prestatie-eis ‘kwaliteit van de arbeid’ wordt in dit onderzoek derhalve veel aandacht besteed.

Deze paragraaf gaat dieper in op de kwaliteit van de arbeid. In § 2.2.2 is reeds vastgesteld dat medewerkers, en daarmee de ‘factor arbeid’, van kardinaal belang zijn voor duurzaam succes van de arbeidsintensieve thuisszorg. Bovendien ziet het ernaar uit dat bij een nauwelijks groeiende omvang van de beroepsbevolking en een sterk toenemende vraag naar zorg, de beschikbaarheid van gekwalificeerde zorgmedewerkers de komende decennia het grootste knelpunt gaat vormen. Aan het verbeteren van de kwaliteit van zorgarbeid dient het management van thuiszorgorganisaties prioriteit toe te kennen. Aan de prestatie-eis ‘kwaliteit van de arbeid’ wordt in dit onderzoek derhalve veel aandacht besteed.

In het kader van het beoordelen van de kwaliteit van de arbeid, wordt in de literatuur meestal het abstracte begrip arbeidssituatie gehanteerd. Daarbij kunnen vier kenmerken worden onderscheiden: arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden en arbeidsinhoud. In dit onderzoek ligt het accent grotendeels op het laatste kenmerk: de arbeidsinhoud. Dit betreft de aard van de taken en manier waarop ze verricht moeten worden. Daarbij gaat het onder andere om de taakstructuur:

- de uit te voeren deeltaken;
- de regelstructuur: mate van autonomie;
- de samenwerkingsstructuur: ruimte voor contact;
- en de kwalificatievereisten: beroep op kwaliteiten van medewerkers en ruimte voor onttoplooiing.

In dit onderzoek gaat de analyse van de kwaliteit van de arbeid verder dan de studie van de arbeidssituatie; het betreft de gehele organisatie. Immers, ook de invloed die technische en organisatorische processen in het bedrijf op de structuur van de arbeidssituatie hebben, worden hier onderzocht. Welk effect heeft de arbeidsorganisatie op de arbeidssituatie? Onder de arbeidsorganisatie wordt hier verstaan: hoe is het geheel van de te verrichten productieactiviteiten in de organisatie verdeeld over medewerkers en hoe is de coördinatie en afstemming van de verdeelde of opgesplitste taken? De arbeidsorganisatie wordt primair beïnvloed door aard en mate van arbeidsdeling binnen het productieproces. De vorm van opsplitsing van taken is van aanzienlijke invloed op de kwaliteit van de arbeid: variatie, uitdaging, vereiste kwalificaties, beroep op creativiteit en mate van autonomie in het werk worden er mede door bepaald (Van Ruyssseveldt, 1989). Naast de productietechniek en de structuur van de arbeidsorganisatie zijn ook het gevoerde personeelsbeleid, ideeën, normen en waarden bij het management van invloed op de kwaliteit van de arbeid.

De arbeidsbenadering van De Sitter is er één op organisatienniveau: een poging om tot een integratie van systeemdenken en actordenken te komen (De Sitter, 1980). Hij wil de essentie van arbeid en daarmee de essentiële eigenschap van de kwaliteit van arbeid definiëren. Arbeid verandert in de loop van de tijd en de normen die bij de waardering van de arbeid worden gebruikt, zijn cultuur- en zijn derhalve tijdsafhankelijk. De Sitter wil slechts die menselijke activiteit als arbeid benoemen, die sociale interactie impliceert. Alleen in sociale interactie, waarbij de deelnemers in een situatie van relatieve onderlinge afhankelijkheid verkeren, kan de medewerker zich bewust worden van zijn arbeid als zingevend handelen. Arbeid is in deze benadering een activiteit die deel uitmaakt van een sociale omgeving. Veranderingen in het werk van een medewerker hebben impact op de omgeving van dat arbeidsproces. Dit is een wederkerig proces. Zingeving in werk ontstaat slechts wanneer keuzen gemaakt kunnen worden. Die selectie in de sociale interactie betekent zingeving: er
wordt gekozen uit alternatieven ten aanzien van handelwijzen en ten aanzien van normen. De medewerker in het arbeidsproces selecteert en ook de medespelers in die omgeving maken hun keuzen.

*Kwaliteit van de arbeid verwijst nu naar de mogelijkheid van medewerkers om keuzen te maken.* Het gaat om structurele voorwaarden die aan de medewerker zijn toegekend om oplossingen te kiezen en zodoende selecterend of zingevend bezig te zijn.

De Sitter (1980) stelt dat het onmogelijk is om een norm voor de kwaliteit van de arbeid te stellen omdat medewerkers zelf keuzen maken, selecteren tussen normen. Kwaliteit van de arbeid betekent derhalve dat de *structuur* van het arbeidsproces medewerkers in staat stelt te selecteren. Die mogelijkheid om in interactie met de omgeving zingevend bezig te zijn noemt De Sitter *regelcapaciteit*. Dit is volgens De Sitter het primaire kwaliteitskenmerk voor de kwaliteit van de arbeid, waarbij door hem wordt aangetoond dat de *kwaliteit van de arbeid het directe gevolg is van de arbeidsverdeling*. Opsplitsen in deeltaken heeft reductie van interne en externe regelmogelijkheden tot gevolg. Ook het splitsen van uitvoering en regelen wordt door De Sitter een aanslag op de kwaliteit van de arbeid genoemd. Louter uitvoerende medewerkers verrichten slechts deelarbeid: zij hebben geen gelegenheid om in wisselwerking met de sociale omgeving tot zingeving te komen. De Sitter signaleert met betrekking tot kwaliteit van arbeid in traditionele organisaties onwenselijke neveneffecten, zoals stress, vervreemding, motivatie- en psychosomatische problemen (De Sitter e.a., 1986). Deze worden veroorzaakt door het ontbreken van creativiteit, ontwikkeling en zelfstandigheid bij *ver doorgevoerde arbeidsdelen* in de reeds eerder beschreven traditionele organisatievormen (zie § 3.1).

Kuipers en Van Amelsvoort (1990) stellen dat motivatie en betrokkenheid in het werk op twee verschillende manieren bezien kunnen worden: volgens de *belevingsbenadering* en volgens de *structuurbenadering*.

### Belevingsbenadering

Bij de *belevingsbenadering* worden op het gebied van taakontwerp de inhoudelijke motieven van medewerkers als uitgangspunt voor het beleid genomen. De kwaliteit van werk wordt bepaald door de mate waarin het werk tegemoet komt aan die maatstaf; arbeidstevredenheid geldt volgens deze benadering als de centrale indicatie van de kwaliteit van de arbeid. Veel motivatie-theorieën, met name van Maslow en Herzberg (1966), gaan uit van tevredenheid als maatstaf. Er wordt dan verondersteld dat er bij tevreden medewerkers een lager verzuim en minder verloop zal zijn.

De door medewerkers gebruikte standaard bij de beoordeling van de eigen werksituatie is echter niet een van de werkelijkheid onafhankelijke factor, maar wordt daarentegen aan diezelfde werkelijkheid omtrent (De Sitter, 1981). Deze standaarden tonen derhalve de tendens overeen te komen met de werksituatie, zo blijkt uit onderzoek (Groep Sociotechniek, 1986). De Sitter (1981) acht arbeidssatisfactie een onbruikbare maatstaf omdat die vooral aangeeft in welke mate iemand zich aan een bepaalde situatie heeft aangepast. Daardoor leveren bijna alle satisfactieonderzoeken, onafhankelijk van land, soort industrie, soort werk, soort arbeidsomstandigheden, steeds een percentage van ongeveer 75 procent tevreden medewerkers op (De Sitter, 1981). De vraag is dan in welke mate de intrinsieke behoefte zijn bevredigd. Met hun ver doorgevoerde arbeidsdeling en scheiding van regelen en uitvoeren doen traditionele bureaucratische organisaties geen beroep op de verantwoordelijkheid van medewerkers en op de ontwikkeling van die verantwoordelijkheid. Arbeidssatisfactie in de zin van tevredenheid is kortom een containerbegriff dat in z’n algemeenheid niet voldoet als maatstaf voor de kwaliteit van de arbeid.

### Structuurbenadering

In plaats van de persoonsafhankelijke, subjectieve belevingsbenadering wordt in de sociotechniek gekozen voor een personsonafhankelijke, meer objectieve
structuurbenadering. De aandacht moet worden verschoven van de ‘fit’ tussen werknemer en werk naar het werk zelf: de kenmerken van de arbeidsplaats (Fruytier en Peeters, 2001). Deze benadering wordt ook wel de ‘omgevingsbenadering’ genoemd (Karasek en Theorell, 1990). Niet de interactie tussen medewerker en werk, maar de condities in het werk en de omgeving van de medewerker, wie dat ook is, vormen de focus.

Dit onderzoek neemt de structuurbenadering als uitgangspunt. De structuurbenadering gaat ervan uit dat de objectieve structuurcondities met betrekking tot het werk en de werkrelaties de voedingsbodem vormen voor het ontstaan van normen en waarden. De kwaliteit van de arbeid is in dit geval een structuurkenmerk: bepaalde structuren hebben grote kans de betrokkenheid te vergroten of te verkleinen en andere leiden juist tot vervreemding en onverschilligheid. Arbeidsvervreemding is volgens deze benadering de centrale indicatie voor de kwaliteit van de arbeid: de vraag is niet of iemand tevreden is met zijn of haar werk maar of hij of zij erbij betrokken is. Betrokkenheid wordt bevorderd door het creëren van complete verantwoordelijkheidsgebieden met voldoende regelmogelijkheden, interactieruimte voor medewerkers en de daarbij behorende hoeveelheid inzicht en informatie. Eerst dan kan voldoende rekenschap worden afgelegd. Betrokkenheid kan zich op vele manieren uiten: actieve invulling van het teamlidmaatschap, collegialiteit, grote inzet maar ook rusieachtig gedrag of klagen over problemen kan een uiting zijn van betrokkenheid. Dit laatste is immers beter dan onverschilligheid en vervreemding.

Kwaliteit van de arbeid is belangrijk, omdat medewerkers die in hun werk problemen tegenkomen en maar weinig regelmogelijkheden - controle - hebben om met die problemen af te rekenen stressrisico’s lopen; er is sprake van slopend werk (Karasek, 1979). Zo ook figuur 3.10. Dit kan tot vervreemding leiden, maar het is ook mogelijk dat het ziekteverzuim toeneemt. Dit heeft niet alleen negatieve gevolgen voor het welzijn van de medewerkers, de kwaliteit van hun arbeid, maar ook voor de resultaten van de organisatie in termen van productiviteit, rendementen, kwaliteit, et cetera: met andere woorden voor de kwaliteit van de organisatie.

Dijkstra en Schreurs (2002) stellen dat werknemers veel klagen over werkdruk; dat wil zeggen de ervaren belasting door de hoeveelheid werk. In Nederland is het aandeel werkenden met klachten over een te hoge werkdruk is gegroeid van 38 procent in 1977 tot 51 procent in 1989 (Houtman & Kompier, 1995). Vergelijkend onderzoek in de Europese Gemeenschap heeft als uitkomst dat de werkdruk in Nederland relatief het hoogst is (Paoli, 1997). De werkdruk die medewerkers ervaren wordt onder andere beïnvloed door de feitelijke hoeveelheid werk, het regelvermogen waarover zij beschikken, persoonlijkheidskenmerken en de gevraagde competenties in relatie tot aanwezige competententies. Of de omstandigheden en randvoorwaarden van het werk daadwerkelijk tot uitputting van en/of tekortschieten van de medewerker leiden, hangt mede samen met de persoonlijkheidskenmerken van de medewerker. Het hangt dus van het copinggedrag van de medewerker af of slechte omstandigheden werkelijk tot problemen leiden. Zelfs al lukt het de medewerker onder dergelijke omstandigheden ‘overeind’ te blijven, de omstandigheden en randvoorwaarden blijven slecht, waardoor de kwaliteit van de arbeid laag is (Fruytier en Peeters, 2001).

Hoge werkdruk lijkt negatieve effecten te hebben: volgens schattingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek in 1998 raakt één op de tien werknemers ‘opgebrand’. Ongeveer 21 procent van de mensen die jaarlijks arbeidsongeschikt raken, kan worden aangemerkt als burnout (Bakker e.a., 1999; Demerouti e.a., 2001). Burnout is een verschijnsel van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Het komt vooral voor bij mensen die beroepsmatig in een hulpverlenende context met andere mensen werken (Schaufeli & Enzmann, 1998). Symptomen zijn gebrek aan energie, lusteloosheid en een gevoel van tekortschieten; patiënten of klanten worden in zo’n situatie gezien als...
objecten. Vanwege de grote vermoeidheid proberen veel professionals zichzelf te beschermen door afstand te nemen van hun patiënten of klanten (depersonalisatie) en hen afstandelijk te benaderen of behandelen. Dat staat haaks op de huidige roep om vraaggericht te werken. Uiteindelijk is men ook negatief over de eigen resultaten. Twijfel aan de eigen deskundigheid, verminderde persoonlijke bekwaamheid, is het derde kenmerk van burnout (Bakker e.a., 1999). De mening niet goed te functioneren gaat in vele gevallen samen met een verminderd gevoel van eigenwaarde (Maslach, 1993).

Schaufeli en Van Dierendonck (1999) merken op dat burnout een vaak voorkomend verschijnsel is bij dienstverleners zoals artsen, verpleegkundigen en leerkramen. De voortdurende intensieve en emotionele contacten maken dat bij veel van deze professionals het grote enthousiasme aan het begin van de loopbaan na verloop van tijd verandert in moeheid en een gevoel of staat van irritatie. Hoge arbeidsongeschiktheidspercentages zijn het gevolg. Met de stijgende vraag naar zorg en de daarbij achterblijvende beschikbaarheid van medewerkers heeft dit een negatief effect op wachtlijsten en daarmee op de werkdruk van de arbeidsgeschikte medewerkers in de zorg.

**Job Demands Control Model**

Volgens Christis (1991) is voor de analyse van de kwaliteit van arbeid volgens de omgevings- of structuurbenadering, het ‘Job Demands Control Model’ (Karasek, 1998) goed toepasbaar. Karasek stelt dat werkdruk met name negatief uitwerkt op stressreacties zoals burnout, als medewerkers maar een geringe controle - autonomie, regelvermogen - hebben op de invulling van hun werkzaamheden (figuur 3.10). Medewerkers beschikken over weinig autonomie als ze weinig controle kunnen uitoefenen op de aard en de volgorde van hun werkzaamheden.

Werksituaties worden actief en motiverend genoemd als de taak eisen en de autonomie relatief hoog zijn (Karasek, 1998). Het werk is dan afwisselend zodat persoonlijke en omgevingsvariaties beter gehanteerd kunnen worden. Bovendien is werk zinvol wanneer het ook een voor de medewerker zichtbare bijdrage levert aan het organisatiedoel. Doordat degene die het werk uitvoert verantwoordelijk is voor het resultaat en hierover terugkoppeling ontvangt, bevat actief werk leermogelijkheden.

Het Job Demands Control Model gaat uit van twee variabelen:

- **de eisen die het werk aan de medewerkers stelt en**
- **de zelfstandigheid of beslissingsruimte waarover de medewerkers beschikken bij de uitvoering van hun werk.**

De twee variabelen tezamen bepalen of het werk stressrisico's dan wel leermogelijkheden met zich mee brengt. Uiteraard is daarbij belangrijk of de aan de medewerker gevraagde capaciteiten overeenkomen met diens regelmogelijkheden.

Leermomenten ontstaan als zowel de taak eisen als de zelfstandigheid bij het uitvoeren van de taak op hoog niveau bevinden. Om beide variabelen te meten heeft de Projectgroep WEBA (1989) het WEBA-instrument (WElzijn Bij Arbeid) ontwikkeld. Dit instrument beschrijft en beoordeelt de welzijnsscondities van functies (Projectgroep WEBA, 1995; Christis, 1998; Fruytier en Peeters, 2001). Voor een nadere uitwerking en operationalisatie van het WEBA-instrument wordt verwezen naar bijlage F.

Een tweede instrument dat wordt gehanteerd om het Job Demands Control Model te operationaliseren is het WEB-instrument. Dit instrument is niet zozeer gericht op de welzijnsscondities van functies, zoals de WEBA, maar meet de kwaliteit van de arbeid in algemene zin. Voor een verdere uitwerking van het WEB-instrument wordt verwezen naar § 7.6, ‘Medewerkersoordeel’.

De balans die er volgens De Sitter moet zijn tussen regelcapaciteit en werkdruk is weergegeven in het schema van Karasek (figuur 3.10). Zoals eerder gesteld, geeft dit model de verhouding weer tussen regelcapaciteit en werkdruk. Voor het voorkomen van stress dient er evenwicht te zijn tussen enerzijds de regelmogelijkheden ofwel de regelcapaciteit en

![Diagram](Figuur 3.10 Een sociotechnisch welzijnsmodel (vrij naar Karasek, 1979; De Sitter, 1982; Christis, 1991))

### 3.5 Teambased concept van werken

In § 3.3 is beschreven dat op microniveau een groep of team de kleinste bouwsteen van de organisatie is. Hierbij bleek dat het team een wezenlijk onderdeel van sociotechnische organisatievernieuwing is. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op teams en teamontwikkeling.

Samenwerkingen kunnen op verschillende niveaus van de organisatie gecreëerd worden. Hierbij kan gedacht worden aan management teams, unit management, (semi-) autonome groepen, resultaatverantwoordelijke eenheden, (hele) taakgroepen en zelfsturende teams. In Engeland, de Verenigde Staten en in Nederland lijkt er geen verschil in betekenis meer te zijn tussen de woorden groep en team (Benders en Van Amelsvoort, 2000). Omdat de betekenissen van deze termen elkaar grotendeels overlappen, is binnen dit onderzoek gekozen voor het tegenwoordig veelgebruikte begrip ‘zelfsturend team’. De bestudeerde teams behoren tot een werkmachtsappij van zorgorganisatie Sensire. Bij die organisatie gebruikt men de term ‘zelfsturend team’. Daarom wordt in dit onderzoek het begrip ‘zelfsturend team’ gebruikt als synoniem voor (semi-) autonome groepen en taakgroepen.


1. een overzichtelijk en herkenbaar werkverband met een gemeenschappelijk doel en
2. de beschikbaarheid van regelmogelijkheden om het afgebakende proces ‘op norm te houden’.

De definitie van ‘zelfsturend team’ die in dit onderzoek wordt gehanteerd, is:

‘Een vaste groep van medewerkers die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het totale proces van zorg- of dienstverlening aan de interne of externe klant. Het team plant en bewaakt de procesvoortgang, lost dagelijkse problemen op en verbetert processen en werkmethoden, zonder daarbij voortdurend een beroep te doen op de leidinggevende of ondersteunende diensten’.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Deze definitie is afgeleid van de definitie die Van Amelsvoort en Scholtes (1993) hanteren. Zelfsturende teams zijn gericht op zelforganisatie zodat uitvoerenden beter kunnen reageren op verstoringen, veranderingen in hun werkomgeving en op specifieke en voortdurend wijzigende klanteneisen. In een situatie van een afzetmarkt met een stabiele vraag naar standaardproducten of diensten zijn zelfsturende teams waarschijnlijk niet efficiënter dan een organisatie met gestandaardiseerde en geprotocolliseerde handelingen (Leliveld en Vink, 2000).

De overwegingen om in de organisatieopbouw te kiezen voor groepen of teams, in plaats van de organisatie op te bouwen uit individuele bouwstenen zijn de volgende (Kuipers & Van Amelsvoort, 1990; Van Amelsvoort & Scholtes, 1993):
- een individu is te beperkt voor een complexe taak;
- mensen hebben behoefte aan onderling overleg en sociale contacten;
- in een team zijn er meer regelmatigheden ten aanzien van werkoverleg en verlof;
- een team is minder kwetsbaar, bijvoorbeeld bij ziekte van een medewerker;
- binnen een team zijn er meer mogelijkheden voor taakverdeling, taakverruiming, taakverrijking, direct overleg;
- binnen een team zijn er meer mogelijkheden om het werk aan te passen aan individuele mogelijkheden en ambities.

Daarmee is overigens niet gezegd dat individuen niet belangrijk zijn voor een organisatie. In tegenstelling tot van buitenaf vastgestelde individuele taakverdeling en taakomschrijving, kan juist in goed functionerende teams beter tegemoet gekomen worden aan de verschillende competenties, aspiraties en ambities van de diverse individuen.

Teamwerk kenmerkt zich door een samenspel van vier dimensies (Morgan, 1986). Dit wordt in figuur 3.11 weergegeven:
acties op elkaar af ‘met betrouwbare en actuele informatie over het gemeenschappelijke proces en hun rol daarin’.

- **Requisite variety** (Ashby, 1969): het team kan iedere variatie aan door inzichten die zijn verkregen in het productieproces. Het team heeft beschikking over regel mogelijkheden en daarmee zijn er variatiemogelijkheden. Ook bij de ontwerp principes van Van Amelsvoort en Scholtes komt deze dimensie terug. Zij voegen daarbij toe dat de omvang van de groep zodanig is dat op een effectieve en efficiënte wijze besluiten genomen kunnen worden. Ook benadrukken zij het organiseren van de externe en interne coördinatie van het team, dat door het team zelf geregeld dient te worden.


- **Double loop learning** (Argyris & Schon, 1978): teamleden hebben niet alleen de mogelijkheid om (leer)ervaring op te doen en te gebruiken; ze kunnen ook alle bestaande processen ter discussie stellen. Er is sprake van een lerende organisatie; dat wil zeggen het ‘betwijfelen en aanscherpen van normen’ (sturen). In de principes van Van Amelsvoort en Scholtes komt deze dimensie terug in het concretiseren en overeenkomen van doelen voor de teams.

Volgens Van Amelsvoort en Scholtes (1993) komt het zelfsturend teamconcept onder de huidige concurrentiedruk goed tot zijn recht en presteren zelfsturende teams in onzekere en onveilige situaties met een hoge kwaliteit van arbeid dan een bureaucratische organisatie. Organisaties die zich herstructureren om effectiever en efficiënter te concurreren kunnen gebruik maken van teams, om hun menselijke bronnen te benutten. Teams kunnen ook sneller worden samengesteld, ingezet en ontbonden dan ‘afdelingen’ (Banker, e.a. 1996). Bovendien hebben teams meer te bieden dan alleen toename van efficiency en verbeterde resultaten voor de organisatie: teams kunnen een bron van betrokkenheid bij het werk zijn voor medewerkers. Omdat teamleden vaak meer regeltaken krijgen voor zaken die hun eigen werk betreffen, kunnen teams beschouwd worden als een effectief middel voor het management om de betrokkenheid van medewerkers te vergroten (Mariotti, 1999; Kirkman en Rosen, 1999; Robbins, 1998). Kortom, in een team of groep is er sprake van meer handelingsruimte, meer variatie en zijn er minder grenzen die de interactie belemmeren. Hierbij moet worden opgemerkt dat zelfsturing aldus niet altijd als een relatief begrip is, waarbij geduid wordt op de regelmatig hoeven binnen de externe en interne condities.

De Leede (1997) stelt dat zelfsturend zijn, zonder bemoeienis met wie dan ook, een fictie is. Zelforganisatie of volledige autonomie lijkt een oxymoron omdat teams opereren in een context die altijd van invloed is op die teams. Hij heeft daar ook gelijk in, echter, een geheel onafhankelijk team en daarmee een gesloten team is niet alleen een fictie, het is ook vanuit het sociotechnisch perspectief niet wenselijk.

In dit verband treffen we in de praktijk teams aan met een grote variatie aan regel mogelijkheden (Van Amelsvoort e.a., 1996; Benders, 1999; Benders, 2005; Delarue e.a., 2004). Hierbij wordt met name een onderscheid gemaakt tussen ‘lean teams’ en ‘sociotechnische teams’. Bij lean teams is het takenpakket en de mate van invloed van het team gering en ligt er een grote mate van regel capaciteit bij de teamleider; bij meer sociotechnisch georiënteerde teams heeft het team relatief grote regelmogelijkheden en staat de formele teamleider buiten het team (Van Amelsvoort, 1994; Benders e.a., 1999; Delarue e.a., 2004).

Sensire, de organisatie die in dit onderzoek aan de orde is, heeft bewust gekozen voor teams met regel capaciteit bij de teamleden, omdat bij het verlenen van service, verzorging en verpleging ingegaan moet worden op de individueel specifieke en wisselende wensen van klanten. Bovendien is door de solistische aard van het werk en de geografische afstand, ‘closed supervision’ door leidinggevenden niet eens mogelijk. Uiteraard biedt de praktijk een
breed scala aan allereer tussenvarianten van wel en geen regelcapaciteit. Belangrijk is om te beseffen dat ook pseudoteams in de praktijk zelfsturend genoemd worden. Pseudoteams kunnen gezien worden als groepen met een klassieke arbeidsdeling op microniveau, waarbij alleen de naam van team als etiket is opgeplakt (Benders, 2005). Peeters en Koppens (1998) spreken hierbij van ‘vals-positieve’ teams. De variatie van zelfsturende teams met betrekking tot de mate van invloed wordt onder andere bepaald door regelnoodzaak die uit het proces voortvloeit en door de mate van teamontwikkeling.

**Negen ontwerpprincipes voor effectief teamwerk**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Principe 9**
Het beloningssysteem moet aansluiten op ‘teamwork’.

**Teamontwikkeling, teamdynamica en leiding**

Een zelfsturend team is meer dan een aantal individuen die met elkaar samen - moeten - werken. Bij een hecht team is de som meer dan de optelling van de afzonderlijke delen: er is synergie. De prestaties van het team hangen zowel af van de individuele vorm en bijdrage van de leden, als van de wijze waarop zij met elkaar samenwerken (Van Ewijk-Hoevenaars e.a., 1995; Poutsma, 1999). De leden moeten zich over en weer verantwoordelijk voelen: ‘samen winnen of samen verliezen’. Dit is een proces dat geleidelijk gaat. Het vereist een omschakeling van denken en handelen, zowel voor de leden van het team als voor de leidinggevenden (Van Ewijk-Hoevenaars en Van den Hondel, 1994).

Als de zelfsturende teams eenmaal zijn ontworpen, is het veranderingsproces niet klaar. Integendeel, dan begint de feitelijke ontwikkeling pas. Er moet gewerkt worden aan de onderlinge arbeidsrelaties, de teamdynamica, en aan de groei van de teamvolwassenheid, samen te vatten onder de noemer ‘teamontwikkeling’ (Van Amelsvoort, 1996). Het is van belang om niet alles in een keer te willen bereiken, maar om stapsgewijs te werken aan diverse aspecten van teamontwikkeling. Timing, de juiste dingen op het juiste moment doen,
is daarbij essentieel (Leliveld en Vink, 2000). Deze ontwikkeling kan worden beschreven aan de hand van een ‘teamontwikkelingsmodel’.

Van Amelsvoort en Scholtes (1993) hebben een integraal fasenmodel voor teamontwikkeling ontwikkeld. Het model is gebaseerd op vier dimensies waarop een groep zich moet ontwikkelen om een taakgroep te worden (Van Amelsvoort en Van Jaarsveld, 2000):

- vakkmanschap: het vergroten van de procesbeheersing en de brede inzetbaarheid van de groepsleden. Het centraal stellen van een compleet proces heeft een positieve invloed op het creëren van emotioneel eigenaarschap en zingeving;
- organiserend vermogen: het vergroten van het regelvermogen van de groep door integratie van regeltaken van staf en lijn naar de groep. De regelbevoegdheden zijn noodzakelijk om op onvoorspelbare situaties adequaat te kunnen reageren en verstoringen in het werkproces op te vangen danwel te dempen. Klanten kunnen daardoor beter bediend worden zonder last te hebben van verstoringen. Emotioneel eigenaarschap wordt hiermee bevorderd. Doordat keuzen gemaakt kunnen worden ontstaat zingeving;
- samenwerkingsvermogen: het verbeteren van de onderlinge betrekkingen, zoals het benutten van elkaars kwaliteiten en het elkaar aanspreken op gedrag;
- ondernemerschap: door de consequenties van de genomen besluiten ‘zelf te voelen’ in termen van rekenschap afleggen, kan een krachtige leercyclus en sterk verantwoordelijkheidsbesef bij de teamleden ontstaan.

Door aandacht te besteden aan de vier dimensies kunnen vier fasen worden doorlopen. In figuur 3.12 wordt dit weergegeven.

Fase 1: bundeling individuen
In fase een ligt het accent op het vergroten van het vakmanschap; er wordt gestreefd naar een breder inzetbaarheid van de teamleden, waardoor de uitvoerende flexibiliteit en slagvaardigheid van de groep toenemen. De uitvoerende taken gaan onder de groepsleden rouleren en het uitvoerend takenpakket van de individuele teamleden wordt breder.

Fase 2: groep
In fase twee wordt vooral aandacht besteed aan het vergroten van de autonomie van het team. Door taakoverdracht worden indirecte taken op het gebied van planning, kwaliteits- en personeelsbeheer aan het team toegevoegd. In deze fase verschuift het accent naar het vergroten van organisatorische zelfstandigheid.
**Fase 3: team**
In fase drie staat effectieve samenwerking centraal. De groep leert zelfstandig conflicten hanteerbaar te maken en als een groep resultaatgericht te werken. Het benutten van elkaars kwaliteiten en feedback geven kan effectief plaatsvinden als teamleden over de juiste competenties beschikken in relatie tot het afgeronde werkpakket en er ook invloed - organiserend vermogen - is op dit werkpakket.

**Fase 4: open team**
In fase vier worden op eigen initiatief verbeteringen in het proces aangebracht. Werd in de voorgaande fasen de verbetering nog met name geïnitieerd vanuit het management, in deze fase zal het vooral uit het team zelf moeten komen. Het accent ligt op ondernemerschap.


Op deze teamdynamico-modellen bestaat steeds meer kritiek (Kur, 1996; Van Amelsvoort, 1996; Stoker en Verwey, 2003; Kuipers, 2005). De bezwaren richten zich met name op het feit dat arbeidsrelaties een dynamisch karakter kennen en daarom niet in lineaire ontwikkelingsmodellen te vangen zijn. Bovendien zijn de modellen in laboratoriumsituaties getoetst met tijdelijke groepen en is geen empirisch onderzoek bekend waarbij de patronen herkend worden in bestaande groepen of teams.

Belangrijk bij zowel de teamontwikkeling als de teamdynamica is de rol van de leidinggevende van teams. Hierover bestaan overigens nogal wat misverstanden, zoals de opvatting dat zelfsturende teams geen formele leidinggevende kennen. In het sociotechnisch teamconcept wordt echter wel degelijk uitgegaan van een teamleider; feitelijk is dit het mesoniveau in het organisatieontwerp. De teamleider speelt als niet-teamlid een belangrijke rol bij het ontwikkelen van het team en het bewaken van de onderlinge samenwerking. De hoeveelheid speelruimte die de leiding en medewerkers hebben, is het directe gevolg van de gekozen arbeidsdeling. De organisatiestructuur is dus van invloed op het gedrag van zowel
leidinggevenden als medewerkers. De ontstane regelruimte wordt echter niet automatisch door leidinggevenden en medewerkers benut. Het ontwikkelen naar een hogere mate van zelfstandigheid gaat dus niet vanzelf. In dit ontwikkelproces speelt de leidinggevende een cruciale rol. Voor het succesvol functioneren van teams moet de stijl van leidinggeven daarom goed aansluiten bij de ontwikkeling van het team.

Een ander veel voorkomende misvatting is dat leidinggeven aan een team inhoudt dat de rol van baas vervalt en dat de leidinggevende alleen nog maar ‘coacht’. In de praktijk blijkt dat vaak anders te liggen. Een teammanager is zowel een leider als iemand die de ontwikkeling van het team en de teamleden stimuleert. Metsemakers (1998) onderscheidt ten aanzien van leidinggeven drie verschillende rollen: manager, coach en leider.

**Managen**

Een manager plant en bewaakt de budgetten, de tijd en de afspraken en heeft oog voor de instrumentele kant van het leidinggeven. Ook zorgt de manager voor structuur in het proces in termen van duidelijke doelstellingen, procedures, planning en de voortgangscontrole. Teams streven binnen kaders zelfsturing na. Dit houdt in, dat een aantal van de genoemde managementtaken op den duur in het team kunnen liggen. Op weg naar zelfstandigheid zal de teamleider die taken op zich nemen waar het team nog niet aan toe is.

**Coachen**

De tweede rol die van leidinggevenden verwacht wordt is die van coach. Coaching kan gedefinieerd worden als ‘een doel- en resultaatgerichte methode voor het begeleiden van het leren van individuen en teams, gericht op zelfstandig functioneren binnen een bepaalde organisatiecontext (Van den Boomen, 2000).

Een coach is iemand die in staat is om mensen zichzelf te laten ontwikkelen. De coach helpt waar nodig mensen om grenzen te verleggen, zodat thema’s die in het verleden als onmogelijk werden afgedaan, wel binnen bereik komen. Naast de aandacht voor de individuele ontwikkeling van medewerkers is zij of hij bezig met de ontwikkeling van teams.

**Leiden**

Leiden is een cruciaal aspect van leidinggeven. Een leider heeft een aantal kenmerken zoals het vermogen een toekomstbeeld van de organisatie te scheppen en deze visie uit te dragen en uit te stralen, zodat mensen in de organisatie deze ondersteunen. Daarnaast is een leider iemand die voorbeeldgedrag toont.

De leidinggevende moet in staat zijn om, afhankelijk van de situatie, de juiste rol aan te nemen. De balans tussen de verschillende rollen is uiteindelijk bepalend voor de effectiviteit.

De sociotechnische theorie gaat ervan uit dat een goed ontworpen structuur bijdraagt aan betere arbeidsrelaties. Met betrekking tot de arbeidsrelaties binnen een groep staat de vraag centraal welke groepskenmerken in het kader van goede arbeidsrelaties binnen een groep van belang zijn. Teams kunnen het goede maar ook het slechte in hun leden naar boven halen; de kwaliteit van de arbeidsrelaties is een voorwaarde voor een goed functionerend zelfsturend team. Effectief overleg wordt door De Sitter (1994) als externe eis bij de kwaliteit van de arbeidsverhoudingen genoemd. De kenmerken van goede arbeidsverhoudingen binnen een organisatie zijn volgens De Sitter (1982):

- frequente communicatie tussen leiding en uitvoering;
- overleg inzake problemen op korte en lange termijn;
- geloof in het nut van een wederzijds belang bij samenwerking;
- wederzijds respect en vertrouwen.

organisatorische condities ook de teamontwikkeling en teamdynamica daarbij een grote rol spelen en in dit verband de relatie tussen team en leiding. Het begrip arbeidsrelaties kan hier op uiteenlopende wijzen worden geïnterpreteerd, afhankelijk van het gekozen uitgangspunt (Christis en Korver, 1992). Dit onderzoek kiest met betrekking tot arbeidsverhoudingen het zelfsturende team als uitgangspunt en onder arbeidsverhoudingen wordt dan verstaan de relaties tussen de teamleden onderling, sociale volwassenheid en de relaties tussen het management, de zorg- of dienstenmanager en de teamleden. Het komt neer op: hoe gaat een medewerker met haar collega's om en hoe gaat zij met haar leidinggevende om?

Evaluaties


Aan het werken met teams zijn niet louter voordelen verbonden. Er is ook sprake van een aantal risico’s (Van Amelsvoort, Scholtes, 1993; Van Amelsvoort e.a., 2003):
- niet iedere medewerker, bijvoorbeeld een solist, is qua karakter geschikt om in een team te werken;
- individuele taken moeten qua werkelasting aansluiten bij de werkelastbaarheid van de individuele teamleden, anders dreigt overbelasting;
- één of enkele teamleden kunnen de teamsfeer bepalen en anderen het onderspit doen delven;
- er kan een teamcultuur worden gevormd die individuele creativiteit, ‘prestatielust’ en vrijheid wegdrukt;
- door competitie tussen teams kunnen teams zich te hoge doelen stellen;
- er kan een gesloten teamcultuur ontstaan, waarbij het team alleen maar oog heeft voor het eigen belang en bijvoorbeeld weinig bereidheid heeft om andere teams te helpen;
- het ‘meeliften’ van individuen met de teamprestatie, waarbij een onzichtbare bijdrage van individuen bewust onder de maat blijft.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Bovenstaande punten zijn potentiële gevaren. De kans dat deze optreden en de mogelijkheden om de gevaren te herstellen hangt sterk af van de teamontwikkeling, de teamdynamica en de leiding.


Kapteyn lijkt met deze interpretatie van het theoretisch kader te eng naar toepassingen van sociotechniek te kijken. Waarom zou er alleen geparallelliseerd kunnen worden naar productstromen en niet bijvoorbeeld naar patiënt- of klantstromen? In het Oogziekenhuis in Rotterdam wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen staaroperaties (die een hoge mate van standaardisatie kennen) en overige behandelingen (Bakker, 2004). Ook de opmerking dat bepaalde hulpverlenende beroepen (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, et cetera) individuele werkzaamheden verrichten en daarbij niet hoeven samen te werken om een hogere klanttevredenheid te krijgen lijkt een te beperkte benadering. Deze argumentatie doet zich vaker voor ten aanzien van professionals (ook in andere sectoren). Natuurlijk kan er in de zorg een heel andere dynamiek spelen dan bij een team in een fabriek. Het invoeren van regeltaken heeft minder impact omdat professionals al veel autonomie in hun werk hebben, resultaatgericht samenwerken kan voor een solistische en zelfstandige professional een grote impact hebben omdat dit wellicht in eerste instantie als beperking van verworven - ongerichte - vrijheid wordt ervaren. Toch kan er eenvoud en transparantie in de organisatie gecreëerd worden door bijvoorbeeld een aantal hulpverleners te koppelen aan een bepaalde regio. Op deze manier wordt er een duidelijke koppeling gemaakt tussen organisatie en omgeving. De organisatie wordt meer extern gericht (signaleren van ontwikkelingen in het betreffende rayon) en er wordt helder welk resultaat teams, en daarmee de individuele hulpverleners, realiseren. Bovendien wordt sturen op resultaat hiermee mogelijk, want waarom zou dit alleen bij productiemedewerkers van toepassing zijn? Vaak is productiviteitssturing bij professionals een precair onderwerp omdat daarmee de individuele autonomie, die niet zelden vervalt tot ongerichte vrijheid, ter discussie komt (Van Amelsvoort e.a., 2004).

Een ander argument tegen teamwork is de hoge mate van specialisatie van individuele professionals; die zou samenwerking in een team onmogelijk maken. Metsemakers e.a. (2002) hebben het ‘bloemblaadjesmodel’ geïntroduceerd waarbij het uitgangspunt is om een balans te zoeken tussen enerzijds specialisme en anderzijds generalisering. In het ‘bloemblaadjesmodel’ wordt verondersteld dat bij professionals brede inzetbaarheid niet mogelijk dan wel zinvol is. Door toch te streven naar een gezamenlijk niveau van basiskennis en van daaruit te streven naar specialisme kan de onderlinge samenwerking en
een mate van vervangbaarheid bereikt worden, waardoor samenwerking zinvol wordt. Kennisontwikkeling binnen het vakgebied hoeft hiermee niet opgegeven te worden, maar om aansluiting te houden met andere collega’s en om kwetsbaarheid te voorkomen, is het delen van kennis ook van belang voor de continuïteit van de organisatie. Kortom, toepassingen van sociotechniek lijken in theorie wel degelijk mogelijk in de gezondheidszorg en andere dienstverlenende sectoren. Het gaat om het toepassen van logische principes, waarbij de toepassing lang niet zo dogmatisch en prescriptief is, als dikwijls wordt verondersteld.

3.6 Organisatieverandering


Top-down verandering
Top-down veranderen wordt ook wel betiteld als machtsdwang-strategie (Chin en Benne, 1983), directieve benadering (Van der Zee, 1995), ontwerpaanpak (Boonstra, 2000) of blauwdrukdenken (De Caluwé en Vermaak, 1999). De top-down benadering is gebaseerd op het rationeel ontwerpen en implementeren van veranderingen (Kluytmans, 1994). De initiatiefnemer heeft een ontwerp van een welomschreven eindsituatie voor ogen en zet alle zeilen bij om de bestemming te bereiken (Van der Zee, 1995). Denken en doen zijn daarmee volgtijdelijk: eerst ontwerpen dan implementeren. Het proces om dit einddoel te realiseren is in verschillende stappen uiteen te zetten en is goed beheersbaar. Deze benadering kan met name effectief zijn in situaties waarin, door bijvoorbeeld plotselinge wijzigingen in de context waarin de organisatie verkeert, de noodzaak tot ingrijpende veranderingen groot is, de beschikbare tijd gering en waarin dwang nodig is om belangrijke - interne - barrières te kunnen doorbreken. ‘the changes that have occurred in public sector organizations throughout the world, either in the form of deregulation or privatisation, have been forced on them. …’the changes that have occurred in public sector organizations throughout the world, either in the form of deregulation or privatisation, have been forced on them. … In such circumstances, an individual or group of managers will need to carry through such changes….’ (Johnson en Scholes, 1999). Dwang wordt hierbij veroorzaakt door externe ontwikkelingen. De mate van participatie van medewerkers is gering. In zulke omstandigheden zullen de veranderingen, ter wille van snelheid en duidelijkheid, door een eindverantwoordelijke of enkele managers worden doorgevoerd. Een belangrijk risico is daarbij de acceptatie door medewerkers: is er voldoende vertrouwen in de top-down besluitvorming van het management? Het gevaar van weerstand en gebrek aan draagvlak is namelijk aanwezig zodat vertraging van het veranderingstraject en polarisatie tussen management en medewerkers het gevolg kan zijn.

Participatieve verandering
Participatieve verandering wordt in verband gebracht met de normatief-reëducatieve strategie (Chin en Benne, 1983), de brede bottom up-benadering (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002) of ontwikkelaanpak (Boonstra, 2000) genoemd. Deze aanpak zet

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
 Teams beter thuis in thuiszorg?


Participatie is een veel gebezigde term, maar wat is het nu feitelijk? Participatie betreft het beïnvloeden van veranderingsprocessen door verschillende partijen, die naast verschillende belangen ook gezamenlijke belangen hebben en erkennen (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002). Participatie is echter een relatief begrip. Hierbij kan het volgende onderscheid worden gemaakt:

• meeweten: de betrokkenen worden geinformeerd over de plannen;
• meepraten: de betrokkenen worden geconfronteerd met een plan of enkele alternatieven en achteraf worden de meningen gepeild;
• meedenken: de betrokkenen worden ingeschakeld bij het bedenken van oplossingen;
• meebeslissen: de betrokkenen nemen deel aan de besluitvorming. De besluitvorming kan betrekking hebben op een breed traject, het vaststellen van doelen, kaders en ook het ontwerp, of op een eng traject: het ontwerp, gegeven de doelen en kaders.

Afhankelijk van de impact, het vereiste tempo, het wederzijds vertrouwen en de scope van verandering kan een passende strategie worden vastgesteld. In situaties waarin er enerzijds noodzaak is om snel tot organisatieverandering te komen maar anderzijds betrokken medewerkers een belangrijke succesfactor zijn, is het zinvol om elementen van beide benaderingen te combineren; zowel de voortvarendheid van de top-down aanpak als het creëren van eigenaarsschap bij medewerkers door middel van participatie in het veranderingsproces. Van Amelsvoort en Metsemakers (2002) noemen in dit verband de grof-fijnacyclus. Deze aanpak heeft elementen van beide werkwijzen. Daarom volgt hieronder een korte schets.

Grof-fijn

Deze benadering kenmerkt zich door het grofontwerp dat in de aanvangsfase door een beperkte groep gemaakt wordt. Hiermee wordt getracht versnelling te krijgen bij het maken van belangrijke, politiekgevoelige, ontwerpkeuzen. Doel van een vlot grofontwerp is de bureaucratische krachten, die uit zijn op behoud van het bestaande, in een vroeg stadium af te zwakken (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002). Hierdoor ontstaan basiscondities voor een bredere participatie van medewerkers in het vervolghoofdstuk. De fijnstructuur wordt door middel van een bredere participatie ontwikkeld.

De grof-fijnbenadering heeft de beste effecten onder de volgende omstandigheden (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002):

• er is externe noodzaak en interne onvrede en daarmee voldoende aanleiding om tot ingrijpende veranderingen over te gaan;
• het managementteam heeft een collectieve drijfveer en visie;
• tussen management en werknemersvertegenwoordiging is een voldoende vertrouwensbasis aanwezig;
• op meerdere fronten zijn er potentieële ‘kartrekkers’ met veranderingsvaardigheid;
• een sociaal plan voor de niet-benoembare ‘ex-sleutelfunctionarissen’ is van kracht;
tijd en budgettaire ruimte is beschikbaar om geplande en ongeplande interventies te plegen;
• de betrokken adviseurs hebben een flexibele opstelling en kunnen op onvoorspelbare omstandigheden (ontwerptechnisch en veranderkundig) inspelen. Ze hebben een grote vaardigheid om te enthousiasmeren en genieten het vertrouwen van de verschillende partijen.

Tot slot
In dit hoofdstuk is ingegaan op een sociotechnische manier van organiseren. Uitleg is gegeven over de gevolgen van traditionele organisatie-inrichting met maximale arbeidsdeling in een dynamische omgeving. Vervolgens is een ‘gereedschapskist’ met begrippen ‘gevuld’ die nodig zijn om dieper in te gaan op het sociotechnische perspectief voor organiseren. De verschillen tussen traditionele organisatievormen en organisatievormen die gebaseerd zijn op het sociotechnische perspectief kunnen als volgt getypeerd worden (zie tabel 3.1):

Primair proces: functionele concentratie versus procesdominatie
In plaats van het opbouwen van de organisatie rondom de verschillende taken, wordt gekozen om de gehele keten van activiteiten te nemen als basis van organiseren.

Hiërarchisering en centrale sturing versus lokale regelcapaciteit
In een moderne organisatie is op lokaal niveau regelcapaciteit gealloceerd om in te spelen op klantenwensen. In traditionele organisaties in het uitgangspunt daarentegen centrale regelcapaciteit en het opbouwen van een inflexibele besturingsstructuur.

Aspectmatige staf sturing versus integraal management
In traditionele organisaties gaat de centrale sturing vergezeld door aspectmatig ondersteunende stafafdelingen die in de praktijk veel invloed hebben; de zogenaamde stafsturing. Bij het sociotechnisch perspectief is integraal management het uitgangspunt, eventueel ondersteund door lokale staf en een minimale centrale staf.

Individuele sturing versus teamverantwoordelijkheid
In een moderne organisatie zijn kleine flexibele teams met breed inzetbare teamleden, taakverbreding en een hoge mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid belangrijke bouwstenen. In traditionele organisaties is er sprake van smalle taken en een individuele hiërarchische aansturing.

### Tabel 3.1 Traditionele en Sociotechnische organisatievormen

<table>
<thead>
<tr>
<th>OMGEVING</th>
<th>TRADITIONELE ORGANISATIES</th>
<th>ORGANISATIES VOLGENS HET SOCIOTECHNISCH PERSPECTIEF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>stabiel</td>
<td>maximale arbeidsdeling</td>
<td>turbulent</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>functionele concentratie</td>
<td>minimale arbeidsdeling</td>
</tr>
<tr>
<td>hiërarchisering, centrale sturing, aspectmatige stafsturing</td>
<td>procesdominatie</td>
<td>lokale regelcapaciteit, integraal management</td>
</tr>
<tr>
<td>smalle individuele taken en verantwoordelijkheid</td>
<td>groepsverantwoordelijkheid met brede taken.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Uiteraard zal hierbij de omgevingscontext in beschouwing genomen moeten worden. Traditionele organisatievormen gedijen in een stabiele context, terwijl moderne organisaties ontwikkeld worden in een turbulente omgeving.

Nu de theoretische achtergronden en resultaatgebieden van de sociotechniek zijn verkend kan in hoofdstuk vier de uitgangssituatie bij de gevalstudie worden geschetst: Sensire uitgangssituatie.
Hoofdstuk 4 De gevalstudie: uitgangssituatie

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van thuiszorgorganisatie Sensire vóór de organisatieverandering. Hierbij worden eerst enkele algemene uitgangspunten van het zorgen-welzijnsproces uiteengezet. Vervolgens wordt in § 4.2 ingegaan op het historisch perspectief van de organisatie die nu Sensire heet. Doordat enerzijds schaalvergroting plaatsvond, maar anderzijds de oorspronkelijke uitvoeringseenheden intact bleven, werd de organisatie steeds complexer. Paragraaf 4.3 gaat in op de productiestructuur. Ten eerste vindt globale analyse van de de gehele organisatie op macroniveau plaats. Daarna op mesoniveau waarbij er dan specifiek wordt ingegaan op de afdelingen behorend bij de thuiszorg. Hierbij zijn knelpunten in kaart gebracht die voortkomen uit de manier van organiseren. Deze knelpunten zijn geïnventariseerd en geanalyseerd. Ten slotte wordt de besturingsstructuur in kaart gebracht waarbij onder andere de staf/lijn-relaties aan de orde komen.

4.1 Het zorgproces

In deze paragraaf wordt met name het basisproces van de thuiszorg kort uiteengezet. Enkele algemene kenmerken van het zorgproces worden gegeven, waartoe ook elementen van welzijn behoren, zodat een globaal beeld ontstaat van het primaire proces van een thuiszorgorganisatie. In het primaire proces kunnen de volgende universele stappen worden onderscheiden (zie figuur 4.1):

1. verrichten van de intake;
2. opstellen van het zorgplan;
3. inplannen van klant in werkschema’s;
4. verlenen van de thuiszorg;
5. evalueren van het gehele proces.

De intake wordt alleen gehouden bij de start van het zorgproces. Er wordt dan vastgesteld wat de specifieke zorgvraag is. Naar aanleiding hiervan kan het zorgplan opgesteld worden. De volgende stap is het inplannen van de zorg: benodigde deskundigheden, frequentie, tijdstip en tijdsduur worden bepaald. Daarna worden de zorg en/of welzijnsactiviteiten uitgevoerd. Naar aanleiding hiervan kunnen bijstellingen noodzakelijk blijken en kunnen de
zorgactiviteiten opnieuw ingepland worden. Dit is een eerste iteratief proces: wijzigingen vinden plaats op basis van de ervaringen van klanten en medewerkers. De situatie van de klant kan ook instabiel zijn en daardoor aanleiding geven voor tussentijdse bijstellingen. Periodiek vindt evaluatie van het zorgproces plaats. De vraag hierbij is of het zorgplan nog overeenkomt met datgene wat benodigd is. Als dit niet het geval is vindt bijstelling van het zorgplan plaats. Dit is het tweede iteratieve proces. Het inplannen en verlenen van de zorg wordt gedaan gedurende de periode die in het zorgplan is vastgesteld en/of als evaluatie uitwijst dat zorg niet meer verleend hoeft te worden.


Naast overeenkomsten zijn er ook nadrukkelijke verschillen tussen intramurale en extramurale zorg en thuiszorg. Financieringsstromen komen bijvoorbeeld niet overeen. Intramurale zorg is budget gefinancierd, afhankelijk van de capaciteit en de bezettingsgraad van het aantal kamers of bedden. Dit is een meer stabiele inkomstenbron waarmee alle kosten gedekt dienen te worden. In de extramurale zorg en de thuiszorg wordt de daadwerkelijke hoeveelheid geleverde zorg - in termen van ‘achter de voordeur’ van de klant geleverde zorguren - vergoed op basis van het kwalificatieniveau zoals dat geïndiceerd is.

Het minder leveren van zorg resulteert onmiddellijk in minder inkomsten. Een fijnmazige planning is dan ook een essentieel onderdeel van de extramurale zorg en de thuiszorg. In de intramurale zorg is sprake van een stabielere klantenpopulatie dan bij de thuiszorg. In verzorgingshuizen kan weliswaar doorstroming naar verpleeghuizen plaatsvinden, maar de klanten zijn overwegend langdurig in zorg. In de thuiszorg is sprake van een gedeeltelijk dynamische klantenpopulatie: sommige klanten zijn jaren ‘in zorg’, anderen slechts enkele dagen of weken na ziekenhuisopname. Een categorie klanten ontvangt één soort zorg, enkelvoudig, één of meerdere keren per week; andere klanten hebben meerdere vormen van zorg (meervoudig: huishoudelijk, verzorgend en verpleegkundig) op meerdere momenten per dag en gedurende de zevende dagen per week nodig. Wanneer de zorgbehoefte van een klant dan ook nog varieert, wordt veel van het aanpassingsvermogen van de organisatie gevraagd. Een deel van de werkzaamheden is planbaar, de rest is niet planbaar door onverwachte aanmelding van nieuwe klanten, noodgevallen en snel wisselende omstandigheden bij een deel van de klantengroep.

**4.2 Historisch perspectief van Sensire**

In de vorige paragraaf zijn enkele hoofdlijnen van met name de thuiszorg uiteengezet. Door nu de ontwikkeling van Sensire in een historisch perspectief te plaatsen wordt een schets gegeven van de uitgangssituatie. Op deze manier is te zien dat de systeemgrenzen telkens verder schuiven. Hierdoor kan de manier van organiseren werden verklaard. Deze schets illustreert welke aaneenschakeling van organisaties, elk met hun eigen structuur en cultuur, heeft geleid tot de vorming van Sensire.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Als beginsituatie wordt 1999 genomen toen er in stricte zin nog geen sprake was van Sensire. Vanaf 1999 heeft de organisatie de volgende globale ontwikkelingen doorgemaakt (zie figuur 4.2):

1. Districtskruisvereniging Oost Gelderland en drie instellingen voor Maatschappelijke Dienstverlening vormen de ZorgGroep Oost-Gelderland
2. De vorming van Zorggroep OostNederland
3. Uitbreiding activiteiten Zorggroep Oost Nederland (later ‘Sensire’ genaamd).

**Ad. 1. De vorming van ZorgGroep Oost-Gelderland**

Eind jaren negentig gaat de districtskruisvereniging samen met drie organisaties voor gezinsverzorging. In de Achterhoek wordt ZorgGroep Oost-Gelderland gevormd uit Districtskruisvereniging Oost-Gelderland en de stichtingen maatschappelijke dienstverlening
- ‘Gelreshoeck’: Eibergen, Borculo, Neede en Groenlo;
- ‘Ente’: Winterswijk, Aalten en Lichtenvoorde;
- ‘Zutphen’: Zutphen en omstreken.

De Districtskruisvereniging Oost-Gelderland leverde de volgende diensten: ziekenverzorging en wijkverpleging bij klanten thuis, jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus) en diëtetiek. Elke stad en bijna elk dorp had z’n eigen vestiging waarbij de hoofdwijkverpleegkundige leiding gaf aan een groep wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Verpleegkundigen verleenden meestal ’s ochtends curatieve zorg zoals verpleging van ouderen en chronisch zieken. ’s Middags werden in het algemeen jeugdgezondheidszorg-activiteiten verricht zoals consultatie ten aanzien van zuigelingen, peuters en opvoedingsondersteuning. De jeugdgezondheidszorgactiviteiten hebben een preventief en signalerend karakter. De wijkverpleegkundigen hielden spreekuur in de buurt en waren daarmee het directe aanspreekpunt voor klanten en huisartsen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De indicatie van klanten werd door de wijkverpleegkundigen uitgevoerd. Wachtlijsten waren niet ongewoon, omdat de capaciteit een gegeven was door de omvang van het door de overheid bepaalde jaarlijkse 'lumpsum' budget. De zorg was vanuit de mogelijkheden van de organisatie georganiseerd en daarmee aanbodgericht.

**Maatschappelijke Dienstverlening**
De organisatie van de maatschappelijke dienstverlening was niet te vergelijken met die van de wijkverpleging van een districtskruisvereniging. De stichtingen Maatschappelijke Dienstverlening bestonden uit twee onderdelen die gescheiden van elkaar opereerden. Eenerzijds was er de gezinsverzorging ten behoeve van bejaarden en chronisch zieken. Hierbij kan gedacht worden aan huishoudelijke werkzaamheden maar ook ondersteunende, verzorgende en activerende activiteiten, zodat ouderen en chronisch zieken zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Op lokaal niveau was de leiding en planning in handen van een leidster. Er was daarbij nauwelijks sprake van ondersteuning. Anderzijds was er 'Algemeen Maatschappelijk Werk', waarbij maatschappelijk werkers vooral psychosociale hulp boden aan mensen van alle leeftijden met uiteenlopende problematiek (opvoedingsproblemen, relatieproblemen, problemen met werk, financiën, et cetera).

De gezinsverzorging werd op subsidiebasis bekostigd. De omvang van de beschikbare subsidie werd jaarlijks door de rijksoverheid vastgesteld. Meestal was er sprake van krappe financiering, waardoor wachtlijsten ontstonden. De indicatie voor zorg was in handen van de instellingen voor gezinsverzorging. Het systeem was erop gericht ‘de schaarste’ zo eerlijk mogelijk te verdelen.

**Het ontstaan van ZorgGroep Oost-Gelderland**

Enkele opvallende wijzigingen zijn:

- Door ook ‘s avonds en in het weekend zorg te gaan verlenen, kon niet langer worden verwacht dat wijkverpleegkundigen het aanspreekpunt van de buurt zijn. Daarom werd een centraal call center opgericht voor alle gemeenten. ZorgGroep Oost-Gelderland was voortaan 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar.
- De indicatie werd in een afzonderlijke afdeling ondergebracht en gemeenschappelijk met een nog niet gefuseerde instelling voor gezinsverzorging uitgevoerd.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
• Jeugdgezondheidszorg enerzijds en anderzijds verplegende activiteiten waren niet langer te verenigen door de wijkverpleegkundigen. Deze bleken namelijk accenten te leggen op één van beide disciplines: of het curatieve karakter van de verpleging of het preventieve karakter van de jeugdgezondheidszorg, afhankelijk van competenties en interesse van de verpleegkundige. Dit heeft geleid tot een splitsing in afzonderlijke afdelingen.

• Huishoudelijke verzorging (afkomstig uit organisaties voor Maatschappelijke Dienstverlening) vormde samen met Verzorging en Verpleging (afkomstig uit de districtskruisvereniging) de Thuiszorg.Beide blijven wel aparte afdelingen.

Ad 2. Vorming Zorggroep OostNederland
De ingezette schaalvergroting blijft doorgaan; in 2000 sloten de zorgorganisaties Ouderzorg Ruurlo/Vorden en Thuiszorg Hameland van Nispenhof zich aan en werd de Zorggroep OostNederland opgericht (Almekinders e.a., 2000), die de bestuurlijke eindverantwoordelijkheid krijgt over de verschillende fusiepartners.

Figuur 4.3 geeft een indruk van de inrichting van de organisatie na de schaalvergroting als gevolg van fusies. Er is te zien dat de verschillende fusiepartners binnen een gewijzigde structuur de eigen structuur trachten te continueren. Tevens is zichtbaar hoe er een functionele opsplitsing gemaakt is tussen thuiszorgactiviteiten, jeugdgezondheidszorg, diëtetiek, algemeen maatschappelijk werk, kraamzorg en cursusbureau. Naast de extramurale thuiszorg is er ook intramurale zorg bijgekomen in de vorm van verzorgingshuizen.
Ad. 3 Uitbreiding activiteiten Zorggroep OostNederland
In 2001 trad ook zorgorganisatie Sorgh Saem (een grote verpleeghuis- en verzorgingshuisc combinatie) toe tot Zorggroep OostNederland door middel van een fusie met Hameland van Nispenhof. In datzelfde jaar werden de activiteiten van het failliete kraamzorg- en thuiszorgbedrijf NTN overgenomen. Deze situatie, de organisatie Zorggroep OostNederland anno 2001, is de uitgangssituatie bij het onderzoek: de organisatie voor de inverventies vanuit sociotechnisch perspectief.

4.3 ‘Sensire uitgangssituatie’: de structuur van het primaire proces

Afdelingen in het primaire proces zijn: kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, cursusbureau, diëtetiek, kinderopvang en thuiszorg en de beide verzorgingshuizen. Binnen deze laatste afdeling zijn weer subafdelingen te onderscheiden. Elke afdeling heeft haar eigen discipline en is dikwijls tot stand gekomen om enige vorm van schaalgrootte in deze complexe organisatie te krijgen. Verschillende afdelingen opereren betrekkelijk solitair in het primaire proces waardoor grensoverschrijdend overleg met andere afdelingen uit het primaire proces beperkt blijft. Een goed voorbeeld hiervan is de afdeling JeugdGezondheidsZorg. Uiteraard is er afstemming met het cursusbureau en kan er af en toe doorverwijzing naar maatschappelijk werk plaatsvinden, bijvoorbeeld wanneer een pedagoog ontdekt dat de opvoedingsproblemen van een bepaald kind voor een belangrijk deel worden veroorzaakt door een instabiele gezinssituatie. Dit is echter geen dagelijkse gang van zaken. Wel is er afstemming noodzakelijk tussen de afdelingen thuiszorg en maatschappelijk werk. Een thuiszorgmedewerker komt bij gezinnen thuis en kan daardoor als geen ander inschatten of iemand uit een gezin maatschappelijk werk nodig heeft. Er zijn twee afdelingen thuiszorg, één inclusief verpleging en één exclusief verpleging, en ook twee
Afdelingen maatschappelijk werk. Tussen deze verschillende afdelingen is er wel grensoverschrijdend overleg nodig, indien ze uit dezelfde fusiepartner afkomstig zijn. Anderzijds is er door het opknippen van het primaire proces in de verschillende afdelingen een gebrek aan overzicht ontstaan waardoor er juist ook te weinig afstemming is. Een klant vertelt aan een huishoudelijk verzorgende dat hij of zij moeite heeft met lopen en bang is om te vallen, maar de huishoudelijk verzorgende is er niet van op de hoogte dat er cursussen worden aangeboden over dit thema en verwijst de klant dus niet door. Een medewerker van kinderopvang hoort weliswaar dat een gezin financiële problemen heeft, maar weet niet dat er sociaal raadslieden bij maatschappelijk werk actief zijn die praktische ondersteuning kunnen bieden. Ook binnen de subafdelingen van thuiszorg zijn dergelijke afstemmingsproblemen; in § 4.3.1 worden die nader toegelicht.

Figuur 4.5 Toename van coördinatie

Afstemmingsnoodzaak is er vooral ook tussen de afdelingen uit het primaire proces en de vele ondersteunende afdelingen. Afstemming met P&O, administratie, facilitaire zaken, kwaliteit. Elke afdeling heeft haar eigen (suboptimale) invalshoek waardoor niemand een integraal overzicht heeft. Figuur 4.5 geeft een overzicht van de toename aan coördinatie. Er
is te zien dat er voornamelijk afstemming is tussen het primaire proces ('doen') en de ondersteunende afdelingen ('denken'). Ook is zichtbaar dat er nauwelijks afstemming tussen de verschillende afdelingen in het primaire proces bestaat. Uiteraard is er ook afstemming tussen de verschillende ondersteunende afdelingen onderling, maar om het figuur enigszins overzichtelijk te houden wordt dit niet weergegeven. Doordat sprake is van ‘opeenstapeling’ van afdelingen door fusie, zijn er meerdere gelijksoortige ondersteunende afdelingen, zoals ICT of facilitair. Deze werken nog voor het onderdeel waartoe zij voor de fusie toe behoorden.

4.3.1 Structuur primaire proces: mesoniveau

In § 4.3 is de afstemmingsproblematiek tussen afdelingen in het primaire proces beschreven. De focus van dit onderzoek ligt echter met name op de thuiszorg; andere activiteiten die bij Sensire worden uitgevoerd blijven buiten beschouwing. Er wordt daarom voornamelijk ingegaan op de uitvoering van deze activiteiten binnen en tussen de verschillende subafdelingen die bij thuiszorg worden onderscheiden.

De ambitie van Sensire om ‘met de klant een vertrouwensrelatie op te bouwen gebaseerd op gelijkwaardigheid, inlevingsvermogen en creativiteit’ is bij een traditionele wijze van organiseren lastig te realiseren. Door de taakspecialisatie is het werk verdeeld in verschillende taken die door verschillende ‘gespecialiseerde’ medewerkers worden uitgevoerd. Dit leidt bij klanten die meervoudige zorg nodig hebben tot een groot aantal verschillende medewerkers per klant. Dit heeft een negatieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensrelatie doordat er veel en steeds weer andere medewerkers bij dezelfde klant komen. En invoelen wat er bij die klant speelt of signaleren wat er nodig is, is erg moeilijk als een medewerker maar af en toe bij die klant komt. Ook is er door het aantal verschillende medewerkers bij één klant sprake van een lastig coördinatievraagstuk. Bovendien is het voor medewerkers met weinig regelruimte niet mogelijk om in te spelen op de specifieke wensen en behoeften van de individuele klant.

**Opbouwen van een vertrouwensrelatie met mevrouw A**

Mevrouw A is een zelfstandig wonende oudere. Ze kan zich nog redelijk redden maar heeft wel thuiszorg nodig. Dagelijks komt er een verpleegkundige om haar wond te verzorgen en te helpen met haar stoma. Ook komt er twee keer per dag een verzorgende die helpt met de steunkousen aan- en uittrekken en met wassen en douchen. Bovendien komt er 1 keer per week een huishoudelijk verzorgende die helpt met het huis schoonmaken. In onderstaand figuur is te zien dat ze in een willekeurige week 14 zorgverleners bij haar thuis krijgt. Het opbouwen van een relatie is zo onmogelijk; de week erop komen weer deels andere zorgverleners.

![Figuur 4.6 Wisselende zorgverleners](image)

uitgangspunt is de zelfstandigheid van klanten te ondersteunen zodat zij ‘zelfstandig leven vol vertrouwen’. Uit onderzoek (Bijsterveld, 2001) blijkt dat vooral ouderen zich juist afhankelijk gaan voelen als ze niet weten hoe laat de hulp van de thuiszorg komt of wie er
komt. Dit gebeurt bij de traditionele wijze van organiseren regelmatig. Door de wijze waarop wordt gewerkt kunnen medewerkers niet snel en flexibel genoeg inspelen op wensen van de klant. Uit onderzoek (PricewaterhouseCoopers en Instituut Werk en Stress, 2002) blijkt dat er veel betrokken en bekwaame medewerkers in de organisatie zijn met kwaliteiten en competenties die niet optimaal benut worden. Zo lijken medewerkers prima hun eigen huishouding te runnen of op een hoog niveau bijvoorbeeld hun hobby zelfstandig uit te oefenen. Maar voor het reageren op relatief simpele vragen van een klant dienen diezelfde medewerkers vaak eerst te overleggen met hun leidinggevenden, terwijl men buiten de werksituatie blijkbaar in veel gevallen uitstekend in staat is zelf oplossingen te zoeken. De huidige verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden beperkt de medewerker een adequaat en creatief antwoord te geven op wensen van de klant.

Hoewel onderzoek aantoont (PWC Consulting & Nivel, 2002) dat klanten de organisatie positief waarderen, zijn er in datzelfde onderzoek opmerkingen van klanten over de vele verschillende medewerkers per klant en het gebrek aan informatie. Tevens is de coördinatie van de zorg tussen medewerkers onderling onvoldoende en is de organisatie volgens de respondenten niet altijd betrouwbaar in het nakomen van afspraken met klanten. Dit vergroot het gevoel van afhankelijkheid bij de klant, belemmert een vertrouwensrelatie en is daarmee tegengesteld aan wat beoogd wordt.

De zorg wordt door individueel opererende uitvoerende medewerkers verleend aan verspreid wonende klanten. De uitvoerende medewerker heeft door de aard van het werk weinig contact met collega’s of leidinggevenden. Nogal wat medewerkers hebben een sterkere band met ‘hun’ klant dan met ‘hun’ organisatie. Het komt regelmatig voor dat niet alle declarabele uren ‘geschreven’ worden, om zodoende de wettelijk verplichte financiële eigen bijdrage voor die klant te beperken. Het gevolg is dat de organisatie inkomsten derft.

Thuiszorgorganisaties zijn overwegend nog georganiseerd zoals ten tijde van de samenvoeging van kruiswerkorganisaties met organisaties voor Maatschappelijke Dienstverlening eind jaren negentig in de vorige eeuw. De basis van deze manier van organiseren vindt z’n oorsprong in deze organisaties en is grotendeels intact gebleven. Er worden hierbij twee afdelingen onderscheiden: ThuisVerzorging en Verzorging & Verpleging.

Afdeling ThuisVerzorging
De afdeling ThuisVerzorging houdt zich bezig met huishoudelijke en ‘licht’ verzorgende activiteiten. Hierbij kan gedacht worden aan het schoonmaken van het huis, wassen en strijken, boodschappen doen, huisdieren verzorgen, klanten helpen met aankleden, steunkousen aantrekken, helpen bij een douchebeurt, et cetera. Daarnaast is er sociale begeleiding door een medewerker van ThuisVerzorging: een luisterend oor, persoonlijke aandacht, sociaal contact zijn niet alleen van groot belang voor de betreffende klant maar ook voor de familie van de klant. Bij ThuisVerzorging is vaak sprake van een meerjarige klantrelatie met een contacttijd van drie uur aaneengesloten, één of twee keer per week. Omdat iedere medewerker zijn of haar ‘eigen’ klanten heeft komen deze medewerkers zelden op kantoor. Collega’s kennen ze daarom ook nauwelijks omdat er geen afhankelijkheid tussen medewerkers van de afdeling ThuisVerzorging is.

Afdeling Verpleging & Verzorging
Verzorging en verpleging zijn activiteiten die betrekkelijk separaat van elkaar worden uitgevoerd binnen de afdeling Verpleging & Verzorging. Verzorgenden verlenen persoonlijke verzorging zoals medicijnen klaarzetten en toedienen, maaltijden verzorgen, wasbeurten en lichamelijke verzorging, boodschappen doen en ook sociale begeleiding. Verpleegkundigen verrichten verpleegtechnische handelingen als wond- en stomaverzorging, injecteren, katheteriseren en andere verpleegtechnische handelingen. Bij verzorging maar vooral bij verpleging is er sprake van zogenaamde ‘momentzorg’. Dit betekent dat een verpleegkundige slechts één of enkele handelingen uitvoert en daardoor korte tijd per uur bij...
een klant aanwezig is. Verzorging en verpleging kan bij dezelfde klant op meerdere momenten per dag (en nacht) plaatsvinden. Doordat de zorgvraag minder stabiel is, is de planning nog aanzienlijk complexer en meer onderhevig aan wisselingen dan bij ThuisVerzorging. Verzorging en verpleging hebben elk hun eigen werkoverleg. Verzorgenden en verpleegkundigen werken afzonderlijk in eigen subafdelingen en hebben daardoor ook ieder hun eigen werkoverleg. Er is nauwelijks functionele afhankelijkheid tussen verzorgenden onderling en tussen verpleegkundigen onderling. Functionele afhankelijkheid tussen verzorgenden en verpleegkundigen is er wel; beide functiegroepen komen immers bij dezelfde klanten over de vloer. Maar er is geen sprake van vaste klanten voor een vaste groep verzorgenden en verpleegkundigen. Overleg over de klant is daardoor niet zinvol, want er is telkens een wisselende samenstelling verzorgenden en verpleegkundigen rond een klant.

Knelpuntenanalyse
Om in kaart te brengen welke problemen zich bij deze manier van organiseren voordoen, wordt een knelpuntenanalyse uitgevoerd. In bijlage E1 is de gehanteerde IDEF-analyse nader beschreven.

De knelpuntenanalyse levert allereerst een integraal overzicht van het proces in de oude organisatie. De complexe organisatie wordt gevisualiseerd (zie bijlage E2). De complexiteit ontstaat voornamelijk door het grote aantal afhankelijkheden tussen de verschillende subafdelingen. Medewerkers van de afdeling ThuisVerzorging hebben bijvoorbeeld problemen in de afstemming met medewerkers van de afdeling Verpleging en Verzorging. Ook het onderdeel Verzorging en de het onderdeel Verpleging van Verpleging & Verzorging hebben problemen met hun onderlinge afstemming. Hoe meer afstemmingen (pijlen), hoe meer kansen op verstoringen. Doordat er veel afhankelijkheden zijn in activiteiten tussen (sub-) afdelingen is de kans op verstoringen groter (zie § 3.1). Veel verstoringen kunnen een gevolg zijn van de gekozen manier van organiseren: samenhangende activiteiten zijn ondergebracht in gescheiden afdelingen.

Uit de uitgevoerde IDEF-analyse kan worden afgeleid dat veel knelpunten bij de uitvoerende processen inderdaad voortkomen uit de complexe organisatiestructuur. In bijlage E4.1 worden de knelpunten vermeld. Van ieder knelpunt wordt aangegeven wat de frequentie is (vaak, af en toe, regelmatig) en wat de gevolgen zijn voor medewerkers, klanten en doelmatigheid.

Tabel 4.1 geeft de frequentie van de knelpunten weer.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 4.1 Frequentie knelpunten uitgangssituatie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frequentie knelpunten</td>
</tr>
<tr>
<td>Aantal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Enkele belangrijke knelpunten zijn:

1. Het op elkaar afstemmen van alle deeltaken vereist veel coördinatie, maakt het proces gevoelig voor verstoringen en leidt tot inflexibiliteit. De verstoringen resulteren in voortdurende bijstellingen in de planning; medewerkers komen niet meer op de afgesproken tijd bij klanten, er ontstaan minder optimale routes en er wordt ‘tijd ingehaald’ door minder zorg te leveren dan geïndiceerd. Dit knelpunt wordt enerzijds veroorzaakt door de scheiding tussen uitvoerende en regelende functies, omdat degene die het werk uitvoert de planner moet informeren over de wijziging en vice versa. De vertraging die hiermee gepaard gaat zorgt voor een informatieachterstand die leidt tot de beschreven problemen. Daarnaast ligt de oorzaak van dit knelpunt in het splitsen van uitvoerende functies. De vele functies (zoals wijkverpleegkundige, verpleegkundige in de wijk, verpleegkundige individuele gezondheidszorg) zorgen voor een grote afstemmingsnoodzaak, hetgeen leidt tot een complexe planning.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

69

3. De huidige werkwijze leidt tot ‘opslingereffecten’ bij verstoringen: als een klant iets meer of minder tijd vraagt, een klant uitvalt of er een nieuwe klant tussen wordt geschoven, leidt dat tot zorg op een niet afgesproken tijdstip bij de navolgende klanten in die dienst van de medewerker. Elke verschuiving van meer dan één kwartier betekent in feite een wijziging in het dagschema van de klant met alle effecten op de perceptie van de klant ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. Oorzaak hiervoor is de splitsing van uitvoerende functies in kleinere functionele eenheden: doordat iedere medewerker feitelijk kleine deeltaken uitvoert werkt uitloop bij de ene klant (deeltaak) snel door naar de volgende klant.

4. Ver doorgevoerde taakverdeling resulteert in meer medewerkers per klant, klanten achten dit zeer ongewenst. Dit heeft dezelfde oorzaak als bij het vorige knelpunt: de splitsing van uitvoerende functies. Een andere oorzaak is de formalisering van bevoegdheden; door de strikte functiescheiding worden weinig werkzaamheden van elkaar overgenomen.

5. Schuiven met de werkschema’s van medewerkers brengt voor hen veel onrust met zich mee, ‘gejojo’ met medewerkers, geeft de medewerkers het gevoel dat zij nauwelijks grip hebben op de planning. Dit komt de ervaren kwaliteit van de arbeid niet ten goede. De oorzaak hiervan is de scheiding tussen uitvoerende en regelende functies: de medewerkers hebben geen grip op hun werk omdat ze niet zelf plannen. Dit regelvermogen is gecentraliseerd bij de zorgmanager; ondersteund door de planningscoördinatoren.


7. Er is sprake van éénrichtingsverkeer tijdens het werkoverleg omdat er geen functionele afhankelijkheid is tussen de medewerkers: er zijn geen vaste collega’s met wie bepaalde klanten gedeeld worden en zinnig overleg over deze klanten kan worden gevoerd. Oorzaak hiervan is de splitsing van uitvoerende functies in kleinere functionele eenheden: iedere medewerker voert een deelhandeling uit waardoor er geen overzicht is over het zorgproces van een klant en vaste klanten niet met collega’s worden gedeeld.

8. Afstemming tussen medewerkers over klanten vindt plaats via het zorgdossier omdat er dikwijls sprake is van veel en wisselende medewerkers bij klanten. Dit zorgdossier is niet altijd volledig of geheel up-to-date en wordt misbruikt als middel om andere medewerkers op zaken aan te spreken. Dit heeft dezelfde oorzaak als het vorige knelpunt: splitsing van uitvoerende functies. Daardoor is er veel afstemming nodig. Aangezien medewerkers elkaar in principe niet bij een klant zien, wordt het zorgdossier als communicatiemiddel ingezet.

9. Doordat medewerkers regulier bij klanten komen die ze niet of nauwelijks kennen, hebben ze geen integraal overzicht van het zorgproces van deze klant: ‘Meneer is deze week wat minder in de war dan de weken ervoor’., waardoor ze minder patronen herkennen (met als gevolg ook minder leermogelijkheden). Oorzaak hiervan is de splitsing van uitvoerende functies in kleinere eenheden.

10. Medewerkers hebben geen zicht op de werkzaamheden van collega’s en kunnen daardoor geen activiteiten van elkaar overnemen: ‘Zou jij even een boterham willen smeren voor mevrouw, als je toch bij haar bent om haar ogen te druppelen?’. Dit
veroorzaakt weer extra reistijd. Ook hier geldt als oorzaak: splitsing van uitvoerende functies in kleinere functionele eenheden.

In figuur 4.7 wordt weergegeven hoe de tien knelpunten hun oorsprong vinden in de algemene kenmerken van traditionele organisatie-inrichting.

### Figuur 4.7 Knelpunten veroorzaakt door traditionele organisatie-inrichting

#### Belangrijke knelpunten ‘Sensire traditioneel’

1. Coördinatie deeltaken, bijstelling in planning
2. Planning kost veel tijd
3. Opslingereffecten
4. Veel medewerkers per klant
5. ‘Gejojo’ met medewerkers
6. Voortgang afhankelijk van leidinggevende; werkdruk
7. Eénrichtingsverkeer
8. Afstemming via zorgdossier
9. Geen overzicht: geen leermogelijkheden
10. Geen zicht op elkaars werk; extra reistijd

#### Kenmerken traditionele organisatie-inrichting

- Scheiding tussen uitvoerende en regelende functies
- Hiërarchisering en centralisatie regelvermogen
- Splitsen uitvoerende functies in kleinere functionele eenheden
- Splitsen regelende functies in lijn en staf
- Formalisatie / standaardisatie bevoegdheden en procedures

### 4.3.2 Productiestructuur: microniveau

In § 4.3.1 zijn de afdelingen ThuisVerzorging en Verzorging & Verpleging beschreven en de wijze waarop deze zich tot elkaar verhouden. In deze paragraaf wordt niet gekeken naar de verhouding tussen de afdelingen, maar die binnen de afdelingen. Ook de direct leidinggevende wordt hierbij betrokken. Om de impact van de traditionele manier van
organiseren op de verschillende functies vast te stellen is een functie-analyse uitgevoerd. Hiervoor is de WEBA-methode gehanteerd. In bijlage F is de WEBA-methodiek nader toegelicht.

De volgende functies worden onderscheiden:
- Huishoudelijk helpende;
- Verzorgende;
- Verpleegkundige;
- Thuiszorgmanager

De huishoudelijk helpende is een functie die in de afdeling ThuisVerzorging voorkomt. De verzorgende en verpleegkundige zijn functies die in de afdeling Verzorging & Verpleging voorkomen. Dit onderzoek is beperkt tot de belangrijkste uitvoerende functies in de thuiszorg en de functie thuiszorgmanager omdat de functieinhoud van de laatste aanzienlijk is gewijzigd door de introductie van het teambased werken en dit inzicht verschaf in de verschuivingen van taken naar de teams.

In onderstaande beschrijving worden enkele opvallende kenmerken van de functieprofielen van de verschillende functies genoemd. In bijlage G zijn de functieprofielen compleet en uitgebreid beschreven. Een totaaloverzicht volgt in § 5.4.2, waar zowel de functieprofielen van ‘Sensire uitgangssituatie’ als ‘Sensire nieuw’ worden weergegeven.

**Huishoudelijk helpende**
De moeilijkheidsgraad bij het werk van de huishoudelijk helpenden betreft vooral het sociale aspect: een relatie opbouwen, sociale activering van klanten, et cetera. Huishoudelijk verzorgenden ‘delen’ geen klanten: bij ziekte en vakantie wordt de afwezigheid soms onderling met de klant geregeld, maar meestal met de zorgmanager afgestemd. Hierdoor is er geen functioneel contact met collega’s. Collega’s ontmoet men niet, omdat de huishoudelijk verzorgende nauwelijks op kantoor komt. Er zijn dus ook geen mogelijkheden om een sociaal contact met collega’s op te bouwen.

**Verzorgende**
De moeilijkheidsgraad is beperkt voldoende want de meeste werkzaamheden zijn eenvoudige handelingen. Sociale handelingen, zoals een relatie opbouwen met de klant en de betreffende familie, zijn moeilijker. De autonomie is onvoldoende. Omdat de planningsfunctionaris de werkoorders opstelt, heeft de verzorgende bijvoorbeeld geen invloed op de volgorde waarin zij haar klanten verzorgt. De volgorde van handelingen en de werkmethode worden enerzijds beperkt door de aard van de werkzaamheden, maar anderzijds kunnen er wel zelf prioriteiten worden gesteld met betrekking tot het verrichten van handelingen en de manier waarop die worden verricht. Regelproblemen zijn er vooral in de afstemming met verpleegkundigen, huishoudelijk helpenden en ook de andere verzorgenden. Met de collega verzorgenden is er maandelijks een bijeenkomst. De contactmogelijkheden zijn onvoldoende omdat verzorgenden geïsoleerd van hun collega’s werken. Ze treffen slechts bij toeval een verpleegkundige bij een klant. Er worden geen klanten gedeeld zodat er geen functionele contacten zijn. Hierdoor worden ook geen condities gecreëerd om sociale contacten met collega’s op te bouwen.

**Verpleegkundige**
De autonomie is onvoldoende. De stressrisico’s nemen namelijk toe als het aantal klanten toeneemt. Binnen dezelfde hoeveelheid tijd moeten immers meer klanten worden behandeld. Er zijn regelproblemen in de afstemming met verzorgenden en huishoudelijk helpenden; de afstemming verloopt via het zorgdossier. Er is weinig functioneel contact met andere verpleegkundigen en geen functioneel contact met verzorgenden en huishoudelijk helpenden omdat er geen klanten ‘gedeeld’ worden.
**Thuiszorgmanager**

Thuiszorgmanagers hebben weinig invloed op eigen werktijd en werkvolgorde. De oorzaak hiervan is dat thuiszorgmanagers als enigen verantwoordelijk zijn voor het planningsproces. De goede voortgang van de bedrijfsvoering is daardoor sterk afhankelijk van het alert reageren op situaties door thuiszorgmanagers. Zij voelen zich dan ook continu onder druk staan en kunnen nauwelijks afwezig zijn. De taakvolgorde van de werkzaamheden is altijd ondergeschikt aan het ‘rond krijgen’ van de planning. De autonomie van thuiszorgmanagers is daardoor onvoldoende. Ook de functievolledigheid is onvoldoende. Deze leidinggevenden zijn voornamelijk bezig met operationeel regelwerk. Er is weinig zicht op het functioneren van de medewerkers en weinig tijd om medewerkers te coachen bij hun ontwikkeling.

### 4.4 ‘Sensire uitgangssituatie’: de besturingsstructuur

In § 4.3 tot en met § 4.3.2. is de productiestructuur bij ‘Sensire uitgangssituatie’ uiteengezet. Op micro-niveau is bovendien al kort ingegaan op een element van de besturingsstructuur: de zorgmanager als direct leidinggevende. In deze laatste paragraaf wordt met name verder op lijn- en staftaken ingegaan.

Als gevolg van schaalvergroting ontstaan meer overheadactiviteiten en neemt het aantal indirecte medewerkers toe. Die worden ondergebracht in ondersteunende afdelingen. Deze afdelingen zoals financiën, P&O, informatievoorziening, facilitaire dienst (met bijvoorbeeld huisdrukkerij, gebouwenbeheer, magazijn, postbezorging, kantoorartikelenleverantie, et cetera) worden al snel in centrale stafafdelingen georganiseerd en in een hoofdkantoor ondergebracht. Deze centrale afdelingen kregen veelal een eigen Management Team met een afdelingshoofd en managers van subafdelingen, zoals bijvoorbeeld bij de facilitaire dienst het geval is.

Ook in de lijnorganisatie neemt het aantal hiërarchische niveaus toe. Het aantal leidinggevenden en leidinggevende lagen in de lijn groeit van drie naar vijf (zie figuur 4.8).

![Figuur 4.8 Ontwikkeling aantal leidinggevende lagen](image)

Op micronevel is de zorgmanager verantwoordelijk voor de gehele planning van een afdeling Thuisverzorging en Verzorging & Verpleging binnen een gemeente. Voor een kleine gemeente met ± 10.000 inwoners betekent dit bijvoorbeeld een weekplanning voor ± 150 parttimers bij ± 265 klanten. Een planningsfunctionaris ondersteunt de zorgmanager met het plannen van de inzet van medewerkers bij klanten voor de afdeling Verpleging & Verzorging.
Dit is een voorbeeld van splitsing van regelende functies in staf en lijn. In een grotere plaats zijn er meerdere zorgmanagers actief, deze worden dan aangestuurd door een teamleider.


Op macroniveau tenslotte zijn de directies werkzaam. Afgevaardigden van de verschillende directies zijn bovendien in de Raad van Bestuur van ‘Sensire traditioneel’ vertegenwoordigd.

**Tot slot**

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van thuiszorgorganisatie Sensire voordat daar het sociotechnisch organisatieperspectief is toegepast: ‘Sensire uitgangssituatie’. Hierbij is eerst ingegaan op enkele algemene kenmerken van het zorg- en welzijnsproces. Vervolgens is de ontstaansgeschiedenis van de organisatie, die nu Sensire heet, beschreven. Daarna is de structuur van het primaire proces in kaart gebracht. Eerst op macroniveau; de gehele organisatie en al haar afdelingen. De tweede insteek was op meso-niveau; hierbij is specifiek ingegaan op de uitvoerende thuiszorgafdelingen. De knelpunten die voortkomen uit de manier van organiseren zijn in kaart gebracht, geïnventariseerd en geanalyseerd. De derde beschrijving vond plaats op microniveau: binnen deze afdelingen zijn de belangrijkste functies geanalyseerd. De resultaten van de functieprofielen staan in § 5.4.2 waar een totaaloverzicht is gegeven van ‘Sensire uitgangssituatie’ en ‘Sensire nieuw’. Tenslotte zijn in § 4.4 nog staf- en lijnactiviteiten behandeld als onderdeel van de besturingsstructuur. Nu ‘Sensire uitgangssituatie’ in kaart is gebracht kan in hoofdstuk vijf ‘Sensire nieuw’, na toepassing van het sociotechnische perspectief, worden beschreven.
Hoofdstuk 5  De gevalstudie: een nieuwe situatie

Na diverse fusies vond op 1 januari 2002 de start van Sensire als concern plaats. Om de problemen zoals die in hoofdstuk vijf zijn beschreven het hoofd te kunnen bieden, besloot de Raad van Bestuur en Directie van Sensire tot toepassing van het sociotechnisch perspectief. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van Sensire tot in 2005. Hierbij komen de verschillende ontwerpstappen aan bod.

In § 5.1 worden de uitgangspunten van de integrale ontwerpketen behandeld; op basis daarvan zijn vervolgstappen gezet waar tijdens het veranderingsproces telkens op teruggegrepen kon worden. De productiestructuur op macroniveau gaat in op de vorming van de werkmaatschappijen; dit wordt beschreven in § 5.2. In § 5.3 komt de mesostructuur aan de orde, met de vorming van rayons en de introductie van wijkgericht werken binnen gemeenten. Vanaf deze paragraaf wordt specifiek ingegaan op één werkmaatschappij van Sensire: Sensire ‘De Slinge’. In § 5.4 komt de microstructuur aan bod door het ontwerp van de teams te bestuderen en tevens enkele functies uit de teams te analyseren. Hierbij wordt evenals in § 4.3.2 de WEBA-methodiek toegepast. Tevens wordt een totaaloverzicht gegeven van de welzijnsprofielen van zowel ‘Sensire nieuw’ als ‘Sensire uitgangssituatie’.

Het onderwerp van § 5.5 is de besturingsstructuur, waarbij integraal management en positionering van ondersteunende diensten belangrijke thema’s zijn. De laatste stap van de integrale ontwerpketen, de aanpassing van technische systemen aan de structuur, volgt in § 5.6, met het planningssysteem en het informatiesysteem voor de teams.

5.1 Uitgangspunten ontwerp

In deze paragraaf worden de eerste stappen van de integrale ontwerpketen uiteengezet. Enkele onderdelen zijn reeds in vorige hoofdstukken aan de orde gekomen zodat een korte opsomming volstaat. Het gaat om de volgende stappen:

- grensafbakening;
- omgeving en missie, doelen en strategie;
- ontwerpspecificaties.

Grensafbakening

De eerste stap in de integrale ontwerpketen is de grensafbakening zodat duidelijk is waarop het herontwerp betrekking heeft. In § 4.2 is de ontstaansgeschiedenis van Sensire geschetst; deze leidde tot een beschrijving van de uitgangssituatie die daarmee werd vastgesteld.

Omgeving en missie, doelen en strategie

Een beschrijving van de omgeving van thuiszorgorganisaties is gegeven in de eerste twee hoofdstukken. Er is betoogd dat de organisatieomgeving van thuiszorgorganisaties complexer en dynamischer wordt. De bevindingen van Sensire sluiten aan bij aan de geconstateerde ontwikkelingen in de omgeving.

(Zorg-) visie

De Nederlandse samenleving is sterk in beweging; er zijn vele veranderingen gaande. De maatschappij verandert niet alleen sterk maar wordt ook complexer, terwijl vertrouwde sociale structuren als familie, kerk, vereniging en buurt afbrokkelen. Dit brengt - hoewel er steeds meer informatie beschikbaar komt - onzekerheid met zich mee voor de mensen die deel uitmaken van deze samenleving. Mensen die op zorg aangewezen zijn, willen en moeten volgens Sensire zelf kunnen kiezen wie hen mag helpen bij het leren omgaan met
die onzekerheid. Voldoende toegankelijkheid van zorg - en daarmee toekomstbestendige zorg - is voor Sensire van wezenlijk belang.

**Missie**
Sensire ziet voor zichzelf als organisatie een rol weggelegd om op de maatschappelijke vraag naar zorg een passend antwoord te bieden. Behoud van toegankelijkheid van voldoende zorg voor hen die daarop aangewezen zijn, is daarbij belangrijk.

De missie van Sensire is:

‘Klanten ondersteunen om zelfstandig en met zelfvertrouwen door het leven te gaan, ondanks bestaande onzekerheden en belemmeringen’.

**Doel**
Op basis van haar missie heeft Sensire een drieledig doel geformuleerd:
- het verhogen van de doelmatigheid van de zorguitvoering;
- het verbeteren van de waardering van de zorg door klanten;
- verhogen van de kwaliteit van de arbeid van de zorgmedewerkers.

**Strategie**
Er wordt geconstateerd dat een steeds grotere en complexere organisatie met gecentraliseerde besluitvorming steeds moeilijker kan inspelen op veranderingen. De voormalige directie reageerde op deze analyse met de beslissing om de gecentraliseerde besluitvorming verder te versterken en deze door concentratie van vestigingen beheersbaar te houden. Een sterke afbouw van het aantal locale vestigingen was het gevolg. Dit besluit stuitte op weerstand bij medewerkers en samenwerkingspartners. Onder andere collega zorgaanbieders (huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, et cetera) reageerden met onbegrip op deze ontwikkeling. Het werd voor hen steeds onduidelijker wie op wat binnen Sensire aanspreekbaar was. Men had het gevoel ‘van het kastje naar de muur’ te worden gestuurd. Uit vergelijkende Benchmark onderzoek (Poerstamper en Kerkstra, 2002) kwam naar voren dat de grotere thuiszorgorganisaties op het gebied van financiële performance, klantenwaardering en medewerkersoordeel mindere resultaten boekten dan kleinere thuiszorgorganisaties. Mede op basis van dat gegeven werd, na een mutatie in de Raad van Bestuur van Sensire, besloten de grote organisatie in kleinere werkmaatschappijen op te splitsen: de introductie van het ‘vloot-principe’.

Het ‘vloot-principe’
De grote bureaucratische organisatie werd ervaren als een mammoettanker: kwetsbaar, duur en log. Besloten werd de mammoettanker in stukken te zagen en daaruit een aantal kleinere schepen te bouwen. Elk schip met een eigen kapitein, stuurman, kok en overige bemanningsleden. Dat zou voor de ondersteunende diensten wellicht wat duurder uitpakken maar door een beter presterend primair proces dubbel en dwars terugverdiend worden. Immers, de ondersteunende diensten werden dichtbij het uitvoerend proces gepositioneerd en het lijnmanagement verkreeg de zeggenschap over de stafdiensten.

Met vijf werkmaatschappijen zou de Sensirevloot uit vijf schepen bestaan. Bij het verlaten van de haven staat elk schip onder commando van zijn kapitein. Het kleine rederijkantoor aan wal bepaalt echter de aard van de lading en de bestemming van elk schip. Benoemen, ontslaan en bepalen van de arbeidsvoorwaarden van de kapiteins en andere ‘officieren’ is, evenals het ontwerp van de schepen, des reders. Deze aanpak zou een aantal voordelen moeten opleveren. Op volle zee kan een schip in mogelijkheden geraken zonder dat daarmee het voorbestaan van de gehele vloot op het spel staat. Met meerdere schepen kunnen verschillende bestemmingen tegelijk worden aangedaan. De opbouw van elk schip kan worden aangepast aan zijn specifieke route en lading. Bij minder bemanningsleden per schip verloopt per schip de communicatie tussen de opvarenden soepeler en is er minder sprake van ‘meeliftersgedrag’.

De overtuiging ontstond dat de menselijke maat in de organisatie terug diende te keren en daarmee overzicht, betrokkenheid en eigenaarschap. Missie, visie en strategie kwamen niet
Mensen helpen mensen

De toekomstvisie komt goed tot uiting in de slogan van Sensire: ‘Mensen helpen mensen’. Dit geeft aan wat het kernproduct is van Sensire en hoe zij zich intern en extern wil gedragen. De missie van Sensire is klanten zo goed mogelijk te ondersteunen om zelfstandig en met zelfvertrouwen door het leven te gaan, ondanks bestaande onzekerheden en belemmeringen. Het kernproduct heeft daarmee betrekking op het opbouwen van relaties en het creëren van vertrouwen. Op dit vlak zit de échte meerwaarde van Sensire. De meerwaarde zit niet zozeer in de professionele dienstverlening of service. Die moet gewoon in orde zijn. De klanten mogen ervan uitgaan, dat medewerkers van Sensire die hen verzorgen, de werkzaamheden vakkundig uitvoeren. De klant verwacht ook dat de service in termen van bereikbaarheid van Sensire voor informatie, vragen of klachten, goed geregeld is. Sensire wil dat de medewerkers goede relaties opbouwen met hun klanten. Dat kan alleen als er sprake is van ‘gelijkwaardige ontmoetingen’. Vanuit het oogpunt van vakmatige expertise is dit nauwelijks het geval. Maar situaties kunnen ook bezien worden vanuit de ervaringsdeskundigheid van de klant en zijn of haar recht op zelfbeschikking. Dat betekent inzet van de eigen deskundigheid zonder deze op de voorgrond te plaatsen en gelijktijdig de kennis van de klant van eigen situatie of gevoel, maximaal te benutten. Als de zorgverlener dat weet te realiseren, dan wordt de kans groter dat de klant steeds beter zal aangeven wat hij of zij precies van de zorgverlening verwacht. En dat geeft weer mogelijkheden om de dienstverlening nog beter afgestemd op de wensen van de klant te leveren. Sensire is ervan overtuigd dat pas optimaal zorg kan worden verleend, als haar medewerkers deze relaties weten te bouwen.

Ontwerpspecificaties
Zoals in de onderzoeksvraag in § 1.4 naar voren komt, is het doel om zowel de doelmatigheid, de klantenwaardering als het medewerkersoordeel te verbeteren. Dit is verder uitgekrystaliseerd in prestatie-eisen die aan de nieuwe Sensire-organisatie gesteld worden.

Prestatie-eisen aan de ‘nieuwe’ Sensire-organisatie

Klantenwaardering verbeteren door:
- zo min mogelijk medewerkers per klant
- zo veel mogelijk vaste medewerkers naar een (vaste) klant
- betrouwbaarheid: doen wat je zegt en zeggen wat je doet
- flexibiliteit: gewenste zorg op de gewenste tijd
- snelle levertijd: korte tijd tussen aanvraag zorg en levering
- signaleringsfunctie: anticiperen op veranderingen in zorgbehoeften en persoonlijke wensen van klanten en erop inspelen
- servicegerichtheid: medewerkers weten wat de organisatie te bieden heeft en kunnen klanten daarop attenderen, juiste en tijdige informatieverschaffing

Doelmatigheid verbeteren door:
- betere planning, minder reistijd
- realiseren hoge productiviteit, laag ziekteverzuim, efficiënt overleg; lagere afstemverliezen
- kosten verlagen, opbrengsten verhogen (onder andere betere en snellere tijdregistratie)
- zoveel mogelijk de geïndiceerde zorg leveren

Kwaliteit van de arbeid:
Oordeel van medewerkers verbeteren door:
- transparantere organisatie voor medewerkers ten aanzien van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, verwachte en geleverde prestaties
- een organisatie die goede samenwerking tussen medewerkers stimuleert
- voldoende variatie en ontloopingsmogelijkheden voor medewerkers
5.2 Structuur primaire proces op macroniveau: vorming werkmachtschappen

5.2.1 Slagvaardigheid door kleinschaligheid en eenvoud

In deze paragraaf wordt ingegaan op het ontwerpproces op macroniveau: het onderscheiden van parallele stromen. Dit roept de vraag op wat het ideale organisatie-ontwerp bij Sensire zou kunnen zijn. Om met de woorden van De Sitter (1994) te spreken; wat is het ‘luchtkasteel ideaal?’.

Het luchtkasteel ideaal

Het zou ideaal zijn als Sensire een familie dusdanig goed kent dat geanticipeerd kan worden op hun vraag naar zorg en welzijndiensten en ingespeeld kan worden op specifieke wensen en omstandigheden, zodat maatwerk mogelijk is. Gedacht kan worden aan één organisatie-eenheid per familie die alle denkbare zorg en diensten kan leveren. De hele zorg- en dienstenketen vertegenwoordigd in één team; waarbij een ‘familieservicemedewerker’ de coördinatie tussen de verschillende disciplines op zich neemt waardoor er een perfecte samenhang is. Een voorbeeld: het multi-disciplinaire team verzorgt de zwangerschapsgymnastiek van mevrouw Pieters aan huis en verstrekt praktische tips en antwoord op vragen betreffende de zwangerschap. Het echtpaar Pieters ontvangt van hetzelfde team niet alleen kraamzorg bij de geboorte van hun tweeling, maar ook periodeke gezondheidscontrole en voorlichting van de kinderen en de kinderopvang. De opvangtijden sluiten aan bij het schema van het echtpaar Pieters. Meneer Pieters heeft een drukke baan en dreigt overspannen te raken; hij wordt dan ook begeleid en gecoacht door de maatschappelijk werker uit het team. Wanneer de zelfredzaamheid van de ouders van mevrouw Pieters vermindert, ontvangen zij advies, hulpbronnen en enkele uren thuiszorg per week van de thuiszorgmedewerker uit het team. Dit wordt afgestemd met het indicatieorgaan, de huisarts en mevrouw Pieters, die als mantelzorger actief is bij haar ouders. Wanneer de moeder van mevrouw Pieters ernstig ziek wordt en verpleegkundige hulp behoefte, wordt ook deze zorg geleverd door de verpleegkundige uit het team. Dit alles soepel gecoördineerd door de vertrouwde ‘familieservicemedewerker’.

Het plaatsen van alle producten in één orderstroom is in de praktijk niet haalbaar en eveneens niet altijd wenselijk omdat niet alle producten even sterk met elkaar samenhangen. Het is onwaarschijnlijk dat een familie in korte tijd de gehele keten aan ‘producten’ wenst af te nemen. Een medewerker kraamzorg zal bijvoorbeeld niet frequent hoeven af te stemmen met een verpleegkundige. Bovendien is het onmogelijk om een optimale ordening naar regio’s te maken: per discipline lopende aantallen medewerkers te sterk uiteen. Om met een dergelijk multi-disciplinair team het gehele scala aan producten te kunnen leveren zou het aantal thuiszorgmedewerkers veel groter moeten zijn dan het aantal kraamzorgmedewerkers of maatschappelijk werkers. Vanuit een centraal punt organiseren is niet mogelijk omdat de reistijd daarmee veel te groot zou zijn. Op buurtniveau organiseren is daarentegen ook niet mogelijk, want op buurtniveau zijn niet meerdere maatschappelijke werkers nodig, tenzij van elk product wel meerdere medewerkers vertegenwoordigd zullen moeten zijn om kwetsbaarheid te voorkomen. Dit luchtkasteel is in de praktijk dus niet realiseerbaar.

Bij het luchtkasteel is geconstateerd dat zowel qua klantengroep als qua onderscheid naar regio’s één parallelle stroom niet te realiseren is. Er wordt daarom verbijzonderd naar klantengroepen. Er is sprake van tenminste twee overwegend verschillende klantengroepen: enerzijds zorgverlening voor ouderen en chronisch zieken en anderzijds zorgverlening voor ouders met hun kinderen (zie ook figuur 5.1). De klantengroep ouders en kinderen bestaat uit kraamzorg, kinderopvang, peuterspeelzaalwerk, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk; deze zijn samengevoegd in werkmaatschappij Yunio. De klantengroep voor ouderen en chronisch zieken bestaat uit de thuiszorg, extramurale en intramurale zorg. Overlap tussen beide klantengroepen komt nagenoeg niet voor. Beide hebben een geheel eigen zorgvraag en voor de gevraagde zorgverlening is bij ieder ook eigen specialistische kennis nodig. Tevens zijn er geheel verschillende vormen en bronnen.
van financiering. Bovendien zijn er nog allerlei voorschriften en CAO-bepalingen die uitvoering in één hand belemmeren of verhinderen.

Door opdeling in deze klantengroepen verstoren de twee verschillende zorgvragen elkaar niet meer en kan de eenvoud en transparantie (ook ten aanzien van kosten- en resultaatontrekking) vergroot worden en kan elk organisatiedeel specifiek voor zijn eigen behoefte verder ingericht worden.

Een andere criterium waarop geparallelliseerd had kunnen worden is een onderscheid naar regio waarbij elke regio het gehele scala aan activiteiten kan aanbieden. Hiervoor is echter niet gekozen omdat de financieringsstromen dermate uiteenlopen dat dit regionale integrale aanbod van alle activiteiten tot veel praktische bezwaren leidt. Met het onderscheid tussen ‘ouderen en chronisch zieken’ enerzijds en ‘ouder en kind’ anderzijds is de sterkste complexiteitsreductie mogelijk. Daarom is besloten om te parallelliseren op de twee stromen: ‘ouder en kind’ en ‘ouderen en chronisch zieken’.

De organisatie voor ‘ouderen en chronisch zieken’ is van een grotere omvang, ongeveer 5000 medewerkers, zodat er voor gekozen is deze organisatie verder op te delen in een aantal ‘mini-organisaties’. Om de betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie en van de organisatie naar haar lokale klanten en medewerkers te behouden, zijn aspecten als ‘kleinschaligheid’ en ‘lokale aanwezigheid’ belangrijk. Er is gekozen voor een geografische opdeling in werkmaatschappijen, namelijk:

- ‘Winterswijk’; later omgedoopt in Sensire ‘De Slinge’,
- ‘Zutphen’; het huidige Sensire ‘De Berkel’ en

Feitelijk vindt hiermee een tweede ordening plaats: marktsegmentatie op basis van geografische opdeling. Door de vorming van drie werkmaatschappijen met een omvang van 1000 tot 1500 medewerkers worden enerzijds randvoorwaarden gecreëerd voor kleinschaligheid, lokale aanwezigheid en betrokkenheid en is er anderzijds voldoende schaalgrootte om de ondersteunende activiteiten en systemen volledig te integreren.

Voor de segmentering in regionale eenheden was er nog een andere belangrijke reden. De verschillende organisaties die waren gefuseerd (zie § 4.2) hadden ieder hun eigen organisatiecultuur. Het streven was om deze organisaties zo snel mogelijk te integreren in een nieuwe organisatie met bij elkaar passende identiteiten en culturen. Bij een opdeling in regionale eenheden met overwegend dezelfde grenzen als de voormalige fusiepartners kon iets ‘eigens’ vastgehouden worden, namelijk de eigen regionale culatuurmerken, bijvoorbeeld het ‘stadse’ van Zutphen en het ‘Achterhoekse’ van Winterswijk. Zo kon redelijk snel een nieuwe organisatie met gezamenlijke synergie ontwikkeld worden. Hierdoor werd het integratieproces gemakkelijker te managen en konden de nieuwe onderdelen rustiger naar elkaar toegroeien.

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Twee parallele stromen in klantengroepen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ouderen en chronisch zieken: Sensire ‘De Drie Beken’</td>
</tr>
<tr>
<td>Regionaal paralleliseren</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensire ‘Het Waalse Water’</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensire ‘De Berkel’</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensire ‘De Slinge’</td>
</tr>
<tr>
<td>Ouder en Kind (Yunio)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Figuur 5.1 Parallellisatie in twee stromen
Door min of meer zelfstandig opererende organisatie-eenheden te creëren, die elk hun deel van de omgevingsvariatie absorberen, vermindert de regelbouw op centraal niveau. Parallellisatie vereenvoudigt de input en het proces, en reduceert de storingseengevoeligheid tussen de verschillende processen. Doordat eenheden zich richten op eigen klanten in plaats van eigen specialistische productieprocessen, wordt de oriëntatie ‘op klanten’ verhoogd. Tussen de eenheden hoeft ten aanzien van de operatie geen afstemming meer plaats te vinden: elke werkmaatschappij kan min of meer autonoom haar klanten bedienen. De ‘mammoettanker’ is hiermee omgebouwd tot een ‘vloot van kleinere schepen’.

5.2.2 De werkmaatschappij als eigenaar van het eigen vervolghproces

In totaal zijn er ongeveer 8.400 medewerkers bij Sensire werkzaam (Sensire, 2004). Een substantieel deel van de omzet, ± 55 procent in 2003, realiseert Sensire (Sensire, 2004a) in de thuiszorg. Omdat deze markt door de lage toetredingsdrempels gevoelig is voor concurrentie en de prestatie-eisen toenemen, heeft het management van Sensire besloten hieraan bij de organisatieveranderingen prioriteit toe te kennen. De toepassing van sociotechnische principes zal gefaseerd worden ingevoerd, zodat de mogelijkheid van tussentijds bijsturen aanwezig is. Alle vier werkmaatschappijen voor ouderen en chronisch Zieken zijn actief op het terrein van de thuiszorg en hebben een vergelijkbaar werkgebied qua oppervlakte, aantal klanten en aantal medewerkers.

Op concernniveau is vastgesteld dat de werkmaatschappijen beschikken over een zekere beleidsvrijheid, maar dat ze alle volgens sociotechnische structuurbouw ingericht zullen worden. Sensire ‘De Slinge’ start hier als eerste werkmaatschappij mee (Van Rixtel, 2002). In het kader van dit onderzoek worden met name effecten gemeten binnen deze werkmaatschappij. Daarom zal verder worden ingegaan op de situatie bij Sensire ‘De Slinge’.

5.3 Productiestructuur op mesoniveau: verdere inrichting werkmaatschappij

5.3.1 Het ontwikkelen van ontwerpalternatieven

Er is onderzocht of het mogelijk is de primaire processen in de werkmaatschappij te paralleliseren. In de voorbereiding voor de ontwerpconferentie zijn hiervoor een aantal sorteercriteria onderzocht op hun mogelijke perspectief. Dit is uitgevoerd door een ontwerpgroep, die verantwoordelijk is voor het herontwerpen van de grofstructuur (zie § 6.2). In de ontwerpgroep zijn verschillende sorteercriteria uitgeprobeerd en is onderzocht of toepassing van deze criteria tot realistische ontwerpalternatieven leidt. Hierbij zijn de volgende sorteercriteria geanalyseerd:

1. klantsoort: bijvoorbeeld klanten met een langdurige, stabiele zorgvraag versus klanten die kortdurend en een sterk wisselend beroep op zorg doen;
2. product/dienst: bijvoorbeeld de levering van het product huishoudelijke hulp of het product advies, informatie en voorlichting;
3. regio: de levering van zorg en diensten in de omgeving van Winterwijk, dan wel in Ruurlo en omgeving;
4. medisch specialisme: bijvoorbeeld een reumaverpleegkundige of een incontinentieverpleegkundige;
5. tijdstip van zorg: de ‘ochtenddienst’ versus de ‘nachtdienst’;
6. locatie en woonvorm: thuiswonend in het buitengebied of geclusterd in aanleunwoningen in het centrum van een dorp of stad;

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
7. frequentie en intensiteit: van bijvoorbeeld één keer per week ‘s ochtends drie uur aaneengesloten tot zeven dagen per week, vijf keer per dag, 15 minuten per keer;
8. omvang van de opdracht: van enkele uren per twee weken tot 168 uur per week;
9. uit te voeren werkzaamheden: van huishoudelijke werkzaamheden tot medisch-technische handelingen.

Het beoordelen van bovenstaande sorteercriteria leverde een paar belangrijke inzichten op. Allereerst blijkt dat een verdere regionale opdeling goed aansluit bij de wens van lokale aanwezigheid en bereikbaarheid. Dit sluit aan bij de visie van de organisatie om toegankelijke zorg te kunnen aanbieden. Door kleinschalig per regio te organiseren wordt er zicht verkregen op het zorgproces van klanten. Het is dan mogelijk om relaties op te bouwen en vertrouwen te creëren; het kernproduct van Sensire.

Ook werd duidelijk dat er een onderscheid is tussen klanten met laagcomplexe of enkelvoudige verzorging en klanten met hoogcomplexe of meervoudige verzorging. Bij klanten met laagcomplexe zorg is voor al sprake van huishoudelijke hulp, met name schoonmaakactiviteiten, en lichte lichamelijke verzorging met twee tot drie zorgmomenten van twee tot drie uur per klant per week. Laagcomplexe zorg kan worden geleverd door twee typen medewerkers. Ten eerste de medewerkers die in dienst zijn bij Sensire (huishoudelijk helpenden) en ten tweede de Alphahulpers. Alphamedewerkers verrichten dezelfde werkzaamheden als huishoudelijk helpenden. Het belangrijkste verschil is dat Alphahulpers in dienst zijn van de klant en niet van de thuiszorgorganisatie. Nadat het contact tussen klant en de Alpha-hulp door bemiddeling van de thuiszorginstelling tot stand is gebracht, regelen klant en alphahulp onderling de inzet.

Bij klanten met hoogcomplexe zorg komen er ‘zwaardere’ lichamelijke verzorging en verpleegende activiteiten bij, activiteiten die per keer aanzienlijk korter duren maar met een veel hogere frequentie verricht moeten worden. In principe zou er de mogelijkheid zijn om niet te verbijzonderen naar klantensoort, maar eerdere experimenten hebben uitgewezen dat gemengde teams voor laagcomplexe en hoogcomplexe zorg aanzienlijk minder productief zijn. Bij deze experimenten bleek dat het combineren van laagcomplexe en meercomplexe klanten en de bezoeken door wisselende teamgenoten ervoor zorgen dat er veel kostbare tijd opgaat aan zogenaamde klantbesprekingen, terwijl die voor de grote groep klanten met laagcomplexe zorg nauwelijks noodzakelijk zijn. Infrastructuur en bedrijfsprocessen worden dan altijd afgestemd op de meest complexe klanten categorie en die zijn bijna nooit doelmatig voor de laagcomplexe zorg. En juist de laagcomplexe zorg lijkt door de lage toetredingsdrempels gevoelig voor verhoogde concurrentie bij meer marktwerking (bijvoorbeeld door schoonmaakbedrijven). Na invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (zie ook § 2.3.1) komt de verantwoordelijkheid voor huishoudelijke hulpverlening bij de gemeenten te liggen. Gezien de weinig florissante financiële situatie bij vele gemeenten, zal de nadruk bij inkoop van huishoudelijke hulp waarschijnlijk vooral op een zo laag mogelijk uurtarief komen te liggen. Een goede concurrentiepositie vereist een doelmatig bedrijfsproces.

Het onderscheid tussen klanten met een laagcomplexe en meercomplexe zorg enkelvoudige verzorging zou in ieder geval bij criteria voor parallellisatie een rol moeten spelen en leiden tot twee soorten teams met eigen medewerkers met eigen kwalificaties:

- zogenaamde ‘dienstenteams’ voor de zorgverlening aan klanten met laagcomplexe zorg, met huishoudelijke hulpverleners en - licht - lichamelijk verzorgenden
- zogenaamde ‘zorgteams’ voor de zorgverlening aan klanten met hoogcomplexe zorg, met huishoudelijke hulpverleners, verzorgenden en verpleegkundigen.

Het ontwerp spitst zich daarmee toe tot twee ‘basismodellen’:

Model 1: verdere opdeling van de werkmaatschappij volgens een geografisch criterium, ‘rayons’, waarin vervolgens bij de teams een onderverdeling wordt gemaakt tussen zogenaamde ‘dienstenteams’ en ‘zorgteams’.
Model 2: binnen de werkmaatschappij wordt hierbij eerst een onderscheid gemaakt naar de zorgvraag, dienstenteams versus zorgteams en vervolgens een verdere geografische opdeling. De dienstenteams komen in een aparte afdeling binnen de werkmaatschappij.

Kenmerken ‘basisontwerpalternatief 1’ (zie figuur 5.2)

a. De werkmaatschappij bestaat uit drie rayons.
b. Een rayon is opgebouwd uit wijkclusters van zorgteams en dienstenteams. Soms komt zo’n cluster overeen met een gemeente, maar bij grotere gemeenten kunnen meer clusters onderscheiden worden. De teams worden aangestuurd door zorgmanagers.
c. Alphahulp wordt per wijkcluster in een aparte pool georganiseerd.
d. Binnen het rayon bestaat een eenduidige koppeling tussen dienstenteams en zorgteams door de wijkindeling; dit betekent dat de wijkgrenzen waarbinnen de diensten- en zorgteams werken, leidend zijn. Een zorgteam functioneert in noodgevallen tijdelijk als medische backoffice voor een dienstenteam.

Kenmerken ‘basisontwerpalternatief 2’ (zie figuur 5.3):

Bij het tweede basisontwerpalternatief wordt er voor gekozen om reeds op rayonniveau een splitsing aan te brengen tussen de zorgverlening vanuit de dienstenteams en zorgteams. Hierdoor ontstaan er drie regionaal gerichte rayons met zorgteams en een apart rayon met dienstenteams. De dienstenteams zullen de concurrentie aan moeten kunnen met de ‘commerciële huishoudelijke dienstverleners’. De dienstenteams vormen in dit alternatief een aparte product/markt-combinatie binnen de werkmaatschappij. Een afzonderlijke rayonmanager kan in dit alternatief de marktonwikkelingen bewaken en marktbewerkingsactiviteiten gaan uitvoeren. Alphahulp wordt per rayon in een aparte pool georganiseerd en verder komen de onderscheiden gemeenten, clusterwijken en wijken weer

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
overeen, zodat de zorgteams weer als zogenaamde 'back-office' kunnen dienen voor de dienstenteams.

5.3.2 Het beoordelen van de alternatieven en de selectie

Bij het beoordelen van de ontwerpalternatieven bleken beide basismodellen te voldoen op de onderscheiden ontwerpcriteria. Dit komt mede doordat in beide modellen dezelfde sorteercriteria gebruikt worden (alleen in een andere volgorde) en uiteindelijk tot soortgelijke teams wordt gekomen. Het beoordelen van de twee basismodellen komt daarmee vooral neer op een mogelijke besturingsvoordeel op hoger niveau:

- Bij basismodel één, een opdeling naar regionale rayons, zou een rayonmanager een complete zorgverantwoordelijkheid krijgen. Hij of zij zou hiermee een volwaardig gesprekspartner voor de lokale klanten en klantorganisaties kunnen zijn en in gesprek kunnen raken over alle mogelijke zorg en diensten. Daarbij zou ook de overdracht van een klant van een dienstenteam naar een zorgteam (wanneer de gezondheid van de klant minder wordt) en ook de eventuele tijdelijke samenwerking tussen een dienstenteam en zorgteam vanuit de genoemde back-up-functie nu beter bewaakt kunnen worden, omdat deze nu binnen een gemeente onder dezelfde rayonmanager plaatsvinden.

- Bij basismodel twee, met eerst een opdeling naar zorgvraag, zouden bepaalde marktontwikkelingen wellicht eerder gesignaleerd worden door de bijzondere focus die mogelijk verkregen wordt bij een zodanige parallelisatie en zou daar eerder op gereageerd kunnen worden.

De ontwerpgroep constateert dat het besturingsvoordeel bij basismodel één groter is dan bij basismodel twee; er kan meer invulling worden gegeven aan het begrip 'integraal management' omdat een rayonmanager dan een complete zorgverantwoordelijkheid zal
Teams beter thuis in thuiszorg?

Krijgen. Bovendien wordt de overdracht van klanten bij basismodel één soepeler door de geringere afstand tussen dienstenteams en zorgteams in hetzelfde wijkcluster. Dit is het geval wanneer klanten van dienstenteams structureel zorg nodig gaan hebben; dienstenteams moeten dan ‘afstand doen’ van deze klanten. Mede door de vorming van dienstenteams (en dus een verbijzondering op lager niveau), zullen bepaalde marktontwikkelingen toch snel opgemerkt worden.


Deze keuze is voorgelegd aan een vertegenwoordiging van 120 medewerkers uit de werkmaatschappij, die deelnemen aan een zogenaamde rondetafelconferentie (§ zie 6.2). De deelnemers lijkt het inderdaad verstandig om afzonderlijke teams voor ‘psychosociale zorg’ en ‘specifieke zorg voor diagnosegroepen’ te creëren. Het vormen van separate teams voor kortdurende vraag wordt echter verworpen. Bij navraag blijkt het mogelijke voordeel van het voorkomen van een verstoring van de reguliere zorg bij de deelnemers niet op te wegen tegen het nadeel dat dit aparte team dan ook ‘al het leuke werk naar zich toe zou trekken’. In het verleden had men wel eens met zogenaamde ‘ambulante teams’ gewerkt, waarbij dit verschijnsel zich voordeed. De keuze voor afzonderlijke teams voor ‘psychosociale zorg’ en ‘specifieke zorg voor diagnosegroepen’ resulteert in één team voor ‘specifieke zorg voor diagnosegroepen’ op werkmaatschappijniveau en drie teams voor ‘psychosociale zorg’, waarvan er één in elk rayon wordt ondergebracht. Daarbij is een afweging gemaakt tussen enerzijds de omvang van deze gespecialiseerde zorg en anderzijds de wens voor een zo compleet mogelijke zorgverlening binnen een rayon.

Figuur 5.4 Ontwerpstappen bij Sensire
Vanuit het concern naar de kleinste organisatorische eenheden (met de diensten- en zorgteams als meest prominente), zijn dus voor het basismodel in totaal vijf ontwerpstappen genomen. In figuur 5.4 zijn deze stappen weergegeven.

5.4. Productiestructuur op micro-niveau

In § 5.3 is ingegaan op de productiestructuur op mesoniveau. Aan de hand van twee basisonterwzvanderalternatieven zijn keuzen gemaakt voor indelingen van rayons en teams waarbij zo min mogelijk grensoverschrijdende afstemming hoeft plaats te vinden (complexiteitsreductie) en zo doeltreffend mogelijk gewerkt kan worden. In deze paragraaf worden twee thema’s behandeld, te weten: het ontwerp van de teams en een functie-analyse.

5.4.1 Het ontwerp van de teams

Een zelfsturend team betekent bij Sensire:
• een vaste groep medewerkers: niet teveel, niet te weinig met
• een eigen, duidelijk afgebakende klus;
• het team doet zoveel als nodig is zelf: voorbereiden, uitvoeren, regelen en controleren;
• het team is hiervoor zelf verantwoordelijk.

Uitgangspunt hierbij is: ‘onze wijk is onze zorg’. Dit betekent dat teams gevormd worden die de verantwoordelijkheid dragen en nemen om de klantengroep in de eigen wijk binnen de gemeente optimaal bedienen. Dit wijkteam zal een eigen gezicht en binding in de wijk moeten zien te verwerven. Dit betekent dat niet alleen goede relaties met klanten opgebouwd dienen te worden, maar ook met andere betrokken partijen, zoals de huisartsen die in de betreffende wijk werkzaam zijn. Het basismodel moet ervan uitgaan dat teams wijkgericht werken en een eigen klantengroep hebben. De wijkindeling van de dienstenteams en van de zorgteams sluiten hierbij op elkaar aan, zodat de zorgteams ook als mogelijke ‘back-up’ kunnen dienen wanneer tijdelijk wat zwaardere verpleegtechnische ondersteuning vereist is. Zo kan een klant met een structurele behoefte aan huishoudelijke hulp door ziekte of overlast dienen wanneer tijdelijk extra verzorging of verpleging nodig hebben. Onder regie van het dienstenteam wordt dan door het zorgteam in die wijk ondersteuning gegeven.

Wanneer deze verzorging- of verplegingsbedoepte echter een permanent karakter krijgt, wordt de klant ‘definitief’ overdragen aan het zorgteam in die specifieke wijk. Vermeden wordt dat klanten tussen teams heen en weer pendelen. Daarom wordt het merendeel van de dienstenteams en zorgteams zo geraadpleegd dat elk team zo zelfstandig mogelijk de eigen klanten kan bedienen zonder een beroep te hoeven doen op een ander team.

Zorgteams

Een team is verantwoordelijk voor de gehele dienst- en zorgverlening aan zijn klanten, inclusief avond- en weekenddienst. Elk zorgteam beschikt over een eigen wijkverpleegkundige en kan daardoor totale wijkverantwoordelijkheid dragen. Een zorgteam is in staat om alle voor de klanten benodigde activiteiten uit te voeren. Veel belang wordt gehecht aan de relatieve onafhankelijkheid van deze nieuwe organisatiebouwstenen en de mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening volledig bij een team neer te leggen. Om de gehele zorgverlening in het team te leggen is het noodzakelijk dat elk wijkgericht zorgteam over een eigen wijkverpleegkundige beschikt. Aan wijkverpleegkundigen is zo’n grote schaarste en bovendien hebben deze functionarissen een zodanig specialistische vakkennis, dat ze een aparte rol krijgen. Echter, het beperkte aantal aanwezige wijkverpleegkundigen bij Sensire

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
'De Slinge' zou leiden, bij één wijkverpleegkundige per dag, tot vrij omvangrijke zorgteams van 20 tot 40 medewerkers, mede afhankelijk van de specifieke zorgvraag. Sociotechnische ontwerpprincipes gaan uit van een optimale omvang van uitvoerende teams van acht tot twaalf medewerkers per team, met een minimum van vier en een maximum van 20. Daarbij wijzen de ontwerpcriteria op het belang van een natuurlijke samenwerking, hetgeen bij een te grote teamomvang belemmerd wordt. De wijkverpleegkundigen krijgen daarom een bijzondere rol toegedeed: kwaliteit leveren betekent niet langer zelf de zorgtaken goed uitvoeren, maar veel meer het overzicht houden over het zorgproces en de doelmatige inzet van collega’s uit het team met de juiste competenties. Als de wijkverpleegkundige de andere teamleden onvoldoende benut, voert zij teveel werk zelf uit (hoge werkdruk) en verbruikt daarmee teveel ‘schaarse en dure’ uren wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen hebben dus meer een regierol en zijn daardoor minder zorguitvoerend bij klanten, met uitzondering van enkele complexe zorgtechnische handelingen. Op deze manier worden hun competenties optimaal benut. Als oplossing worden binnen zorgteams kleinere ‘mini-teams’ onderscheiden (figuur 5.5); een kleiner samenwerkingsverband van twaalf tot twintig medewerkers die samen de directe zorgverlening voor een eigen klantengroep verzorgen en hiervoor ook samen de planning maken. Een zorgteam bestaat derhalve uit enkele miniteams. De wijkverpleegkundige voert de inhoudelijke regie voor het gehele zorgteam, en daarmee voor twee of drie miniteams. Er is dus geen sprake van een leidinggevende: de expertise van de wijkverpleegkundige wordt verdeeld over de miniteams. De miniteams zijn onafhankelijk van elkaar en zelfstandig voor de dienstverlening aan de eigen klanten. Daarop bestaat een uitzondering: de avond- en weekenddiensten. Vaak is hiervoor de zorgvraag zo klein dat deze zorg om efficiency-redenen nu gebundeld wordt over de verschillende miniteams van een zorgteam, zodat de zorg wel binnen datzelfde zorgteam verleend wordt. Een verdere bundeling over de zorgteams vindt niet plaats, zodat de zorgteams volledig eindverantwoordelijk blijven voor alle zorgverlening van het eigen team. De opdeling naar miniteams kan functioneel plaatsvinden (‘dienstenactiviteiten’ versus ‘verzorg- en verpleegactiviteiten’) dan wel geografisch en hangt af van de zorgvraag in een wijk. In de praktijk is later bij alle gemeenten van Sensire ‘De Slinge’ gekozen voor een verdere opdeling naar ‘buurt’ binnen een wijk, dus geografisch, voornamelijk om reistijd te beperken. Reistijd is onproductief en niet declarabel bij het zorgkantoor en is daardoor van grote invloed op (on-) doelmatigheid.

Dienstenteams

Binnen elk dienstenteam worden zogenaamde ‘kwartetten’ gevormd. Reden hiervoor is dat het een vereenvoudiging van het planningsvraagstuk oplevert. Immers, het is gemakkelijker om met z’n vieren een planning voor vier teamleden rond te krijgen, dan met twintig teamleden een planning voor twintig medewerkers. De dienstenkwartetten zijn zelfstandig ten aanzien van het regelen van de dagelijkse operatie en het oplossen van de operationele problemen. Moeilijkere regeltaken worden echter geconcentreerd en aan twee à drie vaste coördinatoren toegewezen, die meer de regietaken over de kwartetten heen zullen.
oppakken. Zo zorgen de coördinatoren bijvoorbeeld voor het toewijzen en verdelen van nieuwe klanten over de kwartetten. De coördinatoren hebben meer een sturende rol, de kwartetten meer een regelende rol: de coördinatoren ‘zetten de zaken op de rails’, de kwartetten ‘houden de zaken op de rails’. Reden hiervoor is de verwachting dat de moeilijkere regeltaken teveel opleidingsinspanning zullen vragen die onvoldoende of te langzaam rendabel gemaakt kunnen worden. Er wordt dus niet langer vastgehouden aan het streven naar ver ontwikkelde zelfsturende dienstenteams. Deze concessie is noodzakelijk vanwege de toenemende aandacht van de financiers voor de kosten van de laagcomplexe zorg op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (zie ook § 2.3.1 en § 5.3.1). Figuur 5.6 geeft het dienstenteam met de kwartetjes weer.

In § 4.1 is uiteengezet hoe een klant het zorgproces doorloopt via de verschillende schijven. Door het zorgproces te organiseren met de teams zoals beschreven, is er sprake van een eenvoudigere organisatie met minder ‘grensoverschrijdend’ overleg. Dit wordt geïllustreerd door het proces en de taakverdeling daarbij nogmaals weer te geven, maar nu met onderscheid tussen de uitgangssituatie en de nieuwe situatie. In de uitgangssituatie verloopt het primaire proces over negen schakels en in de nieuwe situatie zijn er nog drie schakels in het primaire proces te vinden (zie figuur 5.7).
5.4.2 Functie-analyse

De belangrijkste functies binnen de teams zullen een nadere analyse ondergaan. Ook de direct leidinggevende wordt hierbij betrokken. Het gaat hierbij om dezelfde functies als in § 4.3.2. Ook hiervoor wordt de WEBA-methode gehanteerd. Weer worden enkele opvallende kenmerken beschreven. Een complete beschrijving volgt in bijlage G. Vervolgens worden de resultaten van de WEBA-analyse, zowel voor ‘Sensire traditioneel’ als voor ‘Sensire nieuw’, weergegeven in een totaaloverzicht. Het betreft achtereenvolgens de volgende functies:

- Huishoudelijk helpende;
- Verzorgende;
- Verpleegkundige;
- Thuiszorgmanager.

**Huishoudelijk helpende**

De moeilijkheidsgraad is voldoende. Naast de mogelijkheid om een goede verstandhouding met de klant op te bouwen, is er de planning. Wijzigingen in de planning worden in eerste instantie onderling met de overige drie leden van het kwartet geregeld, met wie de klanten worden ‘gedeeld’. Dit maakt de functie completer en zorgt voor meer autonomie.

De contactmogelijkheden zijn voldoende. Klanten worden met collega’s gedeeld. Hierdoor zijn er functionele contacten. Er wordt regelmatig afgestemd, er vinden ontmoetingen met collega’s plaats; er zijn dus ook sociale contactmogelijkheden.

**Verzorgende**


De autonomie is voldoende. De verzorgenden hebben nu invloed op hun planning en op de volgorde van de klanten. Door te plannen in kleine werkeenheden is er tevens een stabiele situatie waardoor de planning niet telkens wordt gewijzigd.

De contactmogelijkheden zijn voldoende. Door het werken in teams met een kleine groep is men verantwoordelijk voor een vaste groep klanten. Dit heeft tot gevolg dat er veel terloops wordt afgestemd. Een verzorgende in een dienstenkwartet heeft intensieve contacten met collega’s door het delen van enkele klanten. In het zorgteam is de afstemmingsbehoeft groter omdat de behandelduur van de klanten per bezoek gemiddeld korter is en er meer klanten gedeeld worden. Doordat verzorgenden hun collega’s regelmatig zien zijn er tevens mogelijkheden om sociale contacten op te bouwen.

**Verpleegkundige**

De autonomie is voldoende. Verpleegkundigen hebben invloed op de planning. Er is een stabiele situatie waardoor het werkt tempo evenwichtiger is. Hierdoor zijn er geen stressrisico’s. Door deze stabiele situatie is er ook invloed op de werkvloer. Door het werken in teams is de afstemming met verzorgenden en huishoudelijk helpenden niet langer anoniem.

Door het werken in miniteams is een kleine groep verantwoordelijk voor een bepaald aantal vaste klanten. Hierdoor zijn er functionele contacten met verzorgenden en huishoudelijk helpenden. Dit heeft tot gevolg dat ook terloops wordt afgestemd. Hierdoor is er ook zicht op hoe het persoonlijk met een collega gaat; men leert naaste collega’s goed kennen. Er zijn dus sociale contactmogelijkheden.
**Thuiszorgmanager**


De functievolligheid is voldoende. De thuiszorgmanager is niet meer dagelijks bezig met het operationeel regelen zodat er mogelijkheden zijn om vooruit te kijken. Er is bovendien zicht op het functioneren van de uitvoerende medewerkers en tijd voor het begeleiden van deze medewerkers.

**Totaaloverzicht**

In figuur 5.8 wordt een totaalbeeld gegeven van de welzijnsprofielen in zowel de uitgangssituatie als in de nieuwe situatie bij Sensire.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt voldoende</th>
<th>voldoende</th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt voldoende</th>
<th>voldoende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volledigheid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kort-cyclische taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijkheidsgraad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Contactmogelijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organiserende taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatievoorziening</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>verpleegkundige</th>
<th>verzorgende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volledigheid</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kort-cyclische taken</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijkheidsgraad</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Contactmogelijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organiserende taken</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatievoorziening</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figuur 5.8** Weergave van de welzijnsprofielen van de vier functies voor en na wijziging

De WEBA-analyse laat zien dat bij de meeste welzijnscondities een verbetering is geconstateerd. De grootste verbetering doet zich voor bij de welzijnsconditie ‘autonomie’.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
In de uitgangssituatie is het grootste stressrisico de afstemming tussen de verschillende functionarissen. Door het werken in teams is dit sterk verbeterd waardoor dit stressrisico zich niet meer voordoet. De functies zijn over het algemeen, behalve bij de huishoudelijk verzorgende, vollediger geworden doordat meer ondersteunende taken verricht worden. De ‘contactmogelijkheden’ zijn bij alle functies aanzienlijk verbeterd; er zijn meer sociale contacten en vooral ook meer functionele contacten. Dit heeft tot gevolg dat het werkoverleg effectiever is als onderdeel van de ‘organiserende taken’. Niet alleen in het werkoverleg maar ook daarbuiten is er meer mogelijkheid om feedback te geven en te ontvangen. Hierdoor is de welzijnsconditie ‘informatievoorziening’ eveneens verbeterd. Deze verbeteringen zorgen ervoor dat de leermogelijkheden bij ‘Sensire nieuw’ substantieel toenemen.

Door het verminderen van de stressrisico’s en het toenemen van de leermogelijkheden brengt het organisatievernieuwingsproces een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de arbeid met zich mee.

5.5 Besturingsstructuur; micro-, meso- en macroniveau

In § 5.2 tot en met § 5.4 is de productiestructuur bij ‘Sensire nieuw’ uiteengezet. Op mesoniveau is al kort stilgestaan bij de besturingsstructuur. De keuze voor basismodel één heeft directe gevolgen voor de inhoud van het rayonmanagement: er is sprake van een complete, integrale zorgverantwoordelijkheid. Ook op micro-niveau is stilgestaan bij een element van de besturingsstructuur: de zorgmanager. In deze paragraaf zal verder worden ingegaan op de verschillende managementlagen. Het herontwerp van de besturingsstructuur is beperkt tot het principe van zelfsturing en integraal management: de uitvoerende teams zullen zoveel mogelijk zelf de operationele regeltaken uitvoeren en de managementteams zijn integraal verantwoordelijk.

5.5.1 Verschuiving regeltaken

Op microniveau zijn de teams verantwoordelijk voor het zorgproces. De teams worden aangestuurd door de zorgmanager. Iedere zorgmanager geeft sturing aan enkele diensten- en zorgteams waardoor in een middelgrote plaats ongeveer twee zorgmanagers actief zijn. In § 5.4.1 is te zien hoe de functie van de zorgmanager is veranderd door het herontwerp van de organisatie. De kerntaak van de zorgmanager is die van procesbegeleider geworden: begeleiding van teams om die beslissingen te kunnen nemen die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening, interventie bij conflicten en het onderhouden van contacten op operationeel tactisch niveau met gemeenteraadsleden, en andere zorgorganisaties en instanties. Een zorgmanagers begeleidt teams: ongeveer 75 tot 100 mensen, dat wil zeggen 34 tot 45 fte’s. Op mesoniveau functioneert de rayonmanager. Deze geeft onder andere leiding aan vier tot zes zorgmanagers in twee à drie gemeenten. De kerntaak van de rayonmanager is ervoor te zorgen dat alle randvoorwaarden zijn gerealiseerd die teams en zorgmanagers nodig hebben voor het leveren van goede prestaties. Die liggen met name op het vlak van coördinatie van de ondersteunende diensten, vertegenwoordiging op beleidsniveau extern, bijvoorbeeld naar wethouders, en intern: bijvoorbeeld in het managementteam van de werkmaatschappij. Op macroniveau is de werkmaatschappij-directeur actief. Deze geeft onder andere leiding aan twee à drie rayonmanagers en de overige leden van het managementteam. In alle werkmaatschappijen is daarmee sprake van drie leidinggevende lagen. De effecten van de invoering van de sociotechnische beginselen, en met name de zelfsturende teams, worden goed zichtbaar wanneer in kaart wordt gebracht welke regeltaken verschoven zijn. Het betreft verschuivingen in regeltaken van het hoger management, direct ondersteunende diensten, zorgmanagers en uitvoerende medewerkers.
Die regeltaken die onveranderd bij dezelfde functionaris zijn gebleven, worden niet benoemd. De verschoven regeltaken zijn:

**Planning**
1. Opstellen en bijstellen weekplanning klanten
2. Opstellen en bijstellen weekrooster medewerkers
3. Inplannen snipperuren, vakantiedagen
4. Voortgangsbewaking roostering

**Kwaliteit**
5. Bewaken planningscijfers
6. Kwaliteitsrapportage
7. Bewaken veilig en gezond werken
8. Afhandelen kwaliteitsklachten
9. Bewaken kwaliteitscijfers

**Personeel**
10. Inplannen werkoverleg
11. Opstellen agenda werkoverleg
12. Uitvoerende medewerkers aanspreken op ongewenst gedrag
13. Voorselectie nieuwe medewerkers
14. Bewaken scholingsbehoefte
15. Coördinatie ‘lief en leed’ medewerkers

**Overeenkomsten**
16. Afspraken maken met staf- en hulpdiensten over benodigde ondersteuning
17. Volgen ontwikkelingen bij externe lokale partijen (huisartsen, Stichting Welzijn Ouderen, et cetera)
18. Afspraken maken met externe lokale partijen

---

**Figuur 5.9 Verschuiving van regeltaken**

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De regeltaken 16, 17 en 18 zijn verschoven van het hoger management naar de zorgmanagers. De regeltaken 1 tot en met 15 zijn overgeheveld van zorgmanagers respectievelijk direct ondersteunende diensten naar de teams. In figuur 5.9 wordt geïllustreerd welke verschuiving de regeltaken ondergaan. Duidelijk is dat nogal wat regeltaken van zorgmanagers en direct ondersteunende diensten naar de teams zijn gegaan, waardoor die meer invloed op hun werk hebben gekregen. Daarnaast zijn enkele taken van het hoger management naar de zorgmanagers verschoven. De verwachting is dat in de toekomst, met de voortgaande teamontwikkeling nog meer regeltaken lager in de organisatie gelegd kunnen worden.

Om de coördinatie in de teams te bevorderen wordt het sterrolmodel (Van Amelsvoort en Van Jaarsveld, 2000) gehanteerd. In het sterrolmodel wordt het totaal aan regeltaken in een team verdeeld in een aantal deelportefeuilles, die vervolgens aan de verschillende teamleden worden toegewezen. Een sterrolhouder is een teamlid dat rondom het betreffende aandachtsgebied zorg draagt voor (Van Amelsvoort en Van Jaarsveld, 2000):
- de interne en externe communicatie;
- de organisatie van de besluitvorming;
- het bewaken van de gemaakte afspraken;
- het 'wegleren' of overdragen van regeltaken;
- het bewaken van de uitvoering van regeltaken;
- het stimuleren en coördineren van verbeteringen en aanpassingen.

Het is belangrijk dat het sterrolmodel niet gezien wordt als een onderlinge verdeeling van verantwoordelijkheden. Het gehele team blijft verantwoordelijk voor alle genomen besluiten. De volgende sterrollen worden binnen de zorgteams onderscheiden:
- planning;
- kwaliteit;
- productie & promotie;
- personeel.

Voor elke sterrol zijn de regeltaken geïnventariseerd die naar de teams worden overgedragen. In onderstaande box wordt, als voorbeeld, een overzicht gegeven van de regeltaken van de sterrol 'personeel'.

**Sterrol ‘Personeel’**

De sterrol personeel bestaat uit de volgende vijf thema’s:
- teamoverleg
- scholing en begeleiding
- persoonlijke aandacht
- selectie
- veilig en gezond werken

---

**Teamoverleg:**

Agendapunten verzamelen, coördinatie randvoorwaarden, rolverdeling, coördinatie notulen, bespreken samenwerking en werkoverleg

**Scholing en begeleiding:**

Invulling en coördinatie mentorrol, scholingsbehoefte, ontwikkelen vakmanschap

**Persoonlijke aandacht:**

Lief en leed, zieke collega’s

**Werving & selectie:**

Werving, sollicitatiegesprekken, inwerkplan, splitsen team

**Werkomstandigheden:**

Veilig en gezond werken

De sterrolhouders kunnen een belangrijke rol spelen bij de voortgangsbewaking rondom hun portefeuille. Door de resultaten bij te houden en door middel van cockpits (een eenvoudige weergave van de essentiële teamprestaties) en verbetermeters terug te koppelen naar de overige teamleden heeft het team voortdurend zicht op zijn belangrijkste prestatiegebieden. Om de prestaties vervolgens te verbeteren zal de behoefte om meer invloed op het werk te
krijgen toenemen en daarmee de behoefte aan meer regelmatigheden. Sturing op resultaten en aandachtsportefeuilles zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden en versterken elkaar zelfs. In § 5.6.2 wordt verder ingegaan op het informatiesysteem waarmee de teamresultaten inzichtelijk worden gemaakt.

5.5.2 Integraal management en ondersteunende diensten

Eén belangrijk element in de functie van zorgmanagers, rayonmanagers en de directeur werkmaatschappij komt overeen: integraal management. Managers zijn bevoegd en verantwoordelijk voor het complete proces en de ondersteunende dienst wordt aangestuurd door de lijn. Daarom wordt stilgestaan bij drie samenhangende thema’s:

- integraal management;
- ondersteunende diensten van de werkmaatschappijen;
- de resterende centrale staf voor het concern.

Integraal management

Waar in de uitgangssituatie bijvoorbeeld de budgettaire bevoegdheid en het primaat van beslissingen inzake huisvesting bij de faciltaire dienst lag, hebben de plaatselijke lijnmanagers na het herontwerp de zeggenschap over de huisvesting van hun lokale vestigingen. De facilitaire dienst adviseert en sluit voor zijn (interne) dienstverlening - bijvoorbeeld schoonmaakonderhoud - ‘Service Level Agreements’ af met zijn afnemers: het budgethoudende lijnmanagement. Op soortgelijke wijze levert de afdeling personeelszaken met decentraal gestationeerde personeelsadviseurs diensten aan de leidinggevenden. Als er in een werkgebied naast thuiszorg ook een verzorgingshuis of een verpleegunit aanwezig is, dan stuurt één lijnmanager het geheel aan.

Voor medewerkers en voor externe partijen is door de invoering van integraal management een transparante, simpele organisatie ontstaan. Niet langer behoeft over hetzelfde onderwerp met drie of soms wel vijf Sensire functionarissen, met ieder een deelverantwoordelijkheid en een deelbevoegdheid, te worden gecommuniceerd. Met de integraal verantwoordelijke managers is duidelijk wie voor wat het ene aanspreekpunt is.

Ondersteunende diensten werkmaatschappijen

Er wordt uitgegaan van het principe dat problemen zoveel mogelijk worden opgelost waar ze ontstaan en beslissingen daar worden genomen waar de effecten het best kunnen worden overzien. Besturing op hoofdlijnen is noodzakelijk om het verband binnen de organisatie te behouden, met respect voor de grote mate van zelfstandigheid van de decentrale eenheden (Baalman, 1998).

Ontwikkelingen binnen een specifieke productgroep, een regio of locatie, raken nu niet meer de gehele organisatie, maar worden als het ware op werkmaatschappij-niveau ‘geabsorbeerd’. Het verschaf Sensire ook een groter handelingsrepertoire: binnen de centrale beleidskaders kunnen werkmaatschappijen hun beleid toesnijden op hun specifieke omgeving. De werkmaatschappijen zijn vervolgens dan ook vrij zelfstandig gemaakt: veel ondersteunende diensten worden decentraal bij de werkmaatschappijen ondergebracht:

- economisch-administratieve dienst;
- personeel & organisatie;
- communicatie;
- facilitaire dienst.

Elke werkmaatschappij beschikt over eigen vestigingen waarin leidinggevenden en ondersteunende diensten werkzaam zijn.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Centrale staf concern
Wat centraal overblijft is een compacte concernorganisatie met minder dan 20 personen: concerncontrolling, Research & Development, marketing, bestuurssecretariaat en concernsecretariaat. Dan zijn er nog twee ondersteunende afdelingen die voor alle werkmaatschappijen werkzaam zijn: de afdeling ICT en het contactcenter met onder andere het 7 x 24-uur callcenter (zie figuur 5.10).

5.6  De - technische - systemen

De volgende vier stappen van de integrale ontwerpketen zijn nu in kaart gebracht:
1. grensafbakening (§ 5.1)
2. omgeving en missie, doelen en strategie (§ 5.1)
3. ontwerpspecificaties (§ 5.1)
4. structuurbouw (§ 5.2 tot en met § 5.5)

De vijfde en laatste stap van de integrale ontwerpketen betreft de inrichting van de - technische - systemen in overeenstemming met de gekozen structuur. Het gaat hierbij om aanpassing van:
- het planningssysteem en
- het verkrijgen van teaminformatie.

5.6.1  Invoering van een nieuw planningssysteem voor zorgteams

Het was bij ‘Sensire uitgangssituatie’ gebruikelijk dat op een planbord per klant de benodigde zorg of hulphandeling ingepland werd door weergave van de betreffende medewerkers. Dit leidde tot zeer complexe planningsborden met honderden kaartjes waarop alle contactmomenten werden weergegeven. Het streven was om voor medewerkers telkens ‘mooie’, aansluitende diensten, geen ‘tussenuren’, te creëren. Als een klant minder of juist meer hulp of zorg nodig had of deze zorg graag op een ander tijdstip wilde, leidde dit tot een geheel nieuwe planning. Ook als een medewerker op korte termijn verlof wilde of verhinderd was, bijvoorbeeld door ziekte, leidde dit tot grote verschuivingen op het planbord.

Deze complexiteit had tot gevolg dat de planning slechts door zeer ervaren planners uitgevoerd kon worden; in een aantal groepen werd vóór de teamvorming nog telkens door de zorgmanagers gepland.

Deze aanpak belemmerde de gewenste teamontwikkeling ernstig. De basis voor teamwerk is namelijk de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening. Het uitvoerend werk zelf is vrij solistisch: iedere medewerker verricht haar werkzaamheden zelfstandig bij de klant. De onderlinge verbondenheid komt met name in de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening tot uiting en die wordt vooral bepaald door de planning. Wanneer de

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Planning zo complex is, dat deze slechts door één of twee gespecialiseerde teamleden gemaakt kan worden, dan is de kans groot dat de overige teamleden hun verantwoordelijkheid gaan ‘uitbesteden’ aan deze planner. Dit ondermijnt de kern van de teamgedachte.

Met de ontwikkeling van het nieuwe planningssysteem is het maken van de roosters en de oplossing van verstoringen zo vereenvoudigd dat dit op een doelmatige wijze door alle teamleden samen gedaan kan worden. Dat vergroot de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel voor de betrouwbaarheid van de zorgverlening bij alle teamleden.

In de nieuwe situatie is de complexe planning met één capaciteitsbron voor de gehele gemeente, uitgevoerd door zorgmanager met planner, gewijzigd naar een vereenvoudigde planning per team, uitgevoerd door de medewerkers zelf; dus meerdere kleine capaciteitsbronnen (zie figuur 5.11). De vereenvoudiging is echter vooral tot stand gekomen door te gaan werken met zogenaamde vaste diensten die ‘op slot’ worden gehouden, zodat opslingerffecten voorkomen worden. Dit betekent dat bij een verstoring alleen het verstoord dienst contact met de specifieke klant wordt aangepast; dit heeft geen effect meer op andere diensten en andere klanten. Elke dienst, bestaande uit ongeveer vier klanten, wordt namelijk voor 90 procent gevuld. Er is een marge ingebouwd om uitbreiding van de zorgvraag en verandering van tijdstip zelf op te lossen. Als er een dusdanige afwijking in de zorg ontstaat bij één van de klanten, dat dit ten koste zou gaan van de dienstverlening aan één van de andere klanten, dan vindt er overheveling plaats naar de flexibele dienst. Uitgangspunt is immers dat een andere klant nooit de dupe mag worden. Het gevolg is dat de meeste diensten ongestoord kunnen verlopen, waardoor er rust ontstaat in de planning en roostersturing.

Het nieuwe planningssysteem betekent een grote verandering voor de teamleden: zij maken nu samen de roosters en lossen de verstoringen zelf op (zie ook figuur 5.9). Regeltaken hebben meestal een sociaal aspect en bij de planning in het bijzonder worden een aantal gevoelige onderwerpen geraakt die de onderlinge samenwerkingsrelaties sterk beïnvloeden, vooral de verdeling van de ‘lusten en de lasten’. Hierbij kan gedacht worden aan het verdelen van de diensten op vervelende tijdstippen, wie er meer of minder vervangt, wie er meer of minder uren werk heeft, et cetera. De introductie van het nieuwe planningssysteem vraagt daarmee ook meer sociale vaardigheden van de teamleden dan het oude planningssysteem en kan dan ook een flinke aanjager vormen voor de nagestreefde teamontwikkeling.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
5.6.2 Het verkrijgen van teaminformatie: cockpits

In § 5.5.1 is ingegaan op de ontwikkeling van aandachtsportefeuilles en de samenhang met het verkrijgen van teamresultaten. Door inzicht te krijgen in de resultaten van enkele kernprestatie-indicatoren kan elk team afleiden of zijn prestaties goed zijn, waar extra aandacht nodig is en wat het effect is van bedachte verbetermaatregelen of bepaalde incidenten. Deze prestatie-indicatoren zijn voor de teams een belangrijk hulpmiddel om de aan hen toegekende bevoegdheden en verantwoordelijkheden goed op te pakken. De feedback vormt een belangrijke basis voor het leren en voor de verdere teamontwikkeling naar betere prestaties.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Samenwerking</th>
<th>Werkoverleg</th>
<th>Werkoverleg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Binnen het team</td>
<td>+</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Tussen de teams</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

In de bovenstaande box staan voorbeelden van de cockpitmeters ‘samenwerking’, ‘werkoverleg’ en ‘effectiviteit. Eenvoud is hierbij het sleutelwoord. De eerste twee cockpits maken deel uit van de sterrol personeel en de derde van de sterrol planning.

### Aanpassing andere systemen

Naast aanpassing van het planningssysteem en het verschaffen van teaminformatie, is het mogelijk om in de toekomst andere systemen aan te passen aan de huidige organisatiesstructuur (conform het huis met de vier pijlers; zie figuur 3.4). Gedacht kan worden aan aanpassing van personele systemen als beoordeling, zoals 360°-feedback (Leliveld en Vink, 2000). Het is echter van belang te ondernemen dat de mate waarin de medewerkers invloed hebben op wederzijdse beoordeling afhangt van de volwassenheid van de teams. Van den Broek (1999) onderniet dit: ‘een disharmonie tussen de ontwikkeling

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
waarin het team zich bevindt en het gebruik van 360°-feedback heeft geen toekomst. Het is bovendien de vraag of er niet überhaupt teveel dialoog in een 360°-feedback zit'.

Ook het beloningssysteem kan aangepast worden. Gedacht kan worden aan een teambeloning. Net als bij beoordeling is ook bij teamprestatiebeloning een goede timing bij het invoeren van essentieel belang. Het te snel invoeren van prestatiebeloning heeft als gevolg dat teams zich indekken tegen uitdagende doelen. Teams kunnen pas voor hun prestaties beloond worden als ze die ook daadwerkelijk kunnen beïnvloeden. Teambeloning is pas op z'n plaats als het team een behoorlijk aantal regeltaken goed onder de knie heeft en het team in staat is de eigen output werkelijk zelf te besturen. Er dient dan voor gewaakt te worden dat te eenzijdig de nadruk wordt gelegd op resultaten op het vlak van kwantiteit, kwaliteit en kosten van de output (Van Jaarsveld, 1997). Resultaten op het vlak van teamontwikkeling, inzetbaarheid en samenwerking zijn evenzeer van belang. Toch lijkt de nodige voorzichtigheid gewenst bij het koppelen van een te groot financieel belang aan prestaties. Een beperkte mate van taakgroepbeloning (slechts enkele procenten) is wenselijk omdat de competitie tussen teams anders te sterk zou worden (Leliveld en Vink, 2000). Dit kan ertoe leiden dat er erg veel energie in onderlinge competitie gaat zitten in plaats van deze naar buiten te richten.

Aanpassing van de personele systemen lijkt momenteel nog te vroeg, maar kan voor de toekomst wellicht interessant zijn. Nadere verkenningen, bijvoorbeeld rondom CAO-aspecten, zijn hiervoor noodzakelijk.

**Tot slot**

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van het herontwerp van Sensire tot in 2005. Hierbij zijn de verschillende stappen van de integrale ontwerpketen gevolgd. Dit betekent dat in eerste instantie is stilgestaan bij de grensafbakening, omgeving & missie en ontwerpspecificaties. Daarna kwam de productiestрукturn aan de orde: de vorming van werkmaatschappijen op macroniveau. Op mesoniveau is ingegaan op de inrichting van de werkmaatschappijen en het ontwikkelen en afwegen van verschillende ontwerpalternatieven. Op microniveau is het verdere ontwerp van de teams geanalyseerd en is tevens een functie-analyse met de WEBA gehouden. Vervolgens is ingegaan op de besturingsstructuur waarbij integraal management en positionering van ondersteunende diensten belangrijke elementen zijn. De volgende stap van de integrale ontwerpketen bestond uit het aanpassen van de -technische- systemen aan de structuur. Hierbij is ingegaan op de planningssystematiek en de ontwikkeling van een informatiesysteem om de teams inzicht in de resultaten te bieden.

In het slot van hoofdstuk drie zijn enkele parameters opgesomd die het verschil weergeven tussen klassieke organisaties en organisaties die gebaseerd zijn op het sociotechnisch perspectief. Nu in hoofdstuk vier de uitgangssituatie is beschreven en in dit hoofdstuk de nieuwe situatie bij Sensire, worden dezelfde parameters voorgelegd. Per parameter wordt kort weergegeven welke transformatie is ondergaan.

**Het primaire proces: verschuiving van functionele concentratie naar procesdominantie**

In de uitgangssituatie van Sensire was er sprake van functionele concentratie. Er werd georganiseerd rondom functies; een afdeling huishoudelijke verzorging, een subafdeling verzorging en een subafdeling verpleging. Ook buiten de thuiszorg werd er rondom functies georganiseerd: maatschappelijk werk, kraamzorg, kinderopvang, et cetera. In de nieuwe situatie wordt er onderscheid gemaakt tussen twee stromen: enerzijds ‘ouderen en chronisch ziekten’ anderszijds ‘ouder en kind’. Het onderzoek richtte zich op de eerste stroom, waarbij na invoering van het sociotechnisch perspectief sprake is van procesdominantie. Klanten worden ondergebracht bij een multidisciplinair team, dat het gehele zorgproces kan verzorgen. Binnen de stroom ‘ouder & kind’ is geen procesdominantie. Er is daarentegen ook minder samenhang in activiteiten.
**Verschuiving van centrale sturing naar lokale regelcapaciteit**
In de uitgangssituatie was er sprake van centrale sturing met afzonderlijke planningsfunctionarissen. In de nieuwe situatie bij Sensire wordt de planning door de medewerkers zelf geregeld en regelen ze ook al enkele zaken rondom kwaliteit en personeel. Deze ontwikkeling heeft geleid tot afname van het aantal regelende niveaus en toename van de regelcapaciteit bij teams.

**Verschuiving van aspectmatige stafsturing naar integraal management**
In de uitgangssituatie was er sprake van aspectmatige stafsturing. De facilitaire dienst had bijvoorbeeld budgettaire bevoegdheid en beslissingsbevoegdheid met betrekking tot huisvesting. In de nieuwe situatie adviseert de facilitaire dienst en sluit hij voor de interne dienstverlening ‘Service Level Agreements’ af met zijn afnemers: het budgethoudende lijnmanagement met de integrale scope.

**Verschuiving van individuele sturing naar teamverantwoordelijkheid**
In de uitgangssituatie vindt er individuele aansturing plaats. Iedere medewerker voert de eigen handelingen uit en er is in feite weinig zicht op de kwaliteit van de werkzaamheden, want met name medewerkers die de verzorging en verpleging uitvoeren zijn niet gekoppeld aan vaste klanten. Ook hebben de medewerkers daardoor geen zicht op de werkzaamheden van hun directe collega’s. In de nieuwe situatie hebben de medewerkers vaste klanten die ze met hun vaste teamleden delen. Ze stemmen onderling af, zijn dus zelfstandiger en breder inzetbaar en nemen sommige taken van elkaar over. Doordat de medewerkers hun vaste klanten hebben, overzien ze het hele zorgproces waardoor er tevens meer leermogelijkheden zijn.

In hoofdstuk zes zal het veranderingsproces, het transformeren van ‘Sensire uitgangssituatie’ naar ‘Sensire nieuw’, centraal staan.
Hoofdstuk 6  Aanpak veranderingsproces: van uitgangssituatie naar nieuw

In dit hoofdstuk wordt het veranderingsproces binnen Sensire toegelicht. Er wordt inzicht gegeven in de aanpak die is gehanteerd om tot invoering van het sociotechnisch perspectief te komen. In § 6.1 wordt ingegaan op deconcentratie van staf- en ondersteunende diensten en de vorming van werkmaatschappijen. Vervolgens wordt het veranderingsproces bij werkmaatschappij Sensire 'De Slinge' nader beschreven. De grof-fijnveranderstrategie wordt hierbij gehanteerd. In § 6.2 komt de invoering van de grofstructuur aan de orde. Uiteenlopende activiteiten zijn ondernomen om enerzijds snelheid te maken, bijvoorbeeld de invoering van ontwerpgroepen, en anderzijds het betrekken van medewerkers bij de veranderingen: een visieconferentie, de ontwerpconferenties, rondetafelconferenties, et cetera. In § 6.3 wordt kort de introductie van integraal management behandeld. De fijnstructuur wordt in § 6.4 beschreven. Hierbij wordt ingegaan op de consolidatie na het invoeren van de grofstructuur. Er spelen diverse inhoudelijke thema’s bij het verfijnen van de structuur, zoals de vorming van dienstenkwartetten, het nieuwe profiel van wijkverpleegkundigen, de planningssystematiek en het invoeren van coördinatieportefeuilles, ook wel sterrollen genoemd. Ook wordt beschreven hoe er aandacht is besteed aan scholing; scholing wordt gezien als onmisbaar bij het veranderingsproces. In § 6.5 worden tenslotte de gevolgen van de invoering van het sociotechnisch ontwerpen op de knelpunten besproken, zoals deze in § 4.3.2 zijn omschreven.

6.1 Vorming van werkmaatschappijen: deconcentratie staf en ondersteuning

In § 5.1 is het ‘vlootprincipe’ beschreven. De ombouw van de traditionele bureaucratische organisatie, ‘de mammoettanker’, naar een organisatie gebaseerd op het sociotechnisch perspectief, ‘de vloot van kleinere schepen’, is eerst door een aantal hogere lijnmanagers en enkele staffunctionarissen ontwikkeld in een grove schets en daarna verder uitgewerkt in een inrichtingsplan. In een volgende fase zijn de achtergronden, doelstellingen en inrichtingsprincipes in verschillende bijeenkomsten toegelicht aan afgevaardigden van de verschillende oorspronkelijke fusie-partners die samen de basis hebben gevormd voor Sensire. Nadat groen licht werd verkregen van de centrale ondernemingsraad, de klantenraden, de raad van toezicht en overeenstemming was bereikt met de vakorganisaties, kon met de implementatie worden gestart. In dit stadium is vanuit een aantal overwegingen gekozen voor een top-down aanpak. Zoals in hoofdstuk twee is behandeld geven toenemende eisen uit de omgeving aanleiding om snel tot een andere manier van organiseren te komen. Daarnaast is de interne complexiteit, zoals beschreven in hoofdstuk vijf, aanleiding voor een herontwerp van de organisatie. In een raamsoociaal plan werd vastgelegd dat als gevolg van de reorganisatie geen gedwongen ontslagen zullen plaatsvinden. De banen van ongeveer 150 managers en medewerkers van staf- en ondersteunende diensten werden opgeheven, maar tegelijkertijd ontstonden ongeveer 150 nieuwe, veelal vergelijkbare, functies in werkmaatschappijen of in de kleine concernorganisatie. Dat betekende voor bijna alle medewerkers een andere werkplek, vaak op een andere locatie, waarvan ongeveer een derde in een andere plaats, met andere gezagsverhoudingen en met andere collega’s. Uiteindelijk bleek het ontbreken van de mogelijkheid van gedwongen ontslag een belemmering te zijn. Het gevolg was dat werkmaatschappijen en concernorganisatie lange tijd met een kwalitatieve en kwantitatieve suboptimale bemensing hebben moeten functioneren.
Daar staat tegenover dat de gehele operatie met minimale interne weerstand en zonder negatieve externe consequenties is afgerond. Dit ondanks de impact, de korte doorlooptijd en de top-down aanpak die geen ruimte bood voor participatie van de betrokken medewerkers. De financiële resultaten hadden niet onder de reorganisatie te lijden: ieder jaar na de reorganisatie werd weer beter gepresteerd dan het jaar daarvoor.

Na de vorming van relatief autonome werkmaatschappijen is het verdere organisatievernieuwingsproces per werkmaatschappij opgepakt. Een dergelijk ingrijpend veranderingsproces kan alleen maar slagen bij voldoende lokaal eigenaarschap en enthousiasme in de werkmaatschappij en als voldoende wordt aangesloten bij de aanwezige verandercondities, die per werkmaatschappij verschillen (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002). Er wordt daarom gekozen voor de grof-fijncyclus omdat enerzijds voldoende snelheid verkregen dient te worden en anderzijds een brede participatie van medewerkers wenselijk is, omdat dit aansluit bij de cultuur die wordt nagestreefd bij het sociotechnisch herontwerp. In § 3.6 is stilgestaan bij de kenmerken van deze veranderingsstrategie. De verdere opbouw van dit hoofdstuk komt daarover met deze veranderingsstrategie: eerst de grofstructuur, daarna de fijnstructuur. De hierbij gehanteerde interventies door middel van ontwerpgroepen, rondetafelconferenties, opleidingen, et cetera moeten gezien worden in de context van deze veranderingsstrategie.


6.2 Grofstructuur


Visieconferentie


De grofstructuur werd herontworpen door een zogenaamde ontwerpgroep bestaande uit een ‘dwarsoorsnede’ van de werkmaatschappij: medewerkers vanuit verschillende regio’s, afdelingen en verschillende organisatienniveaus. Met deze aanpak is geprobeerd om in de ontwerpgroep de benodigde proceskennis te verwerven en zicht te krijgen op onderlinge afhankelijkheden tussen de activiteiten. Eenvoud en transparantie worden verkregen door afhankelijkheden tussen de verschillende bouwstenen te voorkomen. Het vereist voldoende procesinzicht om dit met een gericht herontwerp te bereiken.
Vervolgens is een klankbordgroep ingesteld om als gesprekspartner te dienen voor het management van Sensire ‘De Slinge’ bij het proces van ontwerp van de grofstructuur. De klankbordgroep heeft ook een functie bij het verspreiden van de ideeën met betrekking tot zelfsturing en draagt daarmee bij aan het creëren van draagvlak.

Ook werden diverse werkgroepen ingesteld die een specifieke inhoudelijke opdracht uitwenden. Er is bijvoorbeeld een werkgroep ‘Alternatieven in de grofstructuur’, een werkgroep voor aanpassing van het kwaliteitssysteem, et cetera. Aan elke werkgroep werden randvoorwaarden en kaders meegegeven.

**Ontwerpconferenties**
Vanuit een groeiend collectief bewustzijn binnen Sensire ‘De Slinge’ ten aanzien van de organisatievisie, de omgevingsontwikkelingen en de organisatiestructuur, werd aansluitend op de visieconferentie in april 2002 een tweetal ontwerpconferenties georganiseerd. Aan beide ontwerpconferenties namen vijftien medewerkers deel. Hieronder bevonden zich

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
uitvoerende medewerkers, thuiszorgmanagers en leden van het managementteam. Tijdens deze conferenties werd het thema ‘Onze wijk is onze zorg’ ontwikkeld. Dit leidde tot de twee basismodellen zoals beschreven in § 5.3.1).

Werkmaatschappij brede rondetafelconferentie
Eind mei 2002 werd een eerste rondetafelconferentie georganiseerd.

Werkmaatschappij brede rondetafelconferentie (Van Amelsvoort en Metsemakers, 2002).

Betrokkenheid is een goede basis om een flexibele, productieve en menswaardige organisatie te creëren. De kans op betrokkenheid wordt niet alleen vergroot door de organisatievormgeving, maar ook door de wijze waarop de vormgeving tot stand komt. Organisaties die een hoge waarde toekennen aan betrokkenheid, kunnen slechts door middel van dialoog tot stand komen. Bij een dialoog staat het zoeken naar overeenkomsten in meningen, ideeën en inzichten centraal. Tijdens een rondetafelconferentie kan op een uiterst effectieve wijze door een grote groep, 80 tot 300 deelnemers, tegelijkertijd gewerkt worden aan de gezamenlijke beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming. Door de actieve participatie ontstaat niet alleen snelheid, maar ook partnership in termen van draagvlak en gedeelde verantwoordelijkheid voor de organisatievernieuwing.

In de voorbereidingsfase van de rondetafelconferentie wordt het programma gedetailleerd uitgewerkt. Tijdens de conferentie gaan tafelgroepen in meerdere ronden aan de slag met vragen en opdrachten. De uitkomsten van deze groepen worden tijdens de conferentie gedeeld en tevens door een informatieteam verwerkt.

Enkele belangrijke kenmerken van de rondetafelconferentie zijn:

*Kleine max-mix groepen*

De verschillende vragen die tijdens een conferentie aan de orde zijn, doorlopen altijd dezelfde cyclus. Per ronde wordt de volgende werkwijze gehanteerd:

- Eerst individueel nadenken.
- Uitwisselen van beelden in de max-mix groep; het kiezen van belangrijkste uitkomsten en die weergeven op flipover papier. Per tafelgroep wordt gezocht naar overeenkomsten in verschillende beelden.
- Plenair terugkoppelen door 1-minuutpresentaties en rondloopsessies waarbij de resultaten kunnen worden bekeken en besproken.

*Dialog in plaats van discussie*
Uitgangspunt is dat iedereen een eigen beeld heeft van de werkelijkheid en van de gewenste organisatie. Er vindt geen discussie plaats met als doel elkaar te overtuigen, maar er wordt getracht te leren luisteren naar elkaar en iedereen aan bod te laten komen.

*Beslissingsbevoegdheid*
De mate van invloed van de rondetafelconferentie kan verschillen. De bijeenkomsten kunnen benut worden voor collectieve besluitvorming omtrent de aangedragen thema’s, maar kunnen ook gebruikt worden voor het verkrijgen van advies over de door het management aangedragen concepten. De kaders dienen in ieder geval helder te zijn: de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn vooraf vastgesteld en naar alle deelnemers gecommuniceerd.

Aan deze rondetafelconferentie nam een groep van ongeveer 120 medewerkers deel. Het betreft onder andere een groep medewerkers uit het primaire proces die een volledige afspiegeling vormden van de werkmaatschappij: alle functies en alle gemeenten zijn vertegenwoordigd. Ook alle directe leidinggevenden waren aanwezig. Tevens waren leden

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
van de ondernemingsraad, de cliëntenraad en de afdeling personeel & organisatie vertegenwoordigd.

Net als bij de visieconferentie werd in eerste instantie uitgebreid stilgestaan bij de organisatievisie, de omgevingsontwikkelingen en werd nader verkend wat sociotechnische organisatieprincipes zijn en wat die voor de organisatie zouden kunnen betekenen. Hierbij werd door het management een toekomstbeeld geschetst rond het thema ‘Onze wijk is onze zorg’.

Een belangrijk onderdeel van de rondetafelconferentie is de uitleg van het basismodel (zie § 5.3.1). Na toetsing van dit model op de onderscheiden ontwerpcriteria door de deelnemers wordt ingestemd met dit basismodel. Tevens is aan elke tafel gevraagd naar de voor- en nadelen van:
- wel of geen afzonderlijke teams voor kortdurende zorg;
- wel of geen afzonderlijke teams voor ‘psychosociale zorg’ en ‘specifieke zorg voor diagnosegroepen’.

De bevindingen werden vervolgens centraal teruggekoppeld. Dit leidde uiteindelijk tot een situatie waarbij een ruime meerderheid van de deelnemers instemde met specifieke teams voor ‘psychosociale zorg’ en ‘specifieke zorg voor diagnosegroepen’. De afzonderlijke teams voor korte- en langdurende vraag werden verworpen (zie ook § 5.3.2).

De cliëntenraad en ondernemingsraad gaven vervolgens een positief advies over deze ontwerpuitkomst, waarna tenslotte de raad van bestuur zijn instemming verleende.

Visieverspreiding
Met de rondetafelconferentie is binnen Sensire ‘De Slinge’ de ontwerpfase afgesloten. Hierop volgt een periode waarin uitgebreid over het basismodel en de achterliggende doelstellingen wordt gecommuniceerd.

De directeur van de werkmaatschappij houdt zogenaamde ‘road shows’ in alle gemeenten om aan de medewerkers uit te leggen wat het basismodel inhoudt en waarom daarvoor is gekozen. Het belangrijkste doel van deze bijeenkomsten is om de visie en persoonlijke overtuiging aan de medewerkers over te brengen. Hierbij wordt met name aangegeven op welke toekomstige ontwikkelingen ingespeeld moet worden en welke mogelijkheden er zijn om samen een betere organisatie te bouwen. Dit persoonlijke contact is belangrijk om enerzijds te achterhalen wat medewerkers positief vinden aan deze nieuwe manier van werken. Ook is het een goede gelegenheid om te leren welke negatieve aspecten en belemmeringen medewerkers hierin zien of waartegen zij bezwaar hebben. De verzorgenden en verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld bang dat zij nu veel huishoudelijke werkzaamheden moeten verrichten en de huishoudelijk verzorgende vrezen dat ze nu alles zelf moeten regelen zonder begeleiding: ‘laat mij maar gewoon mijn huishoudelijke werk doen’. Veel ongerustheid kan worden wegensomen door misverstanden uit de wereld te helpen, aandacht te besteden aan de zaken die bij de medewerkers spelen en goede begeleiding toe te zeggen.

Ook de thuiszorgmanagers besteden veel aandacht aan gesprekken met medewerkers over de aankomende verandering. Zo houden thuiszorgmanagers bijvoorbeeld een vast spreekuur om vragen van medewerkers te beantwoorden.

Bij het veranderingstraject worden een aantal veranderingsprincipes gehanteerd. Een hiervan is de ‘trektochtbenadering’ (Swieringa en Wierdsma, 2002). Er is sprake van een trektocht en niet van een tot in de puntjes georganiseerde reis. Dit betekent dat niet alles van tevoren is uitgedacht, maar dat al doende wordt geleerd. Er is overwogen om een denktank van medewerkers te formeren die moet bedenken hoe de fijnstructuur van de teams eruit komt te zien, maar dat zou betekenen dat het veranderingstraject te lang stilstaat. De praktijk wordt gezien als de beste leerschool. En door de verandering in te voeren wordt ook pas voelbaar welke eisen aan de medewerkers en aan de organisatie worden gesteld. Verandering zet aan tot leren. In dit kader is besloten om twee gemeenten, Groenlo en Neede, te laten fungeren als speerpuntgemeenten. De
ervaringen binnen deze gemeenten zijn vertaald in hulpmiddelen waarvan de andere gemeenten gebruik kunnen maken. De overige gemeenten zullen naderhand één voor één volgen.

**Gemeentelijke ontwerpgroepen**


De gemengde samenstelling van de ontwerpgroepen blijkt belangrijk te zijn, omdat veel wordt geleerd van collega’s die op een andere manier naar de invoering van zelfsturende teams kijken. Dit resulteert in een bredere kijk op de zaak en meer diepgang van de discussies. Medewerkers van de afdelingen ThuisVerzorging en Verpleging & Verzorging doen hun best om zich in te leven in elkaars ideeën en standpunten. Deze werkwijze is in lijn met een ander belangrijk veranderprincipe waarvoor is gekozen: gerichte participatie en legitimering. Het management ziet de medewerkers als volwaardige gesprekspartners en deskundigen op het gebied van inhoud en organisatie van de uitvoering van de zorgverlening. Dit betekent dat medewerkers gericht meepraten, meedenken en meebeslissen.

**Gemeentelijke rondetafelconferentie**

Om het meepraten, meedenken en meebeslissen ten uitvoer te brengen (zie § 3.6) leggen de leden van de ontwerpgroep hun uitkomsten weer voor aan hun collega’s binnen hun gemeente in een rondetafelconferentie om de resultaten met elkaar te bespreken en waar nodig aan te scherpen. Medewerkers kunnen aangeven in welk team zij zouden willen functioneren. Sommige wijken zijn meer geliefd dan andere en er wordt gestemd om het juiste aantal medewerkers (met de juiste functies) per team in te delen.

De rondetafelconferenties, zowel werkmaatschappij-breed als per gemeente, worden gezien als een belangrijk middel om met elkaar een dialoog te voeren en de verwachtingen op elkaar af te stemmen. Ze vormen daarmee een belangrijk middel om de organisatieverandering te doen slagen. De uitkomsten van de ontwerpgroep en de rondetafelbijeenkomst worden uitvoerig en zorgvuldig gecommuniceerd naar alle betrokken klanten en medewerkers. De status van het veranderingstraject wordt een vast agendapunt tijdens het werkoverleg. Ook wordt maandelijks een nieuwsbrief ‘zelfsturing’ verspreid.

---

**Liever geen verandering**

Verzorgenden D, dit zijn verzorgenden met de hoogste kwalificatie, zijn in de oude situatie zowel in de afdeling ThuisVerzorging als Verpleging & Verzorging vertegenwoordigd. Hoewel het dezelfde functies betreft zijn er statusverschillen; binnen ThuisVerzorging doen de verzorgenden naast persoonlijke verzorging ook huishoudelijke werkzaamheden, binnen Verpleging & Verzorging niet. Bij deze laatste groep zijn er bezwaren tegen de organisatieverandering omdat dit voor hen betekent dat ze ook huishoudelijke werkzaamheden zullen uitvoeren. Veel tijd is geïnvesteerd in het benadrukken van het belang voor de organisatie en de klanten. De meeste verzorgenden D zijn uiteindelijk akkoord gegaan, maar een beperkt aantal kon zich niet verenigen met de ingezette koers en heeft afscheid genomen van de organisatie.

De, veelal oudere, klanten worden uitgebreid geïnformeerd over de invoering van het wijkgericht werk, de redenen die eraan ten grondslag liggen en de gevolgen die dit voor hen met zich meebrengt. Toch komen er aanvankelijk een aantal telefoontjes van verontruste klanten binnen. Deze klanten houden liever alles bij het oude, ondanks de kwalitatief betere dienstverlening waartoe de veranderingen wellicht zullen leiden. Er worden geen uitzonderingen gemaakt, maar wel wordt veel tijd besteed om deze klanten gerust te stellen en misverstanden weg te nemen.
De ‘kanteling’
Naast de inhoudelijk voorbereiding wordt tevens aandacht besteed aan elementen van ‘teamontwikkeling’. Daarom wordt een kantelfeest georganiseerd.
Begin 2003 kan in Groenlo en Neede worden overgegaan naar het werken in de nieuwe teams met hun ‘eigen’ klanten.

Kantelfeest
Het doel van een kantelfeest is tweeledig. Enerzijds wordt bewust een ijkpunt gecreëerd; vanaf dit startmoment gaat in teams gewerkt worden. Op deze manier kan dan worden gesproken over de periode van ‘voor’ en ‘na’ de kanteling. Anderzijds wordt aan de nieuwe teams gevraagd om hun zelfverzonnen teamnaam te presenteren door middel van een liedje, toneelstukje, et cetera. Daardoor leren de teamleden elkaar op een informele manier kennen, wordt een identiteit gecreëerd en werken zij meteen naar het eerste gezamenlijke doel toe. ‘Geconstateerd kon worden dat de teamleden al aan het begin van de avond bij elkaar gingen zitten, om vervolgens gezamenlijk het podium op te kunnen gaan.’.

De invoering van de nieuwe teams wordt begeleid door de thuiszorgmanagers die aan het begin van het veranderingstraject ook al een leidinggevende positie hadden. Er is derhalve niet voor gekozen om vooraf een selectie te maken van thuiszorgmanagers die capabel geacht werden om hun rol als zorgmanager nieuwe stijl en de daaraan gekoppelde verandering binnen de gemeente tot een succes te maken. Deze voorselectie heeft bewust niet plaatsgevonden; alle thuiszorgmanagers worden in staat gesteld zich te ontwikkelen. Er is afstand genomen van de opvatting, dat een gerichte voorselectie leidt tot ‘de juiste vrouw of man’ op de juiste plek en per definitie ook een positief effect op het veranderingstraject zal hebben. Hieraan ligt een aantal overwegingen ten grondslag.

Ten eerste is het moeilijk te voorspellen hoe leidinggevenden in een nieuwe organisatie met gewijzigde functie-eisen zullen gaan functioneren. Ook het aanpassingsvermogen is lastig vooraf in te schatten. Van belang zijn met name de leiderschapskwaliteiten in ‘enge zin’: authentiek zijn, doen wat je zegt, daadkracht tonen en oprecht medewerkers betrekken bij de verschillende stappen in het proces.

Daarin worden andere competenties van leidinggevenden gevraagd dan tot dusverre en het is dus niet eenvoudig te voorspellen of iemand deze kwaliteiten in huis heeft of kan ontwikkelen.

Ten tweede wordt het functioneren van individuele leidinggevenden ook bepaald door de ‘chemie’ tussen hem of haar en de andere zorgmanagers.

Ten derde is het motto van de veranderaanpak ‘samen doen, samen leren’. Dan past het niet om vanaf het begin sommige leidinggevenden de mogelijkheid tot leren en ontwikkelen te onteggen. Om zelfsturende teams tot een succes te maken moet er binnen de organisatie een fundamenteel vertrouwen zijn. Met het ingrijpen in het leidinggevend kader zou in een vroegtijdig stadium dit vertrouwen en daarmee het veranderingstraject geschaad worden.

Deze overwegingen leiden tot de nodige ‘investeringen’ in de leidinggevenden om hen goed voor te bereiden op hun toekomstige rol. Hiertoe is een leiderschapsversterkend programma ontwikkeld en uitgevoerd. Dit zijn tweedaagse bijeenkomsten die zes keer per jaar worden gehouden, waarin de zorgmanagers ervaringen en kennis delen, nieuwe kennis opdoen en vaardigheden trainingen. Ook de rayonmanagers zijn aanwezig. Hierbij komen onder andere aan de orde: ontwerpprincipes, teamontwikkeling, werkoverleg, overdracht van regeltaken, omgaan met ongewenst gedrag, persoonlijk leiderschap, et cetera. In het leiderschapsversterkend programma worden ook plannen gemaakt voor de invoering van de fijnstructuur. Tenslotte is er een aanbod van persoonlijke coaching, worden themadagen georganiseerd en heeft iedere leidinggevende nog de mogelijkheid om persoonlijk extra training of opleiding te volgen.

Werkmaatschappij brede rondetafelconferentie

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
In december 2003 wordt opnieuw een werkmaatschappij brede rondetafelconferentie gehouden. Het betreft een vergelijkbaar aantal deelnemers en een vergelijkbare afspiegeling van de werkmaatschappij als bij de conferentie in mei 2002. Een belangrijk onderdeel van het programma van deze conferentie betreft een terugblik op de wijze waarop de implementatie van de zelfsturende teams is verlopen en welke leerpunten hieruit te distilleren zijn.

Eén van de opdrachten is het evalueren van het veranderingsproces. Het evalueren wordt uitgeoefend vanuit verschillende invalshoeken: vijf tafels vanuit klanten, vijf tafels vanuit medewerkers en vijf tafels vanuit de positie van de organisatie. Elke tafelgroep bepaalt over welke drie belangrijkste zaken bij de doelgroep aanleiding geven tot blijheid, tevredenheid of trots is en drie belangrijkste zaken waarover de doelgroep teleurgesteld, ontevreden of kwaad is.

### Blijheid, tevredenheid of trots bij het veranderingstraject uit het oogpunt van:

**Klanten**
- meer bekendheid bij klant, meer binding
- meer samenwerking binnen en tussen teams
- continuïteit is vergroot
- betere afstemming
- meer tijd en aandacht
- verzekerd van hulp
- achteraf is de verwarring meegevallen
- veel zorg op tijd en snel geleverd

**Medewerkers**
- kleinschaligheid, helderheid over verantwoordelijkheid
- kortere lijnen, sneller overleg, sneller resultaat
- snellere opvang bij ziekte en vakantie
- meer overzicht over werkzaamheden en indicaties
- grotere betrokkenheid binnen teams
- het is een uitdaging op deze manier
- de kwaliteiten komen naar boven en worden flink gestimuleerd

**Organisatie**
- thuiszorgmanager heeft meer tijd om medewerkers te coachen
- thuiszorgmanager met goede uitstraling neemt de rest van het team mee
- goede informatie over veranderproces, is goed te volgen
- er wordt aan PR gedaan, er is groei, extra dingen
geluiden van de werkvloer komen door en het management doet er ook iets mee
- vanuit het management is er meer inzicht en overzicht ten aanzien van uitvoerende werkzaamheden

### Teleurgesteld, ontevreden of kwaad over het veranderingstraject uit het oogpunt van:

**Klanten**
- afscheid moeten nemen van de ‘oude’ hulp
- de kanteling in een onrustige periode (vakantie)/verkeerd tijdstip
- moeten wennen aan nieuwe gezichten
- verwarring en soms nog vreemd

**Medewerkers**
- planning en rooster was eerst een chaos
- bijscholing voor planners pas na kanteling in plaats van ervoor
- er wordt veel gevraagd ten aanzien van flexibiliteit
- bang, nu zijn wij verantwoordelijk
- alles gaat bloedsnel, in hoog tempo
- integreren van medewerkers vergt tijd

**Organisatie**
- tijdstip van de kanteling
- door planningsproblemen veel frustraties
naar elkaar geluisterd. Toch is er met name bij de overdracht van de planningstaak naar de teams veel fout gegaan. Daarom ook de rode vlag erbij.

6.3 Introductie integraal management

De introductie van integraal management heeft een ingrijpende wijziging in de besturingsstructuur tot gevolg voor het aanwezige lijnmanagement. Conform het afgesloten raamsociaalplan worden de managementposities overwegend vanuit het aanwezige managementpotentieel ingevuld. Voor globaal de helft van de managers bleek na verloop van tijd dat de gevraagde competenties bij de nieuwe aanpak zoveel anders of zwaarder geworden waren dan voorheen, dat zij daaraan niet in voldoende mate konden of wilden voldoen. Door de zorgvuldigheid waarmee deze problematiek is benaderd en de gefaseerde omschakeling, heeft dit niet geleid tot veel mutaties tegelijk. Daardoor heeft de bedrijfsvoering geen ernstige hinder ondervonden en bleef ook de weerstand tegen de nieuwe wijze van leidinggeven en de gewijzigde verhoudingen zeer beperkt.

De eerste periode na de invoering van integraal management maken leidinggevenden en de werkmaatschappijdirecties enthousiast gebruik van de verworven vrijheid. Het gevolg is dat bijvoorbeeld van gezamenlijk inkopen, om kostenvoordeel te realiseren, weinig terechtkomt. Ook andere potentiële voordelen, zoals het synchroniseren en standaardiseren van het grote aantal software-applicaties dat bij de diverse werkmaatschappijen in gebruik is, komt nauwelijks van de grond. Gedurende deze eerste periode is het voor de werkmaatschappijen nog zoeken naar een balans tussen eigenstandige beleidsontwikkeling en zoeken naar mogelijkheden om met collega werkmaatschappijen samen te werken en synergie te bereiken.

6.4 Fijnstructuur

6.4.1 Consolidatie

Na de ingrijpende wijzigingen die de implementatie van de grofstructuur met zich mee bracht, wordt de volgende fase gekenmerkt door continuïteit en een meer incrementele ontwikkeling. Na de schoksgewijze veranderingen komt de nadruk vanaf nu vooral op evolutie in plaats van revolutie.

De interactie tussen medewerkers en klant, maar ook tussen medewerkers onderling is aan verandering onderhevig. Het vergt tijd om vaardig te worden in het plannen en de teamleden moeten nog op elkaar ingespeeld raken. Elkaars kwaliteiten (durven) benutten, elkaar feedback geven, daadwerkelijk taken overpakken van een ‘lagere’ functie: het is niet allemaal vanzelfsprekend en het veranderingsproces heeft tijd nodig. Het zijn verschijnselen die horen bij beginnende teams. Iedereen moet zijn plek zoeken in het team waardoor in een enkel team ruzie ontstaat en sommige medewerkers Sensire zelfs verlaten.

Sensire medewerkers in een zelfsturend team:

- ‘Sinds wij als team zelfsturend zijn, zijn wij verantwoordelijk voor alle zorgvragen die binnenkomen. Deze moeten wij met z’n allen oplossen: ’s avonds, in het weekend, overdag, ’s middags of ’s ochtends vroeg. Samen met ons team moeten wij zorgen dat de klant verzorgd wordt en dat lukt ons ook bijna altijd.’
- ‘Je hebt gewoon in het team een actieve rol, er wordt van je verwacht dat je meedenkt en dat moet je toch wel leren.’
- ‘Nu is het zo dat je dingen ziet die anders kunnen, dat je samen overlegt, de lijnen zijn veel korter, je kent je collega…. Het loopt allemaal wat makkelijker…’
Een jaar lang zijn de teams bezig om op elkaar ingespeeld te raken, om te leren wat de teamkaders zijn en te ontdekken hoe invulling kan worden gegeven aan de speelruimte die het werken in een team biedt. Dit vraagt veel bijsturing door de thuiszorgmanagers. De zogenaamde sturingsparadox treedt op doordat een beginnend zelfsturend team zelfs meer bijsturing nodig heeft dan een groep ‘ingespeelde’ medewerkers in de traditionele organisatie (Van Bijsterveld, 1999). De thuiszorgmanagers hebben op hun beurt ook veel begeleiding nodig van de rayonmanagers. Zowel zorgmanagers als rayonmanagers moeten immers op een andere wijze invulling geven aan hun positie.

6.4.2 Uitgangspunten
Ondertussen wordt vanaf het najaar van 2003 bij werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’ gestart met de verdere aanscherping en invoering van de fijnstructuur en kunnen stappen in de beoogde teamontwikkeling worden gezet. Hiervoor zijn de volgende uitgangspunten door het management van de werkmaatschappij geformuleerd:

1. **Stap voor stap**
   Activiteiten in het kader van de fijnstructuur moeten stap voor stap worden doorlopen, zodat de medewerkers en leidinggevenden niet met teveel vernieuwingen tegelijkertijd worden belast.

2. **Van simpel naar moeilijk**
   Toewijzing van verantwoordelijkheden aan teams verloopt van simpel naar moeilijk. Zo wordt een team in staat gesteld om in zijn nieuwe rol te groeien, te genieten van zijn successen en zijn verantwoordelijkheden steeds waar te maken.

3. **Goede opleiding en begeleiding**

4. **Medewerker is eigenaar van het proces.**
   Bij elke fase worden medewerkers en managers betrokken in opzet en uitwerking van die fase.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sensire medewerkers in een zelfsturend team:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• ‘Bezig zijn met mensen.’</td>
</tr>
<tr>
<td>• ‘Het verzorgen van mensen trekt mij heel erg aan.’</td>
</tr>
<tr>
<td>• ‘Wat je voor de klanten doet dat geeft mij eigenlijk altijd voldoening, maar de rompslomp er omheen dat hoeft voor mij niet altijd.’</td>
</tr>
<tr>
<td>• ‘Ik ben toch liever met klanten bezig dan een middag alleen maar zitten luisteren, praten en vergaderen.’</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.4.3 Totstandkoming fijnstructuur
Op basis van de opgedane ervaringen, de visie- en vaardigheidsontwikkeling tijdens het leiderschapsversterkende programma en het uitwisselen van ideeëén bij de werkmaatschappijbrede rondetafelconferentie worden plannen gemaakt voor de fijnstructuur.

Voor het ontwerp van de fijnstructuur is een kleine ontwerpgroep samengesteld, bestaande uit een externe organisatieadviseur en drie thuiszorgmanagers. Deze thuiszorgmanagers zijn afkomstig uit de speerpuntgemeenten, omdat die het verst gevorderd zijn na de kanteling.

De ontwerpgroep heeft de opdracht na te denken over aanpassing van de planningssysteematiek, want de gebrekkige planning blijkt een grote belemmering te zijn voor de verdere teamontwikkeling (zie ook § 5.6.1). Ook zal de ontwerpgroep met een voorstel komen voor ontwikkeling van een informatiesysteem met de zogenaamde cockpits (zie § 5.6.1).
5.6.2). Hiermee hangen de coördinatieportefeuilles samen (zie § 5.5.1). De ontwerpgroep
wordt eveneens gevraagd een voorstel uit te werken voor verdere verfijning en
doorontwikkeling van de structuur. Hierbij wordt gedacht aan optimalisering van de
dienstenteams (zie § 5.4.1) en aan de rol van wijkverpleegkundigen (zie ook § 5.4.1). De vier
thema’s, de eerste twee voor aanpassing van de systemen en de laatste twee voor verfijning
van de structuur, worden achtereenvolgens beschreven:

- Ontwikkeling van een nieuw planningssysteem
- Ontwikkeling van het informatiesysteem met cockpits voor teams en bijbehorende
  coördinatieportefeuilles
- Vorming van dienstenkwartetten
- Nieuw profiel wijkverpleegkundigen

De uitkomsten van de werkgroep zijn veel meer het vertrekpunt voor een teamdiscussie, dan
een besluit dat bij elk team geïmplementeerd moet worden. Deze aanpak is vereist omdat
juist bij de fijnstructuur enthousiasme van belang is, gezien de lange adem die nodig is om
defijnstructuur in te voeren.

**Ontwikkeling van een nieuw planningssysteem**

Het werken in een teamstructuur maakt vereenvoudiging van het planningssysteem
mogelijk. Dit is een belangrijk aspect dat al tijdens het ontwikkelen van de grofstructuur is
onderkend. Halverwege 2004 wordt in Groenlo en Neede begonnen met het ontwikkelen van
deze systematiek. De thuiszorgmanagers van de speerpuntgemeenten houden de
thuiszorgmanagers van de andere gemeenten op de hoogte van de ontwikkelingen en
vragen hen om mee te denken bij dilemma’s en principekeuzen. Dat wordt gedaan tijdens
het leiderschapsversterkende programma.

In mei 2004 is het planningssysteem in grote lijnen voltooid en wordt besloten dat in Neede
een proef met het nieuwe systeem wordt uitgevoerd. Gedurende meerdere maanden wordt
ervaring opgedaan met een andere wijze van planning en vinden bijstellingen plaats. Het
plannen volgens de nieuwe uitgangsprincipes is een beladen thema omdat de planners
binnen de afdeling Verpleging & Verzorging van oudsher een sleutelrol vervullen en een
‘bolwerk’ vormen. Hun prominente en onmisbare rol komt te vervallen. Dit geeft de nodige
weerstand waarmee thuiszorgmanagers geconfronteerd worden. Bovendien blijkt dat ook
sommige medewerkers het zelf plannen lastig vinden, op bepaalde tijden niet willen werken,
geen werkzaamheden willen verrichten die zij beneden hun funtionsniveau achten, et cetera.
Andere medewerkers bloeien juist op door de toegenomen autonomie en blijken veel
capaciteiten te bezitten die nog niet eerder waren aangeboord. Thuiszorgmanagers worden
daarmee behoorlijk op de proef gesteld: behalve begeleiden en stimuleren dienen zij ook
leiderschap te tonen en de ‘rug recht te houden’. In 2005 volgen ook de andere gemeenten
met het invoeren van de nieuwe planningssystematiek.

**Ontwikkeling coördinatieportefeuilles met bijbehorende prestatie-indicatoren**

In 2006 zullen de vier sterrollen één voor één worden ingevoerd: ‘planning’, ‘kwaliteit’,
‘productie & promotie’ en tenslotte ‘personeel’. Het is aan de thuiszorgmanagers om ervoor
tezorgen dat de sterrolhouders zich niet ontwikkelen tot nieuwe ‘baasjes’, maar

*Sensire medewerkers in een zelfsturend team:*

- ‘In het begin vergt het tijd om elkaar te leren kennen.’
- ‘Wat voor ons team goed werkt dat hoeft voor dat andere zorgteam niet goed te werken, maar
dan heb je wel de vrijheid om het te regelen zoals wij met z’n allen denken dat het goed is. En dat
geeft heel veel voldoening.’
- ‘En val je je een buil, dan val je je met z’n allen een buil.’
gelijkwaardig blijven aan de andere teamleden. Het terugkoppelen van de resultaten op de prestatie-indicatoren dient door de thuiszorgmanagers zodanig begeleid te worden dat het niet als een ‘afreksysteem’ wordt ervaren, maar als een middel om met elkaar te leren. Hierbij is het belangrijk dat het team zich richt op het verbeteren van de eigen prestaties en niet zozeer op competitie met de andere teams.

**Vorming van dienstenkwartetten**
Het introduceren van een coördinator voor de dienstenteams verloopt niet vlekkeloos. Dit is met name te wijten aan de implementatie. Verschillende coördinatoren zijn voormalige thuiszorgmanagers, die het als thuiszorgmanager in de nieuwe setting niet hebben gered. Zij worden door de teamleden uit het dienstenteam nog als leidinggevende gezien en ook de coördinator ziet zichzelf dikwijls nog als zodanig. De verschillende verwachtingen omtrent invulling van de coördinator, geen leidinggevende maar teamlid, leiden aanvankelijk tot de nodige problemen met de thuiszorgmanagers.

**Nieuw profiel wijkverpleegkundigen**
In juli 2004 wordt overgegaan naar het nieuwe profiel van de wijkverpleegkundigen. Alvorens over te gaan tot inzet van wijkverpleegkundigen volgens het nieuwe profiel wordt een assessment uitgevoerd. De assessments bevestigen dat het werken volgens het nieuwe profiel niet automatisch voor iedere wijkverpleegkundige is weggelegd. Vervolgens is een leertraject samengesteld om de gewenste competenties te verkrijgen. Deze groep start tevens een intervisietraject, waarbij eens per twee weken allerlei praktijksituaties met elkaar worden besproken.

### 6.4.4 Opleidingen
Zoals vermeld in § 6.4.2 blijven opleidingen een belangrijke pijler in het ontwikkelingsproces. Naast vakinhoudelijke trainingen volgen medewerkers uit de teams een training ‘feedback geven’. Van oudsher is er namelijk sprake van statusverschillen tussen de verschillende functieniveaus. Een huishoudelijk verzorgende zal niet snel een verpleegkundige aanspreken als deze bijvoorbeeld vergeet om materiaal op te ruimen. Door over te gaan op teamgericht werken gaan verschillende functieniveaus meer met elkaar samenwerken. Er is pas sprake van een echt team als er geen hinderlijke statusverschillen meer in een team zijn. Door middel van een training worden de communicatieve vaardigheden van de teamleden versterkt. De medewerkers verkrijgen daarbij vaardigheden, maar het resultaat blijkt toch ook afhankelijk van de kwaliteiten van de leidinggevende. In hoeverre wordt elkaar aanspreken actief gestimuleerd en in hoeverre wordt gedrag dat effectieve samenwerking in de weg staat, getolereerd? Sommige teams ontwikkelen zich sneller dan andere. De sterrolhouders gaan een specifieke training volgen met thema’s als: valkuilen in groepscommunicatie, stellen van prioriteiten, hoe te voorkomen dat een sterrolhouder probleemeigenaar wordt, terugkoppelen van resultaten, et cetera.

Sensire medewerkers in een zelfsturend team:

‘Ik denk vooral dat sinds wij zelfsturend zijn en met verschillende disciplines in een team werken, dat de samenwerking heel erg goed is en daardoor straal je dat ook uit naar de klanten dat er heel veel mogelijk is. Dan weet ik gewoon als ik ergens tegenaan loop, ik hoef Betsy maar te bellen en het is geregeld.’

‘Dat werkt gewoon zo prettig en daardoor kun je ook naar buiten toe, naar de klanten toe, uitstralen van nou hier staan wij voor.’

Niet alleen de medewerkers uit de teams, ook het managementteam en de rayon- en thuiszorgmanagers volgen een opleiding. Het trainingsprogramma uit de grofstructuur krijgt een vervolg; telkens toegespitst op de eerstvolgende fase. Daarmee wordt geborgd dat het...

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

6.4.5 Terug- en vooruitblik
Het fijnslijpen van de structuur is een continu proces waarbij af en toe een stapje terug wordt gedaan om weer vooruit te kunnen. Een punt dat telkens aandacht verdient is de snelheid waarmee veranderingen worden doorgevoerd. Bij elke volgende stap is er een groep die de kar trekt. Vaak zijn het dezelfde medewerkers die bij het initiëren van vervolgstappen voorraan staan. Dit zijn bovengemiddeld enthousiaste en betrokken medewerkers uit alle geledingen van de organisatie. Deze groep is essentieel om veranderingen door te voeren. Bewaakt moet worden dat deze groep niet te ver ‘voor de troepen uitloopt’. Daarom is na de grofstructuur ook bewust een pas op de plaats gemaakt, om weer aansluiting te zoeken tussen de kopgroep en de rest van het peloton. Het grote peloton loopt niet voorop maar is meer afwachtend. Tenslotte is er ook nog een groepje ‘achterblijvers’. Zij zijn tegen de veranderingen en hinderen de ingezette organisatieontwikkeling. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een aantal verzorgenden D, sommige planners of een enkele thuiszorgmanager. Enkelen willen niet aanhaken, bijvoorbeeld omdat zij zich niet kunnen verenigen met het uitgangspunt dat soms ook werkzaamheden beneden het eigen functieniveau moeten worden uitgevoerd. Anderen bezitten niet de, ontwikkelbare, competenties om mee te kunnen gaan in de ontwikkelingen. De rol van thuiszorgmanager in de nieuwe organisatie is bijvoorbeeld volstrekt anders dan in de oude organisatie. Ondanks alle begeleiding en opleiding zijn er enkele medewerkers geweest die hebben moeten afhaken. Het merendeel is echter ‘aan boord’ gebleven en heeft al een flink deel van een enerverende reis door een veranderend landschap achter de rug.

6.5 Knelpuntenanalyse
Tenslotte volgt hieronder een overzicht van de gesignaleerde knelpunten in de uitgangssituatie, zoals beschreven in § 4.3.2. In deze paragraaf wordt ingegaan op het effect van de organisatieverandering op deze knelpunten.

Door te parallelliseren en te segmenteren, regelbevoegdheden daar neer te leggen waar de werkzaamheden worden uitgevoerd en het invoeren van integraal management wordt het aantal knelpunten sterk gereduceerd. Het aantal ‘grensoverschrijdende’ afstemmingen is geminaliseerd. Met de teams is er vooral sprake van afhankelijkheden binnen het team en er is nauwelijks afhankelijkheid tussen de teams. De teams zijn als het ware complex van binnen en eenvoudig naar buiten. Complex van binnen betekent dat door teamleden meer onderling geregeld moet worden omdat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor een bepaald aantal klanten. Eenvoudig naar buiten betekent dat er niet met andere teams afgestemd hoeft te worden over klanten omdat elk team zijn eigen klanten heeft. Hierdoor wordt de organisatie voor klanten en medewerkers overzichtelijker. Naast het afgeronde werkpakket vormt het opvoeren van de regelcapaciteit en het verbeteren van de onderlinge samenwerking en resultaatgerichtheid de tweede beweging in de gekozen oplossingsrichting. Dit betreft echter een ontwikkelingsproces en dat kost tijd.

Bij de geïnventariseerde knelpunten blijkt dat veel knelpunten opgelost worden met het werken in miniteams. Hoewel de teams in de fase van de teamstructuur nog volop in ontwikkeling zijn, hebben ze nu hun eigen vaste klanten, plannen en regelen ze de benodigde vervanging zelf en hebben door de functionele afhankelijkheid een effectiever teamoverleg.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Er is in kaart gebracht of de knelpunten in de nieuwe situatie door de inzet van teams en in een betere afstemming met de klanten kunnen worden voorkomen of opgelost, de gevolgen van de knelpunten kunnen worden weggenomen dan wel afgezwakt of dat de nieuwe situatie toch geen effect sorteert. Deze effecten zijn weergegeven in tabel 6.1.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 6.1 Effecten op knelpunten door nieuwe organisatie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Effecten op knelpunten door nieuwe organisatie</td>
</tr>
<tr>
<td>Aantal</td>
</tr>
<tr>
<td>Knelpunten voorkomen/opgelost</td>
</tr>
<tr>
<td>Gevolgen knelpunten weggenomen</td>
</tr>
<tr>
<td>Gevolgen knelpunten afgezwakt</td>
</tr>
<tr>
<td>Gevolgen ongewijzigd; geen effect</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dan blijkt dat 53 van de 67 knelpunten kunnen worden voorkomen of opgelost. In twee gevallen kunnen de gevolgen van de knelpunten worden weggenomen en in zeven situaties afgezwakt. De overige vijf knelpunten zijn niet beïnvloedbaar en worden dus ook niet weggenomen of afgezwakt door de invoering van teams.

Enkele effecten van de organisatieverandering op knelpunten:

- Het knelpunt dat de planning voortdurend bijgesteld moet worden en tot ‘opslingereffecten’ leidt, wordt opgelost door diensten ‘op slot’ te doen. Zie ook § 5.6.1
- Het knelpunt dat door de ver doorgevoerde taakverdeling, veel verzorgenden en verpleegkundigen over de vloer komen, wordt opgelost. Elk team heeft vaste klanten waardoor het aantal ‘verschillende gezichten per klant’ beperker blijft.
- Het knelpunt dat er veel wordt geschoven in de planning, ‘jejojo’, waardoor medewerkers weinig grip hebben op de planning, wordt opgelost. Als een teamlid verhinderd is om geplande werkzaamheden uit te voeren, wordt de vervanging in eerste instantie onderling geregeld. Daar waar het probleem ontstaat wordt het ook opgelost. Dit maakt de organisatie, en daarmee de planning, transparant en de bijstellingen hoeven over minder schijven te gaan. Niet langer staan de medewerkers, maar de klant centraal. Als onderlinge vervanging niet lukt, dan zal de sterrolhouder proberen bij de andere miniteams vervanging te regelen.
- Het knelpunt dat de leidinggevende verantwoordelijk is voor de voortgang van de planning, en daardoor druk voelt, wordt opgelost. Doordat de planning nu in de teams zelf geregeld wordt of naar oplossingen gezocht wordt door de sterrolhouder, is de leidinggevende daar niet meer verantwoordelijk voor. Deze hoeft minder operationeel te regelen en voelt daardoor minder druk. Zij kan zich meer bezig houden met tactisch regelen, verbeteren van het proces, en aandacht besteden aan het begeleiden van de medewerkers.
- Het knelpunt dat er sprake is van eenrichtingsverkeer tijdens het werkoverleg, wordt opgelost. Door de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het miniteam voor een groepje klanten zijn teamleden functioneel afhankelijk. Het overleg wordt zinvoller omdat klanten gedeeld worden en de teamleden hebben dus informatie van elkaar nodig om hun klanten te kunnen verzorgen.
- Het knelpunt dat medewerkers geen zicht hebben op elkaars werkzaamheden en daardoor geen werkzaamheden van elkaar kunnen overnemen, wordt opgelost. Afstemming over logistieke zaken tussen afdelingen hoeft niet meer plaats te vinden.
- Het knelpunt dat verpleegkundigen geen werkzaamheden van verzorgenden of huishoudelijk verzorgenden overnemen, blijft bewust in stand om het werk van een verpleegkundige zo aantrekkelijk mogelijk te houden (zie ook § 5.4.1).
De oorzaak van het knelpunt dat de indicatie niet overeenkomt met de zorgvraag, ligt extern bij het Centraal Indicatieorgaan Zorg en kan dus niet worden weggenomen. Wel kan er intern sneller op gereageerd worden, waardoor het knelpunt wordt afgezwakt. Het volledige overzicht van de effecten van de organisatieverandering op de knelpunten is weergegeven in bijlage E6.

Tot slot
In hoofdstuk zes is ingegaan op de veranderingsaanpak binnen Sensire. Er is inzicht gegeven in de wijze waarop de verandering heeft plaatsgevonden en vanuit welke principes dit is gedaan. Hierbij is eerst ingegaan op deconcentratie van staf- en ondersteunende diensten. Vervolgens is verder ingegaan op het veranderingsproces bij Sensire ‘De Slinge’ waar de grof-fijncyclus is gehanteerd. Hierbij kwam allereerst de invoering van de grofstructuur aan de orde. Daarna kwam de fijnstructuur aan bod. Verschillende uitgangspunten in het veranderingsproces zijn de revue gepasseerd: de ‘trektochtbenadering’, ‘gerichte participatie en legitimering’ en tenslotte ‘samen doen, samen leren’. Scholing is ingezet als een belangrijke aanjager van het veranderingsproces. Tevens is ingegaan op de gevolgen van de invoering van de sociotechnische beginselen op de knelpunten, zoals deze in § 4.3.2 waren vastgesteld. Nu in hoofdstuk vijf de nieuwe organisatie is beschreven en in hoofdstuk zes het veranderingsproces dat ermee gepaard is gegaan, kan in hoofdstuk zeven worden ingegaan op het evaluatie-onderzoek: vraagstelling, onderzoeksontwerp, instrumentarium en uitvoering. Met de sociotechnische aanpak wordt immers beoogd tot betere prestaties te komen en in hoofdstuk zeven wordt stilgestaan bij de manier waarop dit wordt gemeten.
Hoofdstuk 7 Evaluatie onderzoek: vraagstelling, onderzoeksonterwerp, instrumentarium en uitvoering

7.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven welke veranderingen in de gevalstudie Sensire zijn doorgevoerd. Zoals in § 1.4 gesteld, is vervolgens de vraag of deze organisatieverandering ook de gewenste effecten genereren op drie parameters: doelmatigheid van de zorguitvoering, klantenwaardering zorguitvoering en het oordeel over de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers. De evaluatieve onderzoeksvraag is nu of de beoogde resultaten ook optreden. In § 7.2 wordt deze onderzoeksvraag nader omschreven. De beschrijving van Sensire in de hoofdstukken vier: uitgangssituatie, hoofdstuk vijf: hoe zou het moeten zijn volgens een teambased organisatie-ontwerp en hoofdstuk zes: het veranderingsproces om dit ontwerp in praktijk te brengen, is als zodanig een gevalstudie; een descriptief N=1 onderzoek. Hieruit is reeds af te leiden in hoeverre de beoogde veranderingen zijn gerealiseerd. Echter, er is nog niet vastgesteld of ook de objectieve parameters in de gewenste richting zijn veranderd. Hiervoor is een onderzoeksonterwerp nodig dat recht doet aan experimenteel methodologische principes en uitgevoerd kan worden in een praktijksituatie. In § 7.3 worden de eisen en mogelijkheden van dit onderzoeksonterwerp beschreven en in § 7.4 het feitelijke design.

In § 7.5 wordt de uitvoering van het onderzoek chronologisch beschreven. Voor het evaluatieve onderzoek is een gedeelte van het instrumentarium van de landelijke Benchmark Thuiszorg als meetinstrument gebruikt om na te gaan of met betrekking tot de drie parameters de gewenste verbeteringen zijn opgetreden. Dit wordt in § 7.6 toegelicht.

7.2 Doel en vraagstellingen

Doel van het evaluatie-onderzoek is na te gaan of invoering van het sociotechnisch organisatieontwerp en met name een teambased organisatie binnen zorgconcern Sensire, leidt tot verbeteringen op drie belangrijke parameters:

- doelmatigheid van de zorguitvoering;
- klantenwaardering en zorguitvoering en
- oordeel over de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers

Dat voor deze parameters is gekozen heeft zowel inhoudelijke als pragmatische redenen. De inhoudelijke overwegingen zijn vermeld in § 1.2 en in hoofdstuk twee. De pragmatische redenen zijn dat deze parameters worden gemeten in de zogenaamde Benchmark Thuiszorg, een landelijk onderzoek bij thuiszorgorganisaties dat periodiek door onafhankelijke organisaties wordt uitgevoerd (zie § 7.6).

De centrale vraagstelling van het evaluatie-onderzoek is nu of deze verbeteringen op de drie parameters daadwerkelijk optreden en of deze redelijkerwijze kunnen worden toegeschreven aan de ingevoerde organisatorische veranderingen. Aan deze algemene vraagstelling zijn meerdere aspecten te onderscheiden. De organisatieverandering is in een aantal stappen doorgevoerd (zie hoofdstuk zes) en elke stap zal kunnen leiden tot veranderingen op de drie parameters. Het is derhalve van belang om via een meetdesign na te gaan in welke mate deze successievelijk tot veranderingen hebben geleid. Daarnaast is het noodzakelijk om te kunnen beoordelen of deze veranderingen niet of in mindere mate zouden zijn opgetreden indien deze organisatieveranderingen niet zouden zijn doorgevoerd. Met andere woorden: er zijn vergelijkingsgroepen noodzakelijk om deze vragen te kunnen beantwoorden.
Dit betekent dat de centrale vraagstelling in een aantal opeenvolgende processtappen kan worden opgesplitst en zo kan leiden tot een aantal deelvragen:


2. Welke veranderingen treden op na de invoering van de werkmaatschappijen en de introductie van integraal management en zijn deze in de beoogde richting? Hiermee kan nagegaan worden of de eerste stap van organisatieverandering al bepaalde effecten heeft bewerkstelligd.

3. Wat zijn de effecten van de implementatie van het teambased concept in dat deel van de organisatie waar het is ingevoerd? Is de doelmatigheid verbeterd en is dit niet ten koste gegaan van de oordelen van klanten en medewerkers? Door een nieuwe teamsamenstelling zijn vertrouwde combinaties van klanten en medewerkers verbroken en medewerkers in deels nieuwe werkverbanden, met andere collega’s, terechtgekomen. Het is derhalve mogelijk dat deze veranderingen aanvankelijk tot een verslechtering van sommige resultaten hebben geleid.

4. Hoe verloopt de ingezette organisatieontwikkeling verder in de tijd; na ruim een jaar? Is te zien of er sprake is van tenminste continuering van de bereikte verbeteringen van de resultaten? En zijn de mogelij beconstateerde effecten die optreden in de onderdelen van de organisatie waar de veranderingen zijn doorgevoerd, anders dan in onderdelen waar deze veranderingen niet zijn ingevoerd?

Ieder empirisch onderzoek zal uiteindelijk ook weer informatie genereren over de waarde van de theorie waaruit de hypothese die is onderzocht, is afgeleid. Als antwoorden zijn gegeven op bovenstaande vragen, wordt hiermee ook de theorievorming verder geëvolueerd.

Om deze veelheid van vragen te kunnen beantwoorden is een meetdesign nodig dat voldoende betrouwbaar en valide is, waarin de ontwikkelingen van de parameters in de tijd worden weergegeven en getoetst, maar ook de noodzakelijke vergelijkingen kunnen worden gemaakt. Aangezien het onderzoek wordt uitgevoerd in een organisatie die volop in ontwikkeling is en met veel praktische zaken rekening gehouden moet worden, worden hoge eisen gesteld aan de methodologische context. In § 7.3 zal hier nader op worden ingegaan.

### 7.3 Methodologische context en meetdesign

Onderzoek kommt in vele gedaanten voor. De Groot (1961, 1971) schetst vijf vormen van onderzoek: van exploratief, descriptief tot experimenteel en hypothese toetsend onderzoek. Onderzoek kan in laboratoriumsituaties worden uitgevoerd waar de omstandigheden, de onafhankelijke variabelen, zo goed mogelijk door de onderzoeker in de hand kunnen worden gehouden, maar ook in praktijksituaties die zich minder makkelijk laten manipuleren. Aan dergelijk onderzoek worden dan ook minder strenge wetenschappelijke eisen gesteld: pre-experimentele designs. Sommige wetenschappelijke onderzoekers gaan zelfs zo ver dat ze deze vorm van evalueren geen wetenschappelijk onderzoek willen noemen omdat dit bijvoorbeeld niet reproduceerbaar is (zie Sijben, 1986). Maar pre-experimentele designs worden wel degelijk wetenschappelijk geaccepteerd, zij het dat deze beperkingen hebben ten aanzien van de interne en externe validiteit. Het is eveneens zo dat de oogmerken van dergelijk onderzoek in een praktijksetting anders zijn dan die van wetenschappelijk (laboratorium) onderzoek. Bij evaluatieonderzoek in een praktijksetting gaat het in eerste instantie niet om te komen tot theorievorming maar om na te gaan of bepaalde maatregelen,
interventies, het beoogde effect hebben bereikt. Er wordt dan ook wel van beleidsstudies gesproken.


### Tabel 7.1 Typen evaluatie-onderzoek (Barlow, 1984)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Doel</th>
<th>Zuiver wetenschappelijk onderzoek</th>
<th>Onderzoek naar interventies</th>
<th>Evaluatie van interventies</th>
<th>Zuiver interventiëren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Uitspraken over betere wetenschappelijke uitspraken</td>
<td>primair</td>
<td></td>
<td>secundair</td>
<td>niet</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitspraken over betere behandelresultaten</td>
<td>niet</td>
<td></td>
<td>primair</td>
<td>primair</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Evalueren betekent: het meten van veranderingen. Om deze veranderingen te objectiveren dient op tenminste twee momenten gemeten te worden: vóórdat een bepaalde interventie wordt ingevoerd en vervolgens een tweede beoordeling na de interventie. Door eventueel gevonden verschillen te vergelijken met een controlegroep waarbij de interventie niet heeft plaats gevonden, kan ook nog verondersteld worden dat de opgetreden veranderingen door de interventie zijn veroorzaakt. Zo ontstaat een ‘pretest posttest control group design’ (Campbell en Stanley, 1963). Dit design (zie tabel 7.2) geeft voldoende basis voor interne validiteit (Cook en Campbell, 1979; Janssens, 1986).

### Tabel 7.2 Pretest posttest control group design (Campbell en Stanly, 1963)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Groep</th>
<th>Voormeting</th>
<th>Interventie</th>
<th>Nameting</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Experimenteel</td>
<td>M1</td>
<td>Ja</td>
<td>M2</td>
</tr>
<tr>
<td>Controle</td>
<td>M1</td>
<td>Nee</td>
<td>M2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dit onderzoeksontwerp zal in het hier gepresenteerde onderzoek worden gebruikt. Bij het meten van veranderingen is altijd een belangrijke vraag hoelang na de implementatie het effect nog - steeds - zichtbaar moet zijn. Een follow-up periode van enkele weken kan voor een kortdurende interventie voldoende zijn, maar in andere situaties is dat veel te kort. Het kan zelfs zo zijn dat doorvoeren van organisatorische veranderingen in eerste instantie zoveel onrust en beroering geeft dat de beoogde effecten in het begin zelfs verergeren. Organisatorische interventies zullen een veel langere doorlooptijd vragen om na te gaan of de beoogde effecten ook optreden en beklijven. Volgens Van Amelsvoort en Scholtes (1993) zijn de eerste resultaten van zelfsturende teams na circa een half jaar te verwachten, maar moet, afhankelijk van de uitgangspositie, gerekend worden op een organisatie veranderingsproces van twee tot vijf jaar. Daarom is in deze studie een keuze gemaakt in de duur van het volgen van de effecten en de mogelijkheden hiervan in deze setting.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
7.4 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen de werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’. In deze werkmaatschappij worden in de thuiszorggroepen van Groenlo en Neede in het voorjaar 2003 zelfsturende teams volgens de sociotechnische benadering ingevoerd. Omdat dit na verloop van tijd ook binnen de andere thuiszorggroepen van deze werkmaatschappij is gebeurd, is een controlegroep gekozen waar deze introductie nog niet heeft plaatsgevonden, om een zuivere vergelijking te krijgen. Deze groep is onderdeel van werkmaatschappij Sensire ‘De Drie Beken’ te Doetinchem.

De volgende metingen (zie ook tabel 7.3) zijn successievelijk uitgevoerd:

1. De eerste meting is de Benchmark Thuiszorg van 2000. Deze is uitgevoerd voor de hele Sensire-organisatie, zowel binnen werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’ en de groepen van Groenlo en Neede als binnen de groepen van Sensire ‘De Drie Beken’, op de volgende momenten:
   • Meting doelmatigheid over het kalenderjaar 2000
   • Meting klantenwaardering eind 2001
   • Meting medewerkersoordeel begin 2002.

2. De tweede meting is verricht na de invoering van de kanteling van Groenlo en Neede en de invoering van de grofstructuur (zie § 6.2). Dit betrof de volgende parameters en tijdstippen:
   • Meting doelmatigheid april/juni 2002, zowel binnen de experimentele groep Groenlo en Neede als in de controlegroep: de rest van werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’.
   • Meting klantenwaardering begin 2003, alleen binnen de experimentele groep Groenlo en Neede
   • Meting medewerkersoordeel begin 2003, alleen binnen de experimentele groep Groenlo en Neede

3. Na de invoering van de fijnstructuur en operationalisering van de teams in Groenlo en Neede, is meting drie verricht:
   • Meting doelmatigheid april/juni 2003, in de experimentele groep Groenlo en Neede en in de controlegroep: de rest van werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’
   • Meting klantenwaardering juli 2003 in Groenlo en Neede
   • Meting medewerkersoordeel juli 2003 in Groenlo en Neede

4. Een jaar na de invoering van zelfsturing binnen de teams van Groenlo en Neede heeft meting vier plaatsgevonden:
   • Meting doelmatigheid april/juni 2004, in de experimentele groep Groenlo en Neede en bij de controlegroep (rest van werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’), waarbij de rest van de werkmaatschappij inmiddels ook is gekanteld
   • Meting klantenwaardering juli 2004 in Groenlo en Neede
   • Meting medewerkersoordeel juli 2004 in Groenlo en Neede

5. Eind 2004 is een nieuwe landelijke Benchmark Thuiszorg uitgevoerd. Deze meting is gebruikt als controlemeting. Dat wil zeggen dat de gegevens van de medewerkers van Groenlo en Neede zijn vergeleken met de resultaten van vergelijkbare groepen van Sensire ‘De Drie Beken’. Voor het klantenoordeel bleek dit helaas niet mogelijk omdat er door veranderingen in de uitvoering van het onderzoek en het feit dat voor Sensire alle resultaten van de klantenwaardering van alle werkmaatschappijen gezamenlijk zijn
gepresenteerd, geen uitsplitsing meer te maken is naar afzonderlijke regio's. Dit betekent dat er voor deze meting geen controlegroep beschikbaar is. Derhalve moet worden volstaan met de beoordeling van het klantenoordeel bij de experimentele groep en of dit en zo ja in welke mate en richting verandert, vergeleken met de meting voorafgaand aan de herinrichting van het teamfunctioneren.


Dit design biedt de mogelijkheid om de volgende analyses uit te voeren:

- Hoe ontwikkelen zich in de tijd de parameters doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel bij de thuiszorgteams in Groenlo en Neede, waar de interventie zelfsturende teams is ingevoerd. Dit is een longitudinale meting over de periode 2000 tot 2004 met in totaal 4 metingen voor doelmatigheid en klantenoordeel en 5 metingen voor medewerkersoordeel.
- Treden er verschillen op met betrekking tot de parameter doelmatigheid binnen dezelfde werkmaatschappij: Sensire ‘De Slinge’ wanneer de metingen worden vergeleken tussen de experimentele groep Groenlo en Neede en de rest van de werkmaatschappij (controlegroep), op de meetmomenten 1 tot en met 4.
- In welke mate verbetert het medewerkersoordeel binnen de experimentele groep Groenlo en Neede in vergelijking met de controle groep van Sensire ‘De Drie Beken’ (waar nog op de traditionele manier gewerkt wordt), door een vergelijking te maken tussen de situatie begin 2002 (Benchmark Thuiszorg 2000) en de oordelen eind 2004 (Benchmark Thuiszorg 2004).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 7.3: Overzicht metingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Groep</td>
</tr>
<tr>
<td>Parameters</td>
</tr>
<tr>
<td>Interventie</td>
</tr>
<tr>
<td>Meting 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Interventie</td>
</tr>
<tr>
<td>Meting 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Interventie</td>
</tr>
<tr>
<td>Meting 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Interventie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bij het analyseren van deze longitudinale gegevens is gekozen voor een non-paramedische statistische toets, ‘Kruskal-Wallis one way analysis of variance’ (Siegel, 1956) die het mogelijk maakt om significante veranderingen over meerdere meetmomenten te analyseren. Er is op vraagniveau en op clusterniveau nagegaan of er significante verschillen optreden. Voor de vergelijking tussen de experimentele groep en de controlegroep ten aanzien van medewerkersoordeel is gebruik gemaakt van een ‘GLM’, Generalized Linear Model, variantie analyse en van een ‘Independent Sample T-test’.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
7.5 Uitvoering onderzoek

7.5.1 Context onderzoek: turbulente omgeving

Zoals gesteld is het hier gepresenteerde onderzoek in een organisatie uitgevoerd die volop in beweging is door veranderingen in de omgeving. Het is voor te stellen dat deze in eerste instantie een negatieve invloed kunnen hebben op de prestaties, in een periode waarin heel veel ontwikkelingen tegelijk aan de orde zijn. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de veranderingen in de omgeving van de organisatie ten tijde van de uitvoering van het onderzoek.


Klanten worden vanaf eind 2003 geconfronteerd met aanzienlijk scherpere indicatiestelling. Om in aanmerking te komen voor zorg of verlenging van zorgverlening gelden beduidend strengere criteria. Sinds 1 januari 2004 gelden voor klanten hogere eigen bijdragen wanneer zij zorg afnemen. Deze ontwikkelingen hebben veel negatieve publiciteit voor de thuiszorg opgeleverd. Het is mogelijk dat deze gebeurtenissen de waardering van klanten ten aanzien van de zorg, de medewerkers en de organisatie hebben beïnvloed.

7.5.2 Uitvoering evaluatie onderzoek

Het in § 7.4 beschreven onderzoeksontwerp is binnen onderdelen van de Sensire-organisatie uitgevoerd. Hier wordt beschreven hoe dit feitelijk heeft plaatsgevonden. Gestart is met de uitkomsten van de beschikbare Benchmark Thuiszorg meting. In 2001 en 2002 is de Benchmark Thuiszorg 2000 uitgevoerd waarbij informatie is verkregen over de oordelen van klanten over de zorgverlening (eind 2001) en van medewerkers over hun energiebronnen, werkbelasting, et cetera (begin 2002). Daarnaast zijn gegevens beschikbaar met betrekking tot doelmatigheid over het volledige kalenderjaar 2000.

De resultaten van de Benchmark Thuiszorg 2000 die in 2002 beschikbaar kwamen, zijn uitgesplitst naar de gemeenten Groenlo en Neede en naar de overige gemeenten van werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’. Bij deze organisatieonderdelen is het onderzoek op relevante elementen voor en na de invoering van het teambased concept van werken volgens dezelfde systematiek herhaald. Daartoe zijn uit de Benchmark Thuiszorg de gewenste vragen geselecteerd en tot vragenlijsten verwerkt voor medewerkers en klanten. De klanten enquête is ontwikkeld door de Stichting Cliënt en Kwaliteit; de medewerkerenquête is samengesteld door PriceWaterhouseCoopers en het Instituut voor Werk en Stress.
De informatie met betrekking tot de doelmatigheid van de zorguitvoering en klantenkergetallen is verkregen uit reguliere bedrijfsinformatie: de database van het Sensire managementinformatiesysteem.

Hierna zijn de doelmatigheidsgegevens verzameld over de periode april tot en met juni 2002 voor de experimentele en controlegroep. Deze gegevens zijn uit het management informatiesysteem verkregen uit de periode vier tot en met zeven in 2002.

Vervolgens is in het voorjaar van 2003 binnen een gedeelte van de werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’ het principe van zelfsturende teams ingevoerd (de experimentele groep). Bij de overige groepen van deze werkmaatschappij is deze interventie niet uitgevoerd (interne controlegroep).

De doelmatigheidsmeting is herhaald over de zelfde perioden in 2003 en 2004 bij de experimentele en controlegroep. Er is bewust gekozen voor perioden die in dezelfde tijd van het jaar liggen om zo seizoensgebonden invloeden gelijk te schakelen.

Zo kan de vraag beantwoord worden of het invoeren van zelfsturende teams een additioneel positief effect heeft op deze doelmatigheid, vergeleken met de mogelijke invloed van het invoeren van de werkmaatschappijen en andere algemene invloeden.

De mogelijkheid moet onderzocht worden of een hogere doelmatigheid niet ten koste gaat van een afname van klantenwaardering en medewerkeroordeel. Daarom is een gedeelde van het benchmarkonderzoek herhaald bij de experimentele groep in juli 2003 en juli 2004, respectievelijk circa 18 en 70 weken na de invoering van zelfsturende teams. Geschat wordt dat deze follow-upperiode voldoende lang is om blijvende effecten zichtbaar te maken.

Tenslotte is een externe controlegroep gevonden door de resultaten van de medewerkerraadpleging uit Benchmark Thuiszorg 2004 van groepen uit de werkmaatschappij Sensire ‘De Drie Beken’ te vergelijken met de resultaten op dat moment van Groenlo en Neede. Gekozen is voor een controlegroep buiten werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’, omdat in de tweede helft van 2004 de sociotechnische aanpak en het teambased werken praktisch in de gehele werkmaatschappij werd ingevoerd en een zuivere vergelijking niet meer mogelijk was. Gezocht is naar een controlegroep waarvan voldoende gegevens beschikbaar waren, ook uit de eerste meting Benchmark Thuiszorg 2000, die qua samenstelling en omvang vergelijkbaar was met de teams Groenlo en Neede, en een groep die niet onderhevig was aan bijzondere omstandigheden zoals reorganisatie of wisselingen in management. Die controlegroep is gevonden in werkmaatschappij Sensire ‘De Drie Beken’.

Gegevensverzameling enquêtes

Bij enquêteonderzoek buiten de landelijke Benchmark Thuiszorg, onderzoeken die op verzoek van Sensire zijn uitgevoerd, kregen de medewerkers van alle teams waar zelfsturing werd geïntroduceerd, vragenlijsten thuis toegestuurd door een extern bureau. Dit heeft de antwoorden geanonimiseerd en geretourneerd aan de onderzoeker. Deze gang van zaken werd aan de deelnemers schriftelijk en vooraf medegedeeld. Ook bij de vragenlijst naar klanten is voor deze aanpak gekozen om non-respons en ‘sociaal wenselijke antwoorden’ zoveel mogelijk te voorkomen. Immers, medewerkers kunnen zich laten beïnvloeden door de eindverantwoordelijke functie van de onderzoeker bij Sensire. Klanten kunnen zich afhankelijk voelen van de zorg die Sensire levert en zich bij de beantwoording van vragen daardoor laten leiden.

Met deze gegevensverzameling zal in hoofdstuk acht getracht worden de vraagstellingen van het onderzoek te beantwoorden.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
7.6 Gebruikt instrumentarium: Benchmark Thuiszorg

Om na te gaan of de beoogde effecten daadwerkelijk worden gerealiseerd is gekozen voor een instrument dat hiertoe geëigend is: de diverse parameters zijn in een aantal vragenlijsten geoperationaliseerd en het onderzoek wordt standaard in thuiszorgorganisaties uitgevoerd, zodat ook vergelijkende informatie beschikbaar is.

Benchmarking 'seeks to assess the competences of an organisation against 'best in the class' wherever that is to be found' (Johnson en Scholes, 1999). Met deze definitie wordt bedoeld dat de prestaties van organisaties op bepaalde onderdelen branche-overschrijdend met elkaar worden vergeleken. Johnson en Scholes (1999) zijn van mening dat er bij metingen binnen dezelfde branche sprake is van: industry norm analysis. 'An industry norm analysis compares the relative performance of organisations in the same industry (or public service) against an agreed set of performance indicators'. De Benchmark Thuiszorg vergelijkt thuiszorgorganisaties met behulp van een aantal resultaatindicatoren en stelt op basis daarvan vast wie van de deelnemende organisaties relatief het beste (op een aantal onderdelen) presteert. Daarmee is de Benchmark Thuiszorg geen benchmarkonderzoek in de letterlijke zin, maar meer een 'industry norm analysis'.

Voor het meten van de prestaties van thuiszorginstellingen wordt overwegend de Benchmark Thuiszorg geaccepteerd als maatgevend beoordelingsinstrument. Daarmee is de standaard in de industrie gezet; individuele zorgorganisaties worden er op 'afgerekend'. Bij de diverse benchmarkonderzoeken die al in de thuiszorg zijn uitgevoerd, is gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten. Daarmee is de nodige betrouwbare informatie over het presteren van thuiszorgorganisaties beschikbaar gekomen.

Dat maakt de Benchmark Thuiszorg interessant als meetinstrument voor de effecten van sociotechnische ingrepen.


Uit de Benchmark Thuiszorg zijn drie resultaatgebieden geschikt voor het meten van sociotechnische ingrepen namelijk:

- doelmatigheid -> ter beoordeling van de kwaliteit van de organisatie-inspanning
- klantenwaardering -> ter beoordeling van de kwaliteit van het resultaat van de organisatie-inspanning
- medewerkersoordeel -> ter beoordeling van de kwaliteit van de arbeid en van de arbeidsverhoudingen

In de volgende paragrafen worden de drie resultaatgebieden van de benchmark nader beschreven: doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel.

Doelmatigheidsmeting
De doelmatigheidsmeting Benchmark Thuiszorg 2000 is verricht op basis van analyse en beoordeling door PWC Consulting van door de deelnemende thuiszorginstellingen ingevulde
vragenlijsten. Die instelling die gegeven een bepaald kostenniveau de meeste zorgproductie levert, is in principe het meest doelmatig (Poerstamper en Kerkstra, 2002). Om instellingen goed met elkaar te kunnen vergelijken, worden in de Benchmarkmethodiek gelijksoortige instellingen ingedeeld in hetzelfde cluster. In elk van de zes clusters zijn er één of meer 100 procent doelmatige instellingen geïdentificeerd (de meest doelmatige binnen het cluster is 100 procent doelmatig). Binnen dat cluster is de doelmatigheid van de andere instellingen daaraan afgemeten. Tussen de verschillende clusters verschilt de verdeling van de efficiëntiescores.

Ook de grootte van de organisatie speelt een rol: kleinere en middelgrote instellingen tot een omvang van € 18 miljoen aan kosten per jaar realiseren hogere scores. Instellingen die recent een fusieproces hebben doorgemaakt presteren minder op de efficiëntiescores, ook als er rekening wordt gehouden met de eenmalige fusiekosten.

Poerstamper en Kerkstra hebben verbanden gelegd tussen de efficiëntiescores en de factoren die de scores kunnen verklaren. Het blijkt dat de personeelskosten van de medewerkers die daadwerkelijk de zorg leveren de belangrijkste verklarende factor vormen. Andere verklarende factoren zijn de kostenstructuur, de productiviteit, de inhuur van personeel, de overheadkosten, het cluster waartoe de instelling behoort; de productmix dus en het ziekteverzuim (Poerstamper en Kerkstra, 2002). De productiviteit van de uitvoerenden zorg bedraagt gemiddeld 68,6 procent; per 100 aan medewerkers uitbetaalde uren werken die medewerkers 68,6 uren declarabel, dat wil zeggen ‘achter de voordeur’ van de klant.

Binnen de doelmatigheidsmeting is de doelmatigheid van de zorguitvoering de belangrijkste. Dit bestaat uit: doelmatigheid facilities, doelmatigheid leiding, staf & ondersteuning en doelmatigheid primair proces (zie ook figuur 7.2).

Vanwege het belang van de personeelskosten van uitvoerende medewerkers (belangrijkste verklarende factor; zie ook § 2.2.2) ligt de nadruk van dit onderzoek wat doelmatigheid betreft op de prestaties van het uitvoerend personeel. Met betrekking tot het gebruik van indicatoren voor kostendoelmatigheid van uitvoerende medewerkers, kan er niet worden volstaan met een analyse per deelaspect. Kosten voor overleg of opleidingskosten kunnen bijvoorbeeld in een zelfsturend team hoger zijn dan in een identieke groep medewerkers in een traditioneel gestructureerde organisatie. Een completere indicator met betrekking tot kostendoelmatigheid van een zelfsturend team in de zorgverlening of dienstverlening is een integraal uurtarief van alle kosten van de uitvoerende medewerkers in dat team, inclusief het directe toezicht en de kosten van rechtstreekse ondersteuning. Wanneer het personeelsbestand van een afdeling bestaat uit medewerkers met langdurige dienstverbanden, zijn de loonkosten per uur hoger omdat deze medewerkers het eind van hun salarisschaal hebben bereikt. Dit zegt weinig over de doelmatigheid van die afdeling. Om dit effect te elimineren kan uitsluitend worden gekeken naar de tijdsbesteding per
categorie uitvoerende medewerkers. Het gaat dan om de mate waarin de inzet van zorgmedewerkers tot productie leidt.

Uit het voorgaande volgt dat in dit onderzoek de volgende definitie van doelmatigheid van zorguitvoering wordt gehanteerd:

‘de doelmatigheid van zorguitvoering in de thuiszorg wil zeggen de productiviteit van de betrokken uitvoerende thuiszorgmedewerkers’.

De belangrijkste parameter is daarbij de urenopbrengst. Dit is de verhouding tussen de uren die het proces ingaan (de ‘betaaluren’; alle uren die aan een medewerker betaald moeten worden: uren zorg, reistijd, overleg, ziekte, etc.) en de ‘productieve uren’ (declarabele zorguren ‘bij de klant’) die er in de vorm van eindproduct weer uitkomen. Deze verhouding kan gebaseerd zijn op hoeveelheid product of op geldelijke waarde. Het verschil tussen betaaluren en productieve uren bestaat uit ‘niet-declarabele uren’.

Productiviteit is dan te definiëren als de betaaluren verminderd met niet-declarabele uren gedeeld door de betaaluren (figuur 7.3).

Daarbij zijn niet alleen de werkelijke opbrengsten relevant, maar ook de gederfde opbrengsten. Met andere woorden: ook die hoeveelheid zorg die de klant wenst te ontvangen en waarvoor hij of zij is geïndiceerd, maar die niet geleverd wordt omdat er bijvoorbeeld een gebrek aan capaciteit is en vervangende medewerkers niet of niet snel genoeg beschikbaar zijn. Ook kan de klant van vervanging afzien vanwege de onbekendheid met de vervangende medewerker. Deze gemiste opbrengst kan gerekend worden tot de opbrengstverliezen.

Van de groep uitvoerende medewerkers worden bij de volgende categorieën (tabel 7.4) effecten van sociotechnisch organiseren nader bestudeerd (Best-practice, opbouw betaaluren uitvoerenden zorg opgenomen in de salarisadministratie, PWC Consulting, 2002):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Urenbesteding</th>
<th>%</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Contact (productieve) uren</td>
<td>61,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekteverzuim</td>
<td>8,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwangerschap/bijzonder verlof</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vakantie</td>
<td>6,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUBTOTAAL</strong></td>
<td>77,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Reistijd</td>
<td>3,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overleg</td>
<td>3,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Planning</td>
<td>5,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frictietijd*</td>
<td>geen opgave</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Scholing</td>
<td>0,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overig</td>
<td>9,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Subtotaal Geen en Ander Werk (niet-declarabele uren)</strong></td>
<td>22,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAAL BETAALUREN UITVOERENDEN</strong></td>
<td>100,0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*(zorgmedewerkers die op kantoor nog zaken regelen voor individuele klanten zonder dat deze uren declarabel zijn)*

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Klantenwaardering

Zorginstellingen zijn wettelijk verplicht verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg is volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Ministerie van VWS, 1996) : ‘zorg van goed niveau die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en tegemoet komt aan de reële behoefte van de patiënt.


Bij het meten van de kwaliteit in de ogen van de klant komen met betrekking tot ‘voortbrenging van de dienst’ vooral de volgende aspecten aan bod:
- bereikbaarheid, dit is de snelheid waarmee de organisatie bereikbaar is voor de klant: wachttijden, aantal malen dat de klant intern doorverwezen wordt;
- leverbetrouwbaarheid, waarmee de mate wordt aangegeven waarin met de klant gemaakte afspraken worden nagekomen;
- ‘voorraadhoogte’, de buffer voor de ‘productie’; in de gezondheidszorg in de vorm van wachtlijsten;
- het aantal verschillende medewerkers dat per klant nodig is om de benodigde diensten of zorg te leveren.

Andere aspecten die de klantenwaardering ten aanzien van de geleverde kwaliteit beïnvloeden zijn onder andere:
- klantgerichtheid, dit is de mate waarin de zorg- of dienstverlening wordt afgestemd op de wensen van de klant;
- aantal klachten van klanten;
- communicatie: in hoeverre wordt de klant, naar diens oordeel, adequaat geïnformeerd.

De Benchmark Thuiszorg 2000 (Poerstamper en Kerkstra, 2002) is een landelijk gebruikt instrument dat gebaseerd is op een schriftelijke raadpleging, gehouden met een steekproef onder thuiszorgklanten. Bij het landelijke onderzoek was sprake van een hoge respons (46,5 procent). Bijna 25.000 thuiszorgklanten hebben aan het onderzoek meegedaan. De ondervraagde klanten waarderen, net als in de eerste benchmark in 1997, de thuiszorg ruim voldoende tot goed. Gemiddeld is de waardering 7,6 op een schaal van één tot tien. Jongere klanten zijn iets minder positief dan oudere klanten.

Klanten waarderen de inhoud van de zorg positiever dan de organisatie van de zorg. De bejegening door de hulpverleners scoort het hoogst (9,1) en vervolgens de deskundigheid van de hulpverlener (8,6). Het minst positief wordt geoordeeld over de communicatie (6,7). Afzonderlijk is onderzocht welk belang klanten aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten. Daaruit bleek dat de toegankelijkheid van de zorg (onder meer de voldoende beschikbaarheid van zorg) en de bejegening het belangrijkst door klanten worden gevonden.

Gemeten naar omvang scoren kleine en middelgrote instellingen over het algemeen beter dan grote instellingen in de klantenraadpleging.

Kwaliteit is hiervoor beschreven als het voldoen aan de eisen van de klant. Dit element van kwaliteit wordt geoperationaliseerd in de klantenraadpleging uit de Benchmark Thuiszorg 2000 door middel van de begrippen bejegening, communicatie, deskundigheid en hulpmiddelen.

In dit onderzoek zijn de klantenwaarderingen over deskundigheid en hulpmiddelen buiten beschouwing gelaten. In de onderzoeksperiode zijn namelijk geen grote inspanningen verricht op het gebied van deskundigheidsbevordering van medewerkers (met betrekking tot

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
zorguitvoerende aspecten); de verstrekking van hulpmiddelen is ondergebracht in een afzonderlijke deelneming waarvan de werkwijze ongewijzigd bleef.


Bij flexibiliteit kan gedacht worden aan productvarianten, pieken en dalen in productie, etcetera. Flexibiliteit is in dit onderzoek geoperationaliseerd middels ‘autonomie’: klantgerichtheid en empathie van de medewerker. De medewerker heeft het vermogen om in te spelen op de klantspecifieke situatie en doet dat naar mening van de klant ook. Innovatievermogen is niet in het onderzoek betrokken omdat dit bij Sensire vooral een prestatiegebied van het concern is en veel minder van de werkmaatschappijen en zorguitvoering.

De begrippen uit figuur 7.4 zijn nader toegelicht in bijlage A2.

**Medewerkersoordeel**

De medewerkersraadpleging is bij de Benchmark Thuiszorg het instrument om prestaties van instellingen te meten op het gebied van werkomstandigheden. De medewerkersraadpleging is gebaseerd op het Werkstressoren-Energiebronnen Model (figuur 7.5), dat met name door het Instituut Werk en Stress is ontwikkeld. Het model voor de medewerkersraadpleging is een vervolg op eerder door de Universiteit Utrecht uitgevoerd onderzoek en daar ontwikkelde kennis over werkomstandigheden en het ervaren door medewerkers van werk: het WEB-model.

Het WEB-model (Werkstressoren Energiebronnen Burnout) wordt gebruikt om burnout te verklaren op het organisationele (meso-) niveau.

Voor organisaties is de belangrijkste reden om de nadruk te leggen op de werkomgeving als mogelijke oorzaak van burnout, dat werkgevers meestal de mogelijkheid hebben om de werkomgeving aan te passen. Dit in tegenstelling tot de beperkte invloed van werkgevers op de thuissituatie van medewerkers. Uitgangspunt is dat het optimaliseren van de werksituatie werkstress en burnout kan voorkomen of verminderen en dat kennis van negatieve en positieve aspecten van de werksituatie het creëren van een gezonde werkomgeving mogelijk maakt.

De invloed van organisaties op de werkomgeving van medewerkers is verschillend. Uitvoerend werk in de thuiszorg vindt plaats bij de klant thuis. Thuiszorgorganisaties hebben maar geringe grip op de werkomgeving van de thuiszorgmedewerkers bij de klant;
wijzigingen daarin betekenen immers ingrepen in de huiselijke woonomgeving en/of in de levenssfeer van de klant.

*Bakker e.a. (1999) stellen dat het principe van het WEB-model op abstract niveau vergelijkbaar is met de principes van Karasek (1979) uit ‘Demands Control Model’ (zie ook 3.4.2).*

Het WEB-model (Bakker e.a., 1999; Demerouti e.a., 2000,) kan bij verschillende beroepsgroepen verschillend voorkomende oorzaken van burnout meten. Daarmee is het WEB-model wat specifieker van aard dan bijvoorbeeld het Demands Control Model. De verschillende stress- en motivatiemodellen zijn in het WEB-model geïntegreerd met als uitgangspunt dat alle beroepsgroepen in meerdere of mindere mate hun eigen contextgebonden risicofactoren hebben met betrekking tot burnout, maar dat risicofactoren toch zijn onder te verdelen in twee hoofdgroepen:

- werkstressoren en
- energiebronnen.


**Energiebronnen** zijn die fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die:
- functioneel zijn voor het bereiken van werkgerelateerde doelen;
- werkstressoren en de daarmee samenhangende fysiologische en psychologische kosten verminderen;
- persoonlijke groei en ontwikkeling stimuleren.

Energiebronnen bevinden zich op het niveau van:

- de organisatie: salaris, baanzekerheid, carrièreperspectief, et cetera
- de interpersoonlijke relaties: steun collega’s/directe leiding, teamsfeer, et cetera
- de organisatie van het werk: rolduidelijkheid, participatie in de besluitvorming, et cetera
- de taak: feedback over persoonlijk functioneren, afwisseling, autonomie, competentiebenutting, et cetera.

Energiebronnen kunnen gezien worden als regelmogelijkheden.

Het Demands Control Model van Karasek (1998) gaat ervan uit dat beheersing, controle, over uitvoering van taken, autonomie, de negatieve invloed van werkdruk op uitputting kan opvangen. Het WEB-model specificeert de uiteenlopende soorten werkstressoren en energiebronnen die op elkaar kunnen inwerken en daardoor kunnen leiden tot structurele vermindering van de energiereserves, uitputting, en de daaraan voorafgaande negatieve effecten op gedrag en betrokkenheid. In het WEB-model kunnen steun van collega’s, leermogelijkheden en coaching door de directe leidinggevende, energiebronnen (regelvermogen) zijn die de negatieve invloed van werkstressoren (werkdruk of klagende klanten, et cetera) reduceren. Uiteraard geldt ook het omgekeerde: werkstressoren kunnen het positieve effect van energiebronnen geheel teniet doen. Men gaat ervan uit dat bij weinig energiebronnen en weinig werkstressoren, apathie kan ontstaan en dat verveling kan optreden wanneer er weinig energiebronnen aanwezig zijn (conform Csikszentmihalyi, 1975).

![Diagram van het Werkstressoren-Energiebronnen Model](image)

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
In april 2002 hebben in de Benchmark Thuiszorg meer dan 100.000 medewerkers in de thuiszorg en kraamzorg deelgenomen aan een schriftelijke enquête over hun werkomstandigheden.

Tussen de scores en de kenmerken van de medewerkers blijkt weinig samenhang te bestaan. Met andere woorden: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, aantal jaren werkzaam in de thuiszorg en het aantal werkuren per week hebben niet veel invloed op het oordeel van medewerkers over hun werkomstandigheden. Medewerkers hebben hun mening gegeven over positieve factoren, energiebronnen, en negatieve factoren, werkstressoren, in hun werk.

De medewerkers blijken het meest positief te zijn over de energiebronnen sociale steun, ontplooiingsmogelijkheden, autonomie van het werk (regelmogelijkheden), variatie in het werk en rolduidelijkheid (Dijkstra en Schreurs, 2002). Deze uitkomsten pleiten voor de introductie van het sociotechnisch perspectief bij thuiszorgorganisaties. Dan is immers sprake van hoge afhankelijkheid binnen teams (goede voedingsbodem voor sociale steun), brede taken (ontplooiingskansen en variatie), veel zelfregelend vermogen (autonomie) en helderheid over taakverwachting (rolduidelijkheid).

Uit de medewerkersraadpleging blijkt ook hoeveel waarde een energiebron of werkstressor heeft voor medewerkers. Het verbeteren van een energiebron met veel waarde heeft een grote bijdrage aan een positief medewerkeroordeel tot gevolg. Verbeteren van een werkstressor waaraan veel waarde wordt toegekend levert waarschijnlijk een grote bijdrage aan vermindering van werkstress. Uit analyse blijkt (Dijkstra en Schreurs, 2002) dat mogelijke verbeteringen van energiebronnen in de thuiszorg te vinden zijn in coaching, beloning en secundaire arbeidsvoorwaarden. Bij werkstressoren zijn de belangrijkste factoren: confrontaties met emotioneel beladen klantsituaties en onvriendelijke klanten. Aangegeven wordt dat werkdruk, fysieke belasting en het meenemen van problemen uit het werk naar de thuis situatie de hoogste prioriteit verdienen. Van alle werkstressoren wordt werkdruk het meest ervaren en deze werkstressor is bovendien van groot belang voor de medewerkers. Ook fysieke belasting en het meenemen van problemen op het werk naar de thuis situatie zijn belangrijk voor medewerkers; deze worden als gemiddeld vaak ervaren.

De medewerkersraadpleging vraagt ook naar de mogelijke gevolgen van de positieve en negatieve factoren. Eén van de gevolgen is het optreden van burnoutverschijnselen dan wel het risico daarmee te worden geconfronteerd. Van de medewerkers heeft 1,7 procent te maken met burnoutverschijnselen. Dat is laag vergeleken met andere beroepsgroepen, terwijl volgens Schaufeli en Van Dierendonck (1999) burnout bij verpleegkundigen juist een vaak voorkomend verschijnsel is (zie ook § 3.4.2). Eén op de tien medewerkers in de thuiszorg en kraamzorg behoort volgens dit onderzoek tot de risicogroep. Voor leiding en staf is sprake van nog hoger burnout risico: 16,2 procent (Dijkstra en Schreurs, 2002).

Tenslotte

In het volgend hoofdstuk zullen de resultaten van het evaluatieonderzoek worden gepresenteerd die volgens hierboven beschreven werkwijze zijn verzameld. Gelet op de aard van het onderzoek, de context waarbinnen het heeft plaatsgevonden en praktische problemen die bij de uitvoering zijn opgetreden zijn zeker kanttekeningen te plaatsen bij de interne en externe validiteit van het design en de uitvoering. Deze aspecten zullen in hoofdstuk 9 aan de orde komen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
8.1 Inleiding

Dit onderzoek toetst de effecten van herinrichting van de organisatie op de prestaties doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel. De centrale onderzoeksvraag is of deze parameters in gunstige zin veranderen na de doorgevoerde organisatorische interventies, zowel relatief in de tijd gezien als in vergelijkende zin met controlegroepen. In § 8.2 worden de resultaten van het evaluatie-onderzoek gepresenteerd. In § 8.3 worden de onderzoeksvragen samenvattend beantwoord en wordt nader op de resultaten per parameter ingegaan.

8.2 Resultaten doelmatigheid, klant- en medewerkersoordeel

8.2.1 Doelmatigheid

Aan de vorming van werkschappijen (zie § 5.2) hebben alle Sensire-onderdelen deelgenomen. De reguliere ‘productieonderdelen thuiszorg’ zijn bij die reorganisatie ondergebracht in werkschappijen. Zoals gesteld zal dit een eerste gevolg kunnen hebben voor de prestaties van het primaire proces.

Opgemerkt wordt dat de eerste Benchmark Thuiszorg, voor wat betreft de gegevens over doelmatigheid, betrekking heeft op een heel kalenderjaar (tabel 8.1), terwijl de gegevens van de controlegroep Sensire ‘De Slinge’ en de experimentele groep Groenlo / Neede een periode van 16 weken beslaan: periode 4 tot en met 7, 2002. Dat kan tot verschillen leiden wegens seizoensgebonden invloeden, zoals vakantie-uren.


Vergelijking meting 1 en 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 8.1 Urenverdeling in %, meting 1 en 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Meting 1</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Meting</td>
</tr>
<tr>
<td>Tijdvak (perioden/jaar)</td>
</tr>
<tr>
<td>Productieve uren</td>
</tr>
<tr>
<td>Verlof- &amp; Vakantie-uren</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekte- &amp; Indirecte uren</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Uit het benchmarkonderzoek zijn ook de cijfers bekend van de ‘Best Practice’ in de thuiszorg. De productieve uren zijn bij de beste organisaties van het cluster waartoe Sensire behoort, zorgorganisaties van een bepaalde omvang en samenstelling, 61,0 procent, hetgeen beter is dan het cijfer voor Sensire Totaal in 2000 (59 procent), maar aanmerkelijk lager dan de cijfers van De Slinge in 2002. Voor een gedetailleerde opsomming van alle cijfers wordt verwezen naar bijlage D: ‘Urenverdeling voor en na invoering sociotechnisch organisatieconcept’.

In een nieuwe meting in 2004 (zie tabel 8.2) kan een productiestijging van de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep gesignaleerd worden. Deze is met circa 86 procent bijna twee maal groter dan bij de nog traditioneel georganiseerde afdelingen (controlegroep) van de werkmaatschappij Sensire ‘De Slinge’, waar de zelfsturende teams nog niet waren ingevoerd. Bovendien hebben de zelfsturende teams naar verhouding aanzienlijk minder (13 procent) betaaluren nodig dan de groepen medewerkers die ‘traditioneel’ werken: 1,52 betaaluur per productief uur bij de experimentele groep ten opzichte van 1,72 bij de controlegroep.

Betaaluren zijn alle uren die aan uitvoerende medewerkers worden uitbetaald zoals productieve uren, vakantie- en ziekte-uren, indirecte uren.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Experimentele groep (Groenlo en Neede)</td>
<td>91</td>
<td>86</td>
<td>1,52</td>
</tr>
<tr>
<td>Controlegroep Sensire 'De Slinge'</td>
<td>52</td>
<td>44</td>
<td>1,72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om vervolgens na te gaan of de effecten van de ingevoerde veranderingen zich in de gewenste richting voordoen en deze verschillen ook in de tijd beklijven, zijn in 2003 en 2004 steeds in periode vier tot en met zeven vervolgspeilingen uitgevoerd naar de doelmatigheid. Deze zijn weergegeven in tabel 8.3.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tijdvak (perioden/jaar)</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 3</th>
<th>Meting 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Productieve uren</td>
<td>69,1</td>
<td>65,3</td>
<td>69,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Verlof- &amp; Vakantie-uren</td>
<td>10,8</td>
<td>10,7</td>
<td>10,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekte- &amp; Indirecte uren</td>
<td>20,1</td>
<td>24,0</td>
<td>20,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In bijlage D zijn onder Urenverdeling in %, meting twee, drie en vier alle getallen met een nadere toelichting weergegeven.

Uit de tabellen 8.1 en 8.3 blijkt dat het percentage Verlof- en Vakantie uren behoorlijk fluctueert: tussen 10,0 procent en 13,6 procent. Deze uren worden niet door de bedrijfsleiding, het managementconcept of de organisatiestructuur beïnvloed. Een hoger percentage vakantie-uren en uren zwangerschapverlof, gaat uiteraard ten koste van het percentage productieve uren. Om het effect van deze niet te beïnvloeden uren te elimineren is het derhalve beter de doelmatigheid met behulp van het percentage Ziekte- en Indirecte
uren te beoordelen. Deze bestaan uit uren afwezigheid door: reistijd, frictietijd, tijd besteed aan overleg, planning, scholing en overig. Deze uren zijn wel beïnvloedbaar door de wijze van organiseren, leidinggeven, de mate van betrokkenheid van medewerkers en dergelijke. Hieruit blijkt (tabel 8.1) dat er voor de invoering van de zelfsturende teams sprake was van een verschil van 0,8 % tussen de experimentele groep (20,1 procent ziekte en indirecte uren) en de controlegroep (20,9 procent). Na invoering van de zelfsturende teams loopt het verschil op tot 3,2 procent. Een jaar later is het verschil nog verder gegroeid tot 4,0 procent ten gunste van de experimentele groep: 18,6 versus 22,6 (zie tabel 8.3).

Geconcludeerd kan worden dat het aantal productieve uren bij de experimentele groep substantieel hoger is. Het ziekteverzuim bij de experimentele groep, de zelfsturende teams, steeg aanvankelijk van 4,6 procent naar 7,3 procent in meting drie (zie bijlage D) en was daarmee ook hoger dan bij de overige groepen van de werkmaatschappij. De verwachting dat de in 2003 ingezette trend van daling van ziekteverzuim zich bij de experimentele groep zou voortzetten tot minstens het voor de werkmaatschappij gebruikelijke niveau van ± 5,5 procent, is meer dan uitgekomen met een afname tot 4,2 procent. De indirecte uren zijn gedaald, en de experimentele groep gaf na meting drie aan, dat tijd die besteed wordt aan planning met minstens een half procent terug zou lopen bij het beschikbaar komen van een goed planningsinstrument voor de teams. Ook deze verwachting is met een daling van 1,2 procent tot 3,3 procent uren besteed aan planning door zelfsturende teams meer dan bewaarheid. Zie bijlage D.
8.2.2 Klantenoordeel

tTabl 8.4 Geen significante wijzigingen in klantenoordeel na sociotechnische ingrepen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vraag (vraagstelling ingekort weergegeven)</th>
<th>Meting 1</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 4</th>
<th>$\chi^2$</th>
<th>p-waarde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nee, is thuiszorgmedewerker u serieus?</td>
<td>226</td>
<td>398,54</td>
<td>265</td>
<td>398,75</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>Nemen overige medewerkers thuiszorginstelling u serieus? (telefonist, administratie)</td>
<td>224</td>
<td>397,50</td>
<td>265</td>
<td>390,32</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>Is thuiszorgmedewerker vriendelijk?</td>
<td>224</td>
<td>405,91</td>
<td>265</td>
<td>389,40</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>Toont thuiszorgmedewerker respect voor uw levensbeschouwing/geloof/leefwijze?</td>
<td>224</td>
<td>397,50</td>
<td>265</td>
<td>390,32</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>Houdt thuiszorgmedewerker in werken rekening met uw gewoonten/wensen?</td>
<td>224</td>
<td>410,08</td>
<td>265</td>
<td>385,37</td>
<td>297</td>
</tr>
<tr>
<td>Heeft thuiszorgmedewerker voldoende deskundigheid op terrein uw beperking?</td>
<td>207</td>
<td>363,42</td>
<td>236</td>
<td>354,48</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>Werk thuiszorgmedewerker hygienisch?</td>
<td>225</td>
<td>394,7</td>
<td>262</td>
<td>384,71</td>
<td>289</td>
</tr>
<tr>
<td>Huis goed schoon?</td>
<td>211</td>
<td>344,12</td>
<td>211</td>
<td>343,33</td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td>Bekend hoe te veranderen aan soort/hoeveelheid thuiszorg?</td>
<td>225</td>
<td>405,90</td>
<td>265</td>
<td>401,10</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>Overlegt thuiszorgmedewerker over notitie in papieren die over u gaan (zorgdossier)?</td>
<td>185</td>
<td>368,96</td>
<td>240</td>
<td>350,16</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>Komt thuiszorgmedewerker op afgesproken tijd?</td>
<td>224</td>
<td>392,95</td>
<td>265</td>
<td>405,61</td>
<td>296</td>
</tr>
<tr>
<td>Werken thuiszorgmedewerkers goed samen?</td>
<td>137</td>
<td>264,73</td>
<td>168</td>
<td>250,13</td>
<td>195</td>
</tr>
<tr>
<td>Vraagt thuiszorgmedewerker soms ongewenst naar privé-aangelegenheden?</td>
<td>225</td>
<td>379,96</td>
<td>265</td>
<td>399,28</td>
<td>290</td>
</tr>
<tr>
<td>Tempo huishoudelijke werkzaamheden?</td>
<td>202</td>
<td>320,61</td>
<td>194</td>
<td>308,05</td>
<td>231</td>
</tr>
<tr>
<td>Tempo lichamelijke verzorging?</td>
<td>126</td>
<td>197,83</td>
<td>134</td>
<td>198,74</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>Thuiszorg op goed tijd?</td>
<td>223</td>
<td>388,30</td>
<td>265</td>
<td>407,85</td>
<td>297</td>
</tr>
<tr>
<td>Wat vindt u van aantal verschillende thuiszorgmedewerkers dat bij u thuis komt?</td>
<td>192</td>
<td>333,21</td>
<td>214</td>
<td>316,52</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>Voldoende geïnformeerd over wachtijd?</td>
<td>135</td>
<td>233,19</td>
<td>203</td>
<td>211,19</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>Weet thuiszorgmedewerker welke hulp u krijgt van mantelzorger?</td>
<td>141</td>
<td>254,23</td>
<td>162</td>
<td>234,27</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>Heeft thuiszorginstelling u geïnformeerd m.b.t. indienen klacht over thuiszorg?</td>
<td>164</td>
<td>294,02</td>
<td>202</td>
<td>313,60</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>Rapportcijfer deskundigheid/bejegening door thuiszorgmedewerkers?</td>
<td>206</td>
<td>350,45</td>
<td>242</td>
<td>372,68</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>Tijdsduur tussen aanmelding thuiszorginstelling en begin thuiszorg?</td>
<td>164</td>
<td>302,54</td>
<td>234</td>
<td>288,19</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoeveel verschillende thuiszorgmedewerkers komen er per week bij u thuis?</td>
<td>221</td>
<td>378,81</td>
<td>259</td>
<td>397,95</td>
<td>290</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Significant positieve veranderingen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vraag (vraagstelling ingekort weergegeven)</th>
<th>Meting 1</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 4</th>
<th>$x^2$</th>
<th>p-waarde*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Voldoende aandacht van thuiszorgmedewerkers?</td>
<td>226</td>
<td>411,59</td>
<td>265</td>
<td>388,96</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>1 x per jaar bespreking over thuiszorg?</td>
<td>192</td>
<td>358,25</td>
<td>202</td>
<td>320,00</td>
<td>224</td>
</tr>
<tr>
<td>Houdt thuiszorgmedewerkers rekening met opmerkingen van gesprek?</td>
<td>80</td>
<td>176,25</td>
<td>101</td>
<td>161,76</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>Kan er een andere thuiszorgmedewerker komen als het niet ‘klkt’ met huidige medewerker?</td>
<td>216</td>
<td>404,77</td>
<td>265</td>
<td>408,47</td>
<td>287</td>
</tr>
<tr>
<td>Wat vindt u van de wachtijd voordat de thuiszorg begon?</td>
<td>179</td>
<td>265,78</td>
<td>243</td>
<td>291,76</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>Voldoende thuiszorg?</td>
<td>222</td>
<td>432,56</td>
<td>265</td>
<td>390,28</td>
<td>298</td>
</tr>
<tr>
<td>Krijgt u in vakantieperiodes/feestdagen de thuiszorg zoals afgesproken?</td>
<td>215</td>
<td>429,57</td>
<td>242</td>
<td>355,22</td>
<td>259</td>
</tr>
<tr>
<td>Indien tijdelijk nodig direct meer thuiszorg?</td>
<td>133</td>
<td>281,78</td>
<td>169</td>
<td>235,67</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td>Indien nodig direct thuiszorg na ontslag ziekenhuis, revalidatiecentrum, etc.?</td>
<td>153</td>
<td>250,82</td>
<td>170</td>
<td>261,32</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>Vaste contactpersoon bij thuiszorginstelling?</td>
<td>185</td>
<td>333,19</td>
<td>216</td>
<td>326,79</td>
<td>236</td>
</tr>
<tr>
<td>Vaste contactpersoon goed te bereiken?</td>
<td>136</td>
<td>230,90</td>
<td>134</td>
<td>204,46</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>Is thuiszorginstelling makkelijk te bereiken tijdens kantooruren?</td>
<td>191</td>
<td>341,16</td>
<td>223</td>
<td>339,47</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>Is bekend wat te doen buiten kantooruren dringend iemand spreken van thuiszorg?</td>
<td>215</td>
<td>411,70</td>
<td>265</td>
<td>404,49</td>
<td>289</td>
</tr>
<tr>
<td>Wordt u bij telefonisch contact met thuiszorginstelling op goede manier geholpen?</td>
<td>184</td>
<td>331,54</td>
<td>214</td>
<td>319,19</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>Geeft thuiszorginstelling tijdig door indien medewerker niet kan komen, bijv. ziekte?</td>
<td>193</td>
<td>326,85</td>
<td>211</td>
<td>322,04</td>
<td>224</td>
</tr>
<tr>
<td>Regelt thuiszorginstelling vervanging indien medewerker niet kan komen?</td>
<td>193</td>
<td>373,31</td>
<td>229</td>
<td>358,61</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>Werken thuiszorgmedewerkers goed samen met overige hulpverleners?</td>
<td>100</td>
<td>197,74</td>
<td>123</td>
<td>170,65</td>
<td>138</td>
</tr>
<tr>
<td>Houdt thuiszorgmedewerker rekening of mantelzorg het nog aankan?</td>
<td>125</td>
<td>235,45</td>
<td>135</td>
<td>202,47</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>Mantelzorger bekend met ondersteuningsmogelijkheden in regio?</td>
<td>82</td>
<td>179,84</td>
<td>98</td>
<td>149,60</td>
<td>136</td>
</tr>
<tr>
<td>Papieren overzicht met soort/hoeveelheid afgesproken thuiszorg?</td>
<td>192</td>
<td>364,81</td>
<td>241</td>
<td>358,78</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>Heeft thuiszorgmedewerker afspraken over te leveren thuiszorg doorgenomen/uitgelegd?</td>
<td>187</td>
<td>367,74</td>
<td>246</td>
<td>350,58</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>Heeft u thuis een map met zorggegevens?</td>
<td>221</td>
<td>490,21</td>
<td>262</td>
<td>396,09</td>
<td>291</td>
</tr>
<tr>
<td>Geïnformeerd door thuiszorginstelling over aanwezigheid cliëntenraad?</td>
<td>144</td>
<td>281,83</td>
<td>176</td>
<td>268,14</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>Bent u geholpen door thuiszorgmedew. bij aanschaf hulpmiddelen, bij juiste instantie?</td>
<td>128</td>
<td>192,78</td>
<td>123</td>
<td>169,96</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Rapportcijfers thuiszorginstelling inzake bereikbaarheid, info voorziening, reactie op vragen/vermanderingen hoeveelheid hulp</td>
<td>208</td>
<td>306,97</td>
<td>227</td>
<td>353,68</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>Krijgt u precies de hulp waar u recht op hebt?</td>
<td>164</td>
<td>280,67</td>
<td>174</td>
<td>261,68</td>
<td>201</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) Significantieniveau: $p \leq 0,05$

**Significant negatieve veranderingen**

Bij drie van de 52 vragen, zes procent, is volgens de respondenten sprake van een significante verslechtering na invoering van de sociotechnische organisatieprincipes (tabel 8.6). Daarbij zijn evenwel een paar kanttekeningen op zijn plaats. Bij de vraag over de gevolgen van het melden van ontvredenheid over thuiszorg kunnen de antwoorden zijn...

*Teams beter thuis in thuiszorg?*
beïnvloed door de publiciteit over de voorgenomen verkleining van het AWBZ pakket en de verscherpte indicatiestelling. Dat kan zowel bij klanten als bij medewerkers leiden tot ‘risicomijdend’ gedrag. Immers het nieuwe beleid is een versobering ten opzichte van het gebruikelijke beleid en dan is het ‘overhoop halen’ van zaken, bijvoorbeeld door te klagen, risicant. Een andere verklaring is niet gevonden: het beleid ten opzichte van klachten van klanten is sinds de sociotechnische ingrepen ongewijzigd gebleven. Ten aanzien van de vraag over duidelijke schriftelijke informatie over de eigen bijdrage van de thuiszorginstelling is het volgende van belang: per 1 januari 2004 is de eigen bijdrage-regeling voor thuiszorg ingrijpend gewijzigd, waardoor vele klanten werden geconfronteerd met een procentueel substantiële stijging van hun - inkomensafhankelijke - eigen bijdrage. Eind 2003 is hierover door het Centraal Administratie Kantoor, de eigen bijdrage innende instantie, een brief aan thuiszorgklanten verzonden. De wijze van uitleg, de ingewikkelde systematiek en de manier waarop een en ander in de publiciteit is gekomen, hebben bij vele oudere klanten geleid tot een paniekreactie. In het hele land hebben tussen 1 januari en 1 augustus 2004 ongeveer 16.000 klanten de thuiszorg, vanwege de nieuwe eigen bijdrage regeling opgezegd. Door achterstanden in facturering ontvingen veel klanten pas vanaf april rekeningen met de verhoogde eigen bijdrage. Het is aannemelijk dat deze externe ontwikkelingen een aanzienlijk effect op de beeldvorming van klanten over de zorg hebben gehad.

**Tabel 8.6** Significante verslechteringen in klantenoordeel na sociotechnische ingrepen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vraag (vraagstelling ingekort weergegeven)</th>
<th>Meting 1</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 4</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>p-waarde*)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bang voor gevolgen als u uw thuiszorgmedew. vertelt ontevreden over thuiszorg?</td>
<td>219</td>
<td>384,33</td>
<td>265</td>
<td>420,30</td>
<td>286</td>
</tr>
<tr>
<td>Heeft thuiszorginstelling u geïnformeerd wat te doen als medewerker iets beschadigt bij u?</td>
<td>180</td>
<td>279,94</td>
<td>200</td>
<td>311,66</td>
<td>229</td>
</tr>
<tr>
<td>Duidelijke schriftelijke informatie gehad over eigen bijdrage van thuiszorginstelling?</td>
<td>202</td>
<td>325,28</td>
<td>242</td>
<td>396,76</td>
<td>270</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) Significantie niveau: \( p \leq 0,05 \)

In tabel 8.7 zijn de antwoorden geclusterd naar dimensie en vervolgens getransformeerd naar een 10-puntsschaal. Met behulp van de Kruskal-Wallis non-paramedische test zijn de verschillen geanalyseerd. Een hoger gemiddelde betekent hier een verbetering. Uit deze tabel blijkt dat in de experimentele groep zes (▲) van de negen dimensies significant zijn verbeterd. Op geen enkele dimensie werd een significante verslechtering vastgesteld. Ten aanzien van de ongewijzigde dimensies (≡) dient te worden gememoreerd dat de hiervoor omschreven exogene ontwikkelingen het oordeel van klanten over de communicatie zullen hebben beïnvloed. Met betrekking tot de hulpmiddelen wordt opgemerkt dat slechts één van de zes vragen over hulpmiddelen betrekking had op Sensire; de andere vijf vragen gaan over de dienstverlening van de hulpmiddelen verstrekende organisatie.

**Tabel 8.7** Resultaten geclusterd naar dimensie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Toetsing op dimensieniveau</th>
<th>N</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>4</th>
<th>( \chi^2 )</th>
<th>p-waarde*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dimensie Bejegening</td>
<td>229</td>
<td>368,66</td>
<td>265</td>
<td>396,01</td>
<td>294</td>
<td>413,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Deskundigheid</td>
<td>229</td>
<td>374,45</td>
<td>264</td>
<td>379,66</td>
<td>296</td>
<td>424,59</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Autonomie</td>
<td>231</td>
<td>346,96</td>
<td>265</td>
<td>400,23</td>
<td>301</td>
<td>437,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Toegankelijkheid</td>
<td>234</td>
<td>332,10</td>
<td>265</td>
<td>392,16</td>
<td>301</td>
<td>461,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Continuïteit</td>
<td>224</td>
<td>370,54</td>
<td>258</td>
<td>361,57</td>
<td>292</td>
<td>423,42</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Communicatie</td>
<td>232</td>
<td>375,48</td>
<td>265</td>
<td>402,66</td>
<td>298</td>
<td>411,38</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensie Hulpmiddelen</td>
<td>143</td>
<td>192,08</td>
<td>143</td>
<td>216,97</td>
<td>124</td>
<td>207,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal oordeel Personeel</td>
<td>206</td>
<td>350,45</td>
<td>242</td>
<td>372,68</td>
<td>279</td>
<td>366,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal oordeel Organisatie van zorg</td>
<td>208</td>
<td>306,97</td>
<td>227</td>
<td>353,68</td>
<td>267</td>
<td>384,34</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bij de beoordeling van veranderingen in het klantenoordeel is het van belang na te gaan welke andere factoren dit oordeel eventueel eveneens in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden.

Het klantenoordeel is mede afhankelijk van de geleverde hoeveelheid zorg; in uren en in relatie tot hetgeen geïndiceerd is. Immers, als er behoefte is aan een bepaalde hoeveelheid zorg en deze niet geheel wordt geleverd, doordat bijvoorbeeld niet voldoende capaciteit beschikbaar is, dan zal dit gevolgen hebben voor de beoordeling van de geleverde zorg. In § 7.6 zijn onder andere als criteria voor kwaliteit van de organisatie geformuleerd: de mate waarin het aantal geïndiceerde uren zorg ook daadwerkelijk is geleverd en het aantal verschillende medewerkers per klant. De beoordeling daarvan lijkt simpeler dan zij is. De zorgsituatie per klant is in een aantal gevallen en over een meerjarige periode verre van stabiel. Tijdens de meetperioden zijn er nieuwe klanten bijgekomen, bestaande klanten zijn overleden of de zorgsituatie, de soort en/of hoeveelheid zorg is bij klanten gedurende het onderzoek ingrijpend gewijzigd, bijvoorbeeld bij thuiskomst na een ziekenhuisopname. Bovendien is door overheidsmaatregelen, verhoging eigen bijdragen en verscherpte indicatiestelling, de samenstelling van de klantenpopulatie enigszins gewijzigd. Dit zou ook effect kunnen hebben op de klantenwaardering.

Om deze, mogelijk verstorende, verschuivingen te elimineren, is ervoor gekozen om ten aanzien van de elementen niet-geleverde zorg en gemiddeld aantal medewerkers per klant, de effecten van de invoering van de sociotechnische organisatieprincipes te meten bij een bepaalde groep klanten, namelijk de klanten die gedurende de volledige meetperiode klant waren van de experimentele groep Groenlo / Neede en waarvan de indicatie gedurende de onderzoekperiode niet is gewijzigd. Deze populatie bestond uit 31 klanten. In tabel 8.8 is zichtbaar dat het gemiddeld aantal geleverde uren per klant stijgt van 14,91 uren per week in 2002 naar 15,93 uren per week in 2004. Daardoor daalt het percentage geïndiceerd maar niet-geleverd bij die klanten aanzienlijk (van 10,7 procent in 2002 naar 5,6 procent in 2004).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 8.8 Ontwikkeling % niet-geleverde uren en gemiddeld # medewerkers per klant</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>31 dezelfde klanten met ongewijzigde indicatie van de experimentele groep Groenlo / Neede</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Periode 6</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld # geïndiceerde uren/klant</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld # geleverde uren/klant</td>
</tr>
<tr>
<td>Niet-geleverd in %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld # medewerkers/klant</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Een ander belangrijk aspect bij het beoordelen van de kwaliteit van de zorgverlening door de klant is het aantal verschillende medewerkers dat de zorgverlening bij de klant uitvoert. Het gemiddeld aantal medewerkers per klant in periode 6, daalt bij deze groep klanten van 4,1 verschillende medewerkers per week in 2002 naar 3,0 in 2004. Ten aanzien van twee belangrijke parameters, te weten het percentage niet-geleverde uren en het gemiddeld aantal verschillende zorgmedewerkers per klant is derhalve verbetering geboekt. De situatie ruim een jaar na invoering van de zelfsturende teams (meting over periode 6 in 2004) is ten opzichte van de situatie voor de invoering van zelfsturing (periode 6 in 2002) wat het aantal niet-geleverde uren en medewerkers per klant betreft substantieel anders:
- het percentage niet-geleverde uren halveerde bijna (- 48 procent)
- het gemiddeld aantal medewerkers per klant per periode werd met ruim een kwart gereduceerd (- 27 procent).

Hieruit kan worden geconcludeerd dat sinds de invoering van de zelfsturende teams vooruitgang is geboekt ten aanzien van de elementen niet-geleverde uren en aantal verschillende zorgmedewerkers per klant. Deze aspecten zijn medebepalend voor het klantenoordeel over de zorg.
8.2.3 Medewerkersoordeel

Bij de medewerkers is de kwaliteit van de arbeid en de arbeidsverhoudingen bepaald door middel van meting van de energiebronnen en de werkstressoren. De werkomstandigheden leveren uitkomstmaten in de vorm van tevredenheid, betrokkenheid, gezondheidsklachten en verloopintentie.

Ook hier zijn weer vier metingen beschikbaar: De eerste meting vond plaats begin 2002, in het kader van de Benchmark Thuiszorg 2000, en is verricht bij alle Sensire-onderdelen, waartoe ook de experimentele groep Groenlo / Neede behoort. Deze meting is echter gehouden onder een grotere populatie (waartoe ook het uitvoerend thuiszorgpersoneel van Winterswijk, Borculo, Eibergen en Ruurlo behoorde). Hierdoor zouden de resultaten niet zonder meer met elkaar vergeleken kunnen worden. Uit analyse van de meetresultaten van meting één blijkt echter dat de spreiding van de uitkomsten gering is en dat er ook geen enkele andere aanleiding is om te veronderstellen dat de resultaten van Neede / Groenlo afwijken van de overige onderdelen. Om dit probleem toch (gedeeltelijk) te ondervangen is aan het begin van de kanteling naar zelfsturende teams in Groenlo / Neede een tweede meting verricht. Daardoor kan een vergelijking gemaakt worden tussen de uitkomsten van de grotere eerste meting (voordat de invoering van werkmaatschappijen en integraal management effect kreeg op het primaire proces) de tussenmeting in Groenlo / Neede (voor invoering van de zelfsturende teams) en meting drie onder dezelfde populatie als de tussenmeting vier perioden na invoering van de zelfsturende teams (juli 2003). Meting drie is alleen uitgevoerd onder diegenen die ook aan meting twee hebben deelgenomen. Daarom is dit aantal respondenten door verloop van medewerkers en non-respons lager dan meting twee. Deze meting is mede daarom en om wille van het feit dat deze erg kort na de tweede meting is verricht, buiten de variatianalyse gelaten. Tenslotte is de laatste meting, meting vier, juli 2004, 68 respectievelijk 72 weken na de invoering van zelfsturende teams gehouden. Het aantal respondenten is aanzienlijk hoger dan bij meting twee omdat er een groter aantal medewerkers inmiddels werkzaam is en er extra stimulans heeft plaats gevonden om de vragenlijst - wederom - in te vullen. Voor een groot aantal medewerkers was dit al de vierde vragenlijst in twee jaar.

In tabel 8.9 worden de resultaten van de vier mettmmomenten voor de teams waar zelfsturing is ingevoerd, weergegeven. De percentages in deze tabel zijn gebaseerd op vijfpuntsschalen, de toetsen hebben plaats gevonden op basis van de oorspronkelijke schalen. De toetsen die gebruikt zijn voor analyse zijn: ANOVA, Bonferroni, T-toets, significantie bij p <= 0,05.
De significante in tabellen 8.9, 8.11, 8.12 en 8.13 is op het niveau 0,05.  
▲ = significante verbetering  
▼ = significante verslechtering  
≡ = gelijkgebleven of niet-significante wijziging

Bij de resultaten van tabel 8.9 vallen de volgende zaken op: de experimentele groep laat over de vier metingen op tien variabelen significant betere oordelen zien. Eén dimensie is significant gedaald (interactie werk > thuis). De overige zijn gelijk gebleven.  
Van de zes werkstressoren is de dimensie ‘Emoties’; confrontaties met belastende psychische klachten significant verslechterd. Nu er meer betrokkenheid ook buiten werktijd nadenkt.

De overige vier dimensies van de werkstressoren zijn nagenoeg ongewijzigd gebleven. Eén en ander resulteert in of ongewijzigde uitkomstmaten of significant verbeterde uitkomstmaten (drie): meer betrokkenheid, minder uitputting en een lagere verloopintentie.  

Vergelijking met controlegroep  
Vervolgens is met behulp van een univariate variantieanalyse (GLM) nagegaan of er tussen deze twee groepen in de tijd verschillen zijn opgetreden op de variabelen van de medewerkersoordeelen. Er is sprake van twee factoren: het meettijdstip (2002 en 2004) en de onderzoeksgroep experimenteel (Groenlo / Neede) versus controlegroep (Sensire ‘De Drie Beken’). In de analyse is gekeken naar de interactie van deze twee factoren, met andere woorden: doen zich binnen de twee groepen verschillende veranderingen voor op de variabelen gemeten in de tijd? Uit tabel 8.11 blijkt dat op vijf energiebronnen significante verschillen bestaan, hetgeen wil zeggen dat deze in de experimentele groep sterk zijn verbeterd in vergelijking met de controlegroep. Met name de energiebron ‘Sociale steun’ is zeer significant veranderd (significantie p. < 0.0001).

De verschillen die optreden tussen de experimentele en de controlegroep in de tijd zijn met name de variabelen die van betekenis zijn binnen het teamfunctioneren. Bij zelfsturende teams is sprake van meer mogelijkheden om controle uit te oefenen over het eigen functioneren, er is meer autonomie. Ook is er een betere score voor wat betreft coaching door de leidinggevende en meer sociale steun aan elkaar. Om het team goed te laten presteren is feedback op elkaars functioneren noodzakelijk; er ligt derhalve meer nadruk op de onderlinge communicatie. Met betrekking tot de confrontaties met belastende emotionele klantsituaties, scoort de experimentele groep eveneens beter dan de controlegroep. Al deze zaken blijken bij de experimentele groep in de tijd significant beter beoordeeld te worden dan in de controlegroep, hetgeen pleit voor de effectiviteit van de interventie.
Worden de experimentele en controlegroep afzonderlijk geëvalueerd om na te gaan in hoeverre er verschillen optreden in de tijd per groep dan blijkt (zie tabel 8.12 en 8.13) dat de experimentele groep op vijf energiebronnen een significant positieve verandering te zien geeft en bij één werkstressor een significant negatieve verandering. Een en ander resulteert in twee significant verbeterde uitkomstmaten. Bij de controlegroep treden vier significant positieve veranderingen op en één significante negatieve verandering, resulterend in een significante verschuiving van één uitkomstmaat.

**Tabel 8.12 Ontwikkeling variabelen over de tijd bij medewerkers Experimentele groep Groenlo / Neede**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Energiebronnen</th>
<th>2002</th>
<th>2004</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
<th>Significant &amp; richting</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Controle</td>
<td>203</td>
<td>196</td>
<td>2.78 0.47</td>
<td>2.78 0.52</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td>Duidelijkheid</td>
<td>201</td>
<td>194</td>
<td>3.88 0.50</td>
<td>4.08 0.37</td>
<td>4.70</td>
</tr>
<tr>
<td>Ontplooiing</td>
<td>204</td>
<td>193</td>
<td>3.28 0.82</td>
<td>3.56 0.82</td>
<td>3.40</td>
</tr>
<tr>
<td>Coaching</td>
<td>199</td>
<td>195</td>
<td>3.72 0.79</td>
<td>4.18 0.79</td>
<td>5.73</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociale steun</td>
<td>194</td>
<td>196</td>
<td>3.86 0.66</td>
<td>4.10 0.64</td>
<td>3.68</td>
</tr>
<tr>
<td>Feedback</td>
<td>205</td>
<td>201</td>
<td>1.90 2.33</td>
<td>2.65 1.28</td>
<td>3.93</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkstressoren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werkdruk</td>
<td>203</td>
<td>196</td>
<td>2.18 0.46</td>
<td>1.97 0.38</td>
<td>4.88</td>
</tr>
<tr>
<td>Planning</td>
<td>205</td>
<td>193</td>
<td>2.35 0.61</td>
<td>2.35 0.63</td>
<td>0.03</td>
</tr>
<tr>
<td>Emoties</td>
<td>204</td>
<td>196</td>
<td>1.64 0.39</td>
<td>1.75 0.43</td>
<td>2.51</td>
</tr>
<tr>
<td>Werk &gt; Thuis</td>
<td>204</td>
<td>196</td>
<td>1.60 0.57</td>
<td>1.60 0.57</td>
<td>0.02</td>
</tr>
<tr>
<td>Thuis &gt; Werk</td>
<td>201</td>
<td>196</td>
<td>1.25 0.39</td>
<td>1.23 0.35</td>
<td>0.60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabel 8.13 Ontwikkeling variabelen over de tijd bij medewerkers Controlegroep Sensire 'De Drie Beken'**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Energiebronnen</th>
<th>2002</th>
<th>2004</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
<th>Significant &amp; richting</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Controle</td>
<td>263</td>
<td>156</td>
<td>2.79 0.44</td>
<td>2.85 0.52</td>
<td>1.35</td>
</tr>
<tr>
<td>Duidelijkheid</td>
<td>262</td>
<td>155</td>
<td>3.89 0.49</td>
<td>3.99 0.43</td>
<td>2.20</td>
</tr>
<tr>
<td>Ontplooiing</td>
<td>260</td>
<td>155</td>
<td>3.50 0.77</td>
<td>3.35 0.87</td>
<td>1.79</td>
</tr>
<tr>
<td>Coaching</td>
<td>262</td>
<td>153</td>
<td>3.71 0.85</td>
<td>4.07 0.77</td>
<td>4.34</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociale steun</td>
<td>255</td>
<td>155</td>
<td>3.66 0.79</td>
<td>3.79 0.73</td>
<td>1.56</td>
</tr>
<tr>
<td>Feedback</td>
<td>263</td>
<td>150</td>
<td>2.24 1.45</td>
<td>2.73 1.39</td>
<td>3.35</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkstressoren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werkdruk</td>
<td>263</td>
<td>156</td>
<td>2.17 0.42</td>
<td>2.03 0.45</td>
<td>3.16</td>
</tr>
<tr>
<td>Planning</td>
<td>261</td>
<td>150</td>
<td>2.30 0.60</td>
<td>2.33 0.71</td>
<td>0.52</td>
</tr>
<tr>
<td>Emoties</td>
<td>262</td>
<td>155</td>
<td>1.67 0.41</td>
<td>1.88 0.48</td>
<td>4.83</td>
</tr>
<tr>
<td>Werk &gt; Thuis</td>
<td>262</td>
<td>154</td>
<td>1.54 0.50</td>
<td>1.48 0.52</td>
<td>1.16</td>
</tr>
<tr>
<td>Thuis &gt; Werk</td>
<td>263</td>
<td>154</td>
<td>1.30 0.45</td>
<td>1.30 0.42</td>
<td>0.22</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitkomstmaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tevredenheid</td>
<td>262</td>
<td>153</td>
<td>4.12 0.84</td>
<td>4.01 0.66</td>
<td>1.46</td>
</tr>
<tr>
<td>Betrokkenheid</td>
<td>262</td>
<td>154</td>
<td>3.76 0.70</td>
<td>3.78 0.64</td>
<td>0.34</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitputting</td>
<td>262</td>
<td>154</td>
<td>1.32 0.90</td>
<td>1.18 0.74</td>
<td>1.61</td>
</tr>
<tr>
<td>Verloopintentie</td>
<td>259</td>
<td>155</td>
<td>2.19 1.21</td>
<td>2.45 1.09</td>
<td>2.16</td>
</tr>
</tbody>
</table>


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
resulterend in significant verbeterde uitkomstmaten Betrokkenheid en Uitputting. Deze laatste zouden toegeschreven kunnen worden aan de invloeden van de doorgevoerde interventie. Ze zijn in ieder geval in lijn met hetgeen op grond van de sociotechniek en teambased organiseren verwacht mag worden. In de controlegroep verslechtert de Verloopintentie terwijl deze bij de experimentele groep niet significant verschilt. Ook dat kan een gevolg zijn van de doorgevoerde interventie. Immers, het feit dat de Verloopintentie niet verslechtert is, is opmerkelijk gezien de grote veranderingen in de financiering van de thuiszorg (bezuinigingen en - deels – verminderde baanzekerheid) en de negatieve berichtgeving.

Het is ook van belang de dimensies te beschouwen die in de tijd niet veranderen terwijl dit op grond van de doorgevoerde interventies wel verwacht had kunnen worden. Zo kunnen ook andere niet optredende verschillen mogelijk hun oorzaak kunnen vinden in de grote turbulentie die al in § 7.5.1 en § 8.2.2 is beschreven en die een meer generieke invloed heeft gehad op een aantal variabelen en die sterker is dan de specifieke interventie van het invoeren van zelfsturende teams. Anders geredeneerd is het des te opmerkelijker dat de experimentele groep - de zelfsturende teams - op een groot aantal variabelen toch significant beter scoort en ook beter dan de controlegroep, ondanks deze grote algemene veranderingen in de thuiszorg. Alleen door nader onderzoek, bijvoorbeeld door middel van interviews bij de beide groepen, zouden mogelijke verklaringen voor de verschillen kunnen worden gevonden.

8.3 Conclusies evaluatie-onderzoek

Geconcludeerd kan worden dat de basale vraagstelling of implementeren van een sociotechnisch organisatieconcept en teambased organiseren in het bijzonder, in deze thuiszorgorganisatie tot verbetering heeft geleid van de doelmatigheid van de zorguitvoering, de waardering van de zorg door klanten en de kwaliteit van het werk van zorgmedewerkers, positief beantwoord kan worden.

Ook de deelvragen (§ 7.2) zijn in het voorgaande alle positief beantwoord. Hieronder zijn per resultaatgebied de belangrijkste bevindingen samengevat en zo mogelijk conclusies getrokken.

Doelmatigheid van de zorguitvoering

*Is de doelmatigheid van de zorguitvoering bij de zelfsturende teams van Sensire ‘De Slinge’ verhoogd?*

Het antwoord is positief: ten opzichte van de Benchmark Thuiszorg 2000 is na invoering van de werkmaatschappijen en integraal management sprake van behoorlijke verbetering van de doelmatigheid, die bij de zelfsturende teams, in tegenstelling tot de rest van de betreffende werkmaatschappij, in 2003 en 2004 op peil blijft. De zelfsturende teams realiseren een substantieel grotere productie tegen relatief lagere kosten dan traditionele werkende groepen medewerkers: zelfsturende teams ‘produceren’ zorg tegen een derde minder uren ziekte en indirecte uren van medewerkers. Kortom, introductie van een sociotechnische organisatie-inrichting leidt inderdaad tot - aanzienlijke - verbetering van de doelmatigheid van de zorguitvoering bij Sensire ‘De Slinge’.

Klantenwaardering

*Is het goede klantenoordeel bij Sensire ‘De Slinge’ verder verbeterd?*

Bij de Benchmark Thuiszorg 2000 werd reeds een goede score voor het onderdeel klantenwaardering behaald. Gebleken is dat op de voor klanten belangrijke aspecten, zoals niet-geleverde uren en gemiddeld aantal medewerkers per klant, aanzienlijke progressie is gemaakt: bijna halvering
van het percentage niet-geleverde uren en reductie met een kwart van het aantal medewerkers per klant.

Aan klanten zijn in diverse opeenvolgende metingen telkens dezelfde 52 vragen gesteld die voor dit onderzoek van belang zijn. De uitgevoerde sociotechnische ingrepen resulteren in 26 significante verbeteringen, drie significante verslechteringen en bij de overige 23 vragen is er volgens de klanten geen significant verschil in de situatie voor en na de organisatieverandering.

Geclusterd naar negen dimensies, zijn klanten ten aanzien van zes dimensies van oordeel dat de kwaliteit van de zorg na de sociotechnische ingrepen significant is verbeterd, op geen enkele dimensie aanzienlijk is verslechterd en bij de overige drie dimensies niet significant is gewijzigd.

Geconcludeerd kan worden dat het reeds goede klantenoordeel na de introductie van de sociotechnische organisatie-aanpak nog verder is verbeterd bij Sensire ‘De Slinge’.

**Kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers**

*Is het matige oordeel van medewerkers over hun werkomstandigheden bij Sensire ‘De Slinge’ verbeterd?*

Op het belangrijke gebied van medewerkersoordeel zou Sensire ‘De Slinge’ de grootste verbetering tot stand moeten brengen: de uitgangspositie was immers ‘matig’. De conclusie is dat de sociotechnische ingrepen in aanzienlijke mate positief hebben uitgewerkt op het medewerkersoordeel. *Op alle zes energiebronnen wordt bij de experimentele groep significant hoger gescoord.* Bij de werkstressoren is de uitkomst divers: één significant betere en één significant slechtere score. De overige vier zijn niet aanzienlijk gewijzigd. De uitkomstmaten, resultantes van energiebronnen en werkstressoren, leveren op drie dimensies significante vooruitgang. Geen enkele significante verslechtering is geconstateerd.

Dit leidt tot de conclusie dat introductie van de sociotechnische organisatiebenadering een aanzienlijke verbetering van het medewerkersoordeel teweeg heeft gebracht.

**Tot slot**

Deze positieve bevindingen zullen in hoofdstuk negen in een verder perspectief worden geplaatst, zowel in het kader van dit onderzoek en eventuele tekortkomingen hierin, als in het perspectief van de ontwikkelingen binnen de organisaties van thuiszorg en de betekenis van dit onderzoek daarvoor. Daarnaast zal worden beschreven in hoeverre deze resultaten behulpzaam kunnen zijn bij de verdere theorievorming van de sociotechniek. Zoals gesteld in hoofdstuk zeven: hoewel evaluatie-onderzoek in eerste instantie is bedoeld om interventies te evalueren, kan in tweede instantie mogelijk ook een bijdrage geleverd worden aan de verdere ontwikkeling van de theorie.
Hoofdstuk 9  Reflectie, overpeinzingen en slot

In dit afsluitende hoofdstuk volgt na de slotconclusie een reflectie (§ 9.2) op het onderzoek door interpretatie van en discussie over de resultaten. Daarbij komen achtereenvolgens aan de orde: de interne en externe validiteit en de lessen die uit de gang van zaken bij Sensire ‘De Slinge’ getrokken kunnen worden. Vervolgens worden in § 9.3 een aantal aanbevelingen gedaan voor de inzet van het sociotechnisch organisatieperspectief in andere thuiszorgorganisaties. In § 9.4 zijn enkele suggesties voor vervolgonderzoek weergegeven. De implementatie van organisatieconcepten, die op het sociotechnisch perspectief zijn gebaseerd levert een bijdrage aan vermindering van het verwachte tekort aan zorgcapaciteit in de thuiszorg. Echter, gezien de omvang van het tekort, mag niet verwacht worden dat deze bijdrage voldoende is om de problemen op te lossen. Vandaar dat in § 9.5 enige overpeinzingen aan de orde komen ten aanzien van het behoud van toegankelijkheid van de extramurale ouderenzorg in de komende decennia. Het einde van dit laatste hoofdstuk bestaat uit het slotwoord (§ 9.6).

9.1 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de onderzoeksvraag, overeenkomstig de hypothese in § 1.4, ‘Leidt invoering van het sociotechnisch organisatieconcept, in het bijzonder het aspect van de ‘teambased’ organisatie, in een grotere thuiszorgorganisatie tot een verbetering van zowel de doelmatigheid van de zorguitvoering, de waardering van de zorg door de klanten als beoordeling van de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers?’ bevestigend beantwoord kan worden

Zoals uit de deelonderzoeken naar de drie prestatie-eisen blijkt, leidt de invoering van het sociotechnisch organisatieperspectief tot significante verbetering van de doelmatigheid, de klantenwaardering en de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers.

De experimentele groep, werkend volgens de sociotechnische aanpak, in het bijzonder zelfsturende teams, realiseerde een grotere doelmatigheid dan de controlegroep die nog op de traditionele wijze was georganiseerd. De experimentele groep boekte een hogere productie en een betere productiviteit. Dat laatste is met name te danken aan de afname van ziekte- en indirecte uren.

Onderdeel van de uitkomsten is de positievere beoordeling door klanten van de organisatie van de zorg. Er is volgens hen een significante verbetering op het gebied van bejegening, deskundigheid, autonomie en continuïteit. Ook hun totaaloordeel over de organisatie van zorg is significant beter.

Voor het behoud van schaarse medewerkers is met name van belang dat binnen de experimentele groep onder andere de betrokkenheid bij medewerkers aanmerkelijk is toegenomen en dat hun verloopintentie is afgenomen. Ten opzichte van de controlegroep, hebben de teamleden van de experimentele groep significant meer controle over hun werkzaamheden, zijn zij positiever over de coaching door de leidinggevende en over de feedback die zij ontvangen, hebben zij minder last van emotioneel belastende klantsituaties en ontvangen zij meer sociale steun van collega’s.

Het onderzoek heeft eveneens aangetoond dat de sociotechnische theorie zonder ‘vertalingsproblemen’ toepasbaar kan zijn in thuiszorgorganisaties met zorgmedewerkers met een ‘solistisch’ klantcontact. In het bijzonder heeft de theorie een praktisch bruikbare

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
rode draad geboden, en daarbij ook de consistentie bij de keuzen op verschillende beleidsterreinen en verschillende niveaus van de organisatievormgeving.

9.2 Reflectie

9.2.1 Interne en externe validiteit

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een - voor de zorgsector - turbulente tijd met veel publiciteit over, al of niet vermeende, tekortkomingen en negatieve ontwikkelingen. De toenemende druk op de sector en daarmee op iedere (thuis-) organisatie heeft als voordeel dat in het algemeen de noodzaak tot veranderen wordt erkend waardoor hiervoor een breed draagvlak ontstaat. Dit plaatst de opgetreden verbeteringen uiteraard in het perspectief van de tijd. Bij de controlemetingen zijn de verbeteringen op de prestatiegebieden veelal aanzienlijk minder groot dan bij de experimentele groep. Ten aanzien van de interne validiteit kunnen de volgende kanttekeningen worden gemaakt. Er is een aantal redenen waarom de resultaten van dit onderzoek met enige voorzichtigheid moeten worden beschouwd. Welke werking heeft de extra aandacht van de bedrijfsleiding van Sensire ‘De Slinge’ in de meetperiode op haar medewerkers gehad? Kan er sprake zijn van het bekende ‘Hawthorne effect’ (Mayo, 1933)? Veel aandacht van het management voor de processen in het primaire proces, ontluikend enthousiasme en stijgende prestaties in 2002 en begin 2003, kunnen dit doen vermoeden. Medio 2003, kort nadat de veranderingen waren ingevoerd en er nog steeds veel managementaandacht was, daalden echter de prestaties en stieeg het ziekteverzuim. In een latere fase van het veranderingsproces namen de resultaten weer toe terwijl tegelijkertijd de aandacht van het hoger management voor de processen op de werkvloer van het betreffende organisatieonderdeel relatief afnam. De directeur werkmaatschappij en zijn beide rayonmanagers hebben een scope of support van ongeveer 1.500 medewerkers. Kwantekening die bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten gemaakt moet worden, is dat de samenwerking tussen mensen natuurlijk ook afhangt van de kwaliteiten van medewerkers en management. Zo kan het zijn dat in de onderzoeksobjecten bij toeval zeer veranderingsgerichte medewerkers met hoge samenwerkingscompetenties dan wel erg behoudende medewerkers met lage samenwerkingscompetenties bij elkaar zijn gekomen in respectievelijk de experimentele en controlegroep. Dezelfde redenering kan worden aangevoerd voor de kwaliteit van het betrokken management. Vanuit dit perspectief is het de vraag in hoeverre de geboekte resultaten in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep veroorzaakt zijn door de kwaliteit van het management en niet door de interventie op basis van het sociotechnisch perspectief. Het is echter een feit dat de grote verschillen tussen de controlegroep en de experimentele groep zijn ontstaan nadat de organisatie-ingrepen zijn verricht (zie § 8.2: tabel 8.1, 8.3, 8.7, 8.8 en 8.9). Bijvoorbeeld, in meting twee was het verschil in de experimentele groep en de controlegroep een verschil in Ziekte- & Indirecte uren van 0,8 procent. Dit verschil is in meting vier opgelopen tot 4 procent ten gunste van de experimentele groep. Dit heeft plaatsgevonden binnen dezelfde werkmaatschappij waarbij het zelfde management functioneerde gedurende het onderzoek. Specifieke invloeden van het management op onderdelen van de organisatie zijn niet bekend. Ook de grote mate van overeenkomst tussen de bevindingen uit het evaluatieonderzoek en die uit de andere uitgevoerde onderzoeken, de WEBA analyse en knelpuntenanalyse, indiceert dat er sprake is van consistentie in de resultaten, hetgeen eveneens indicatief is voor validiteit van de uitkomsten. En hoewel het enthousiasme tijdens het veranderingsproces uiteraard voor een impuls heeft gezorgd, tonen het getemperde enthousiasme vlak na de teamvorming in 2003 en de verbeterde prestaties in 2004 - die zich ook voortzetten in 2005 - aan dat ook de gewijzigde organisatiestructuur zelf een belangrijke factor is.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
De vraag kan gesteld worden of de effecten die zijn bereikt van voorbijgaande aard zijn omdat zij met name te danken zijn aan het enthousiasme van een relatief klein groepje veranderingsgezinde managers of dat nog verdere verbeteringen verwacht mogen worden. Onderzoek (Konings e.a., 2002) bij tien willekeurige organisaties in industrie en dienstverlening heeft uitgewezen dat het werken met zelfsturende teams een duurzame vorm van organiseren is. Van de tien organisaties is bij negen na vijftien jaar nog steeds sprake van een stroomsgewijze manier van organiseren met zelfsturende eenheden. De zelfsturende teams hebben positieve resultaten met betrekking tot kwaliteit van de organisatie, kwaliteit van de arbeid en kwaliteit van de arbeidsverhoudingen tot gevolg gehad en deze ook behouden. Het valt hierbij op dat er na al die jaren een soort onomkeerbaarheid optreedt inzake de mate van zelfsturing. Terugdraaien naar een functionele wijze van organiseren is bij deze organisaties onbespreekbaar. Ook het onderzoek van Van Kollenburg (2002) toont aan dat werken met zelfsturende teams een duurzame organisatiesvorm is. Dit is aangetoond in een casestudy waarin gedurende tien jaar de resultaten gevolgd zijn. De Jong (2003) concludeert aan de hand van een onderzoek bij vier financiële dienstverlenende organisaties dat teamwork met name zeer positief soort ten aanzien van klantenwaardering, terwijl de productiviteitsverbetering niet significant wijzigt. Hij veronderstelt hierbij dat medewerkers in hun enthousiasme de efficiency uit het oog hebben verloren, door de verhoogde betrokkenheid bij hun klanten.

De uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek, de knelpuntenanalyse, tonen aan dat met de verdergaande teamontwikkeling en het toevoegen van instrumentarium aan teams, nog verdere verbeteringen verwacht mogen worden. Er zijn geen indicaties die erop wijzen dat het prestatieniveau van de zelfsturende teams op de verschillende resultaatgebieden afneemt of binnen afzienbare termijn zal afnemen. Verwacht mag worden dat de inmiddels geboekte resultaten een duurzaam karakter hebben.

Voor doelmatigheid en medewerkerstevredenheid zijn de resultaten vergeleken met controlegroepen. Voor klanttevredenheid was dit niet mogelijk door allerlei genoemde praktische redenen (overlast, privacy). Het is dan de vraag in hoeverre het ontbreken van een controlegroep met betrekking tot de klantenwaardering de interne validiteit ernstig aantast. Poerstamper en Kerkstra (2002) stellen echter dat ‘Instellingen met een hoge efficiëntiescore relatief vaak ook goed blijken te scoren in de cliëntenraadpleging en de medewerkersraadpleging’. Dijkstra en Schreurs (2002) hebben een samenhang gevonden tussen medewerkersoordeel en klantenwaardering (‘een redelijk sterk verband tussen het oordeel van de medewerkers over de werkomstandigheden en het oordeel van klanten over de kwaliteit van zorg’). Tussen de energiebronnen en de klantenoordelen bestaan significante samenhangen tussen bijna elk van de onderzochte verbanden. ‘Geconcludeerd kan worden dat positieve oordelen van medewerkers over de energiebronnen samengaan met positieve oordelen van de cliënten over de zorg’ (Dijkstra & Schreurs, 2002). Ook in dit onderzoek blijken de verbeteringen in doelmatigheid en medewerkersoordel parallel te gaan met verbeteringen in de klantenwaardering in de experimentele groep. Op grond van deze bevindingen zou de vooronderstelling gerechtvaardigd lijken dat dit dan zal ook kunnen gelden voor de klantenwaardering bij de controlegroep, waar de verbeteringen in medewerkersoordel minder zijn aangetoond.

Over de externe validiteit, de mate waarin de resultaten generaliseerbaar zijn, zijn beperkte uitspraken te doen. Iedere organisatie heeft specifieke eigenschappen, managementstijlen, een eigen cultuur, et cetera waarmee rekening gehouden dient te worden bij herinrichting van de organisatie. Zoals in dit hoofdstuk wordt aangegeven, zijn uit dit onderzoek zeker lessen te trekken voor andere organisaties die voornemens zijn om interne veranderingen door te voeren ten aanzien van teambased organiseren. Andere organisaties kunnen het organisatieconcept echter niet klakkeloos kopiëren. Het ontwerp en de ontwikkeling van organisaties, met hun eigen context, vragen immers dialoog en denkwerk om de juiste keuzen te maken en succes te hebben. Het feit dat in dit onderzoek is gebleken dat de

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
doorgevoerde veranderingen de beoogde effecten hebben teweeggebracht, is een aspect dat meegenomen kan worden bij de overwegingen of en welke organisatieverandering het beste ingezet kan worden om aan de gestelde eisen te voldoen. In dat opzicht zijn alle thuiszorgorganisaties aan min of meer dezelfde externe invloeden onderhevig en dienen alle aan toenemende prestatie-eisen te voldoen. Los van veranderkundige en culturele aspecten lijken er geen redenen te zijn om te veronderstellen dat de zorgprocessen bij andere thuiszorgorganisaties zo fundamenteel verschillend zijn van de Sensirecontext, dat er ernstige twijfels zouden zijn bij een brede toepassing van het teambased werken concept. In § 9.3 worden specifieke aanbevelingen gedaan voor thuiszorgorganisaties, die vanuit het sociotechnisch perspectief willen gaan werken.

In zijn algemeenheid kan dit onderzoek bij slechts één organisatie gezien worden als een onderdeel van een reeks van casestudies. Casestudies waarin de relatie tussen vergroting van de omgevingsdynamiek en organisatievormgeving centraal staat. Vanuit dit perspectief levert dit onderzoek een relatieve generalistische bijdrage aan verdere theorievorming.

Door Kapteyn (1998), wordt een teamverband tussen professionals die dominant solistisch werken, gezien als niet realistisch. Hij koppelt dit aan de zorgsector, maar dezelfde stellingname kan betrokken worden op diverse andere sectoren, zoals docenten, advocaten en dergelijke, waarbij vanuit de professional bezien sprake is van solistisch werk. In deze studie is aangetoond dat een teamverband in tegenstelling tot Kapteyns stellingname wel degelijk tot meerwaarde leidt op het terrein van klant, organisatie en medewerker. Om deze meerwaarde te creëren is het van belang om naar de totale procesketen die nodig is om de klant, patiënt, leerling, burger, et cetera, te bedienen. De totale procesketen en de wijze waarop het werk over medewerkers is verdeeld, is bepalend voor de noodzaak tot meer of minder intensiteit van de onderlinge samenwerking. Niet het same perspectief vanuit de solistische professional is doorslaggevend, maar het gehele primaire proces en de organisatie daarvan zou leidend moeten zijn. Daarop is immers het bestaansrecht van de organisatie gebaseerd. Dat zulks veranderkundig gezien niet eenvoudig is, is een open deur.

In deze studie is met name de planning van het team als gezamenlijk vraagstuk een belangrijke binding gebleken. Een effectieve werkwijze en afspraken ten aanzien van de planning vormen een essentiële startconditie. Vanuit de gezamenlijke planning kunnen de teamleden op individuele basis hun werk doen en volgens afspraken kunnen ze reageren op afwijkingen van de planning, bijvoorbeeld onderlinge vervanging bij ziekte en opvangen van een nieuwe klant. De afstemming betreffende klanten vraagt communicatiemiddelen die dit vraagstuk qua efficiency ondersteunen. Moderne ICT-middelen zijn voor de onderlinge samenwerking van de teamleden derhalve onontbeerlijk. Hiermee wordt in deze studie noodzaak van een integrale benadering van organisatievraagstukken bevestigd.

Niet alleen in de thuiszorgsector is de worsteling met het dilemma grootschaligheid (zorgketens, innovatievermogen, marktpositie, et cetera) en kleinschaligheid (menselijke maat, korte lijnen, klantenbinding, et cetera) actueel. In dit verband biedt dit onderzoek prikkels om in sectoren met soortgelijke problemen en omstandigheden, te komen tot succesvolle oplossingsrichtingen.

### 9.2.2 Organisatie en verandering

Toepassing van sociotechnische principes, in het bijzonder de teambased organisatie, heeft bij Sensire ‘De Slinge’ geleid tot de gewenste verbetering van de prestaties. Zoals blijkt uit meting twee zijn de eerste positieve uitkomsten gerealiseerd na de herstructurering van de organisatie in min of meer autonome werkmaatschappijen met, op ICT en callcenter na, eigen ondersteunende diensten. Door deze beweging werd de ondersteuning dichter bij het primaire proces gebracht en ontstond een overzichtelijker organisatie met kleinere, compleet toegeruste werkenheden. Hierdoor werden de communicatielijnen korter en was er minder
anoniemiteit. Deze beweging vanuit een sociotechnisch perspectief was nieuw en werd over de volle breedte in de gehele organisatie ingezet. De kanteling naar een teambased concept van werken werd gefaseerd ingevoerd en gestart bij Sensire ‘De Slinge’. Veel aandacht werd besteed aan het veranderingsproces naar de nieuwe werkwijze. Hoewel sprake was van een integrale verandering met veel onzekerheden, creëerde de participatieve veranderstijl direct meer betrokkenheid. Met groot enthousiasme werd deelgenomen aan visieconferenties, rondetafelconferenties en teamdagen, werden opleidingen gevolgd en geparticipeerd in werkgroepen, et cetera.

Het einddoel stond vast, maar op de weg ernaartoe hadden de medewerkers veel invloed. Er was veel aandacht voor de ideeën en bedenkingen van de medewerkers en er heerste een positieve energie om deze klus met elkaar te klaren. De vorming van werkmaatschappijen en het formeren van de teams leverde meteen al resultaten op, waardoor de doelmatigheid, het klantenoordeel en de kwaliteit van het werk verbeterden (meting 2). Toen er daadwerkelijk in de teams gewerkt ging worden, begon het veranderingsproces voor de klanten en zorgmedewerkers pas echt merkbaar te worden. Er was sprake van onrust onder medewerkers. Door de indeling in teams kregen medewerkers nieuwe collega’s en ook andere klanten dan zij gewend waren. Doordat de productie van zorguren onverwacht sterk toenam en de instroom van nieuwe medewerkers daarbij achterblijf, was ontstond grote werkdruk op medewerkers. Nadat de personeelsformatie werd uitgebreid en medewerkers gewend waren aan de nieuwe situatie, stegen de prestaties weer, en tot een beter niveau dan ooit tevoren. De interactie tussen medewerkers en klant, maar ook tussen medewerkers onderling was aanverandering onderhevig. Het vergde tijd om vaardig te worden in het plannen en de teamleden moesten nog op elkaar ingespeeld raken. Elkaars kwaliteiten benutten, elkaar feedback geven, daadwerkelijk taken overpakken van een functie met een lagere status, het was niet allemaal vanzelfsprekend en het veranderingsproces had tijd nodig. Het zijn verschijnselen die horen bij beginnende teams. Iedereen moest zijn plek vinden in de nieuwe organisatie. De terugval van het enthousiasme en de aanvankelijke teleurstellingen werden ook zichtbaar in een toename van het ziekteverzuim in juli 2003 (zie bijlage D, Groenlo / Neede).

Vervolgens waren de teams bezig om de planning onder de knie te krijgen, om op elkaar ingespeeld te raken, om te leren wat de kaders zijn van het team en te ontdekken hoe invulling kon worden gegeven aan de speelruimte die het werken in een team biedt. In juli 2004 is het ’stof neergedwarreld’ en de situatie gestabiliseerd. Uit meting vier blijkt dat de ingezette koers zijn vruchten begint af te werpen. Meting vijf die eind 2004 is uitgevoerd, bijna 2 jaar na het invoeren van de nieuwe teamstructuur, bevestigt de ingezette lijn. Bij de experimentele groep worden de goede resultaten uit meting vier doorgetrokken. Ook ten opzichte van de controlegroep is sprake van enkele significante positieve verschillen ten gunste van de groep die werkt volgens het teambased concept.


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
9.3 **Lessen**

Terugkijkend naar het proces van veranderen kunnen de volgende aandachtspunten benoemd worden. Deze kunnen gezien worden als belangrijke lessen waar andere organisaties, en in het bijzonder andere thuiszorgorganisaties, hun voordeel mee kunnen doen.

- **Duidelijke strategische verandernoodzaak en managementcommitment**
  Als er geen harde noodzaak is om aan te passen aan veranderende omgevingseisen, dan zal meer energie gestoken moeten worden in het inspireren van medewerkers en het wegnemen van weerstanden. Belangrijk is te voorkomen dat de indruk ontstaat dat zelfsturing de zoveelste modegril is of een bezuinigingstruc. Het vergroten van de zelfstandigheid van medewerkers kan overigens ook niet los worden gezien van de gewenste productiviteit- en kwaliteitscijfers. Eén van de eigenschappen van het teamconcept is juist dat rekenschap afgelegd moet worden over de prestaties. De verandering op zich brengt voor de medewerkers de nodige onzekerheid mee. Het vergt daarom absolute geloofwaardigheid over de noodzaak en een gezamenlijke, heldere visie. Het topmanagement dient de boodschap uit te dragen en daarbij zichtbaar achter het tweede en derde echelon te staan bij de communicatie van veranderingen.

- **Zelfsturing is niet alleen een structuur maar ook een cultuurverandering van de gehele organisatie**

  In de loop van de tijd zal er een sterkere focus op verbetertrajecten komen te liggen. Er moet rekening mee gehouden worden dat een - aanzienlijk - deel van de middenmanagers niet - tijdig - de vereiste nieuwe competenties verwerft.

- **Blijvende aandacht voor teamontwikkeling en ontwikkeling leidinggevenden; belasting medewerkers**
  De vorming van zelfsturende teams is een ontwikkeltraject. Mensen die jarenlang onder traditioneel toezicht hebben gewerkt gaan niet vanzelf brede taken vervullen en op een zelfstandige wijze samenwerken. Onjuiste verwachtingen en slechts tijdelijke managementaandacht veroorzaken teleurstellingen, conflicten en prestatiedalingen. De organisatieontwikkeling vergt tijd en energie. Dit vraagt een langetermijninvestering in geld, tijd en energie. Dit blijkt ook uit diverse onderzoeken (Konings e.a., 2002; Van Kollenburg (2002). Blijvende aandacht is derhalve nodig om dit ontwikkelingsproces te faciliteren en om terugval te voorkomen.

In dat soort omstandigheden zou extra capaciteit tijdelijk moeten worden toegevoegd, of zou meer tijd genomen moeten worden om de veranderingen en bijstellingen over een langere periode uit te smeren. Die extra capaciteit is ook noodzakelijk om adequaat in te kunnen spelen op onverwachte en ingrijpende wijzigingen in en vanuit de organisatie-omgeving.

- **Instrumentarium tijdig op orde**

De veranderingen zijn bij Sensire ‘De Slinge’ ingezet zonder dat ondersteunende systemen of ‘gereedschap’, voldoende voorbereid waren op de nieuwe wijze van organiseren. Hierbij moet gedacht worden aan:

  - **Planningssystematiek**
    Met name het ontbreken van een goed planningsinstrument voor de teams heeft veel onnodige irritatie bij de teams veroorzaakt en vertraging opgeleverd in de teamontwikkeling. Mede daardoor is gedurende enige tijd minder progressie gemaakt in de productiviteitsontwikkeling dan mogelijk was geweest.
  
  - **Selectiebeleid**
    Verdere ontwikkeling kan bijvoorbeeld gezocht worden in het aanpassen van het selectiebeleid bij Sensire. Niet langer zullen met name vakinhoudelijke kwalificaties de boventoon voeren, maar zal het accent verschuiven naar het werven van medewerkers met goede samenwerkingsvaardigheden. Gekwalificeerde krachten met een solistische natuur zullen het in een teambased organisatie, ondanks hun kwaliteiten, moeilijk krijgen. Deze ontwikkeling is nu al bij Sensire zichtbaar. Door het aanvankelijk ontbreken van het criterium ‘teammobiliteiten’ in het selectiebeleid, zijn missers gemaakt bij de selectie van nieuwe medewerkers.
  
  - **Beloningssystematiek en opleidingsbeleid**
  
  - **Feedbacksystemen**
    Teams hebben pas anderhalf jaar na hun start de beschikking gekregen over informatiesystemen die inzicht verschaffen in de prestaties van het team. Het teamontwikkelingsproces kan vlotter verlopen wanneer deze informatie vanaf de start voor het team beschikbaar is.
  
  - **Centrale systemen**
    Tegelijk met de invoering van de fijnstructuur binnen Sensire ‘De Slinge’ is bij Sensire een omvangrijk herstructureringsprogramma gestart van centrale, administratieve en informatiesystemen. De koppeling van deze ontwikkeling met de sociotechnische verandering was onvoldoende. Dit heeft tot vertraging in beide programma’s geleid. Behalve het planningsysteem, dient het informatie- en personeelssysteem te worden aangepast aan de teamstructuur. De voorgenomen oprichting van een ‘shared services center’ dat met andere, gelieerde zorgorganisaties het behalen van schaalvoordeel beoogt, moet worden afgestemd op de teambased aanpak van
Sensire. Met deze ontwikkeling zullen nieuwe afhankelijkheden voor de zelfsturende teams ontstaan. Naast de doelmatigheid van een shared services center, dienen ook de effecten op de teams in de overwegingen te worden betrokken, zodat besluitvorming op een integraal oordeel is gebaseerd.

Met deze les over het instrumentarium wordt niet gepleit dat eerst alles volledig op orde moet zijn voordat de implementatie kan starten. Kern van de les is dat bijstellingen van het instrumentarium ook moeten plaatsvinden, en dat daarmee een deel van de implementatiefase niet geheel voorzien is van alle gemakken. Belangrijk is dat de gewekte verwachtingen in dit kader reëel zijn en dat een aantal kerninstrumenten tijdig beschikbaar zijn.

- **Te veel succes**
  Kort na de introductie van het teambased werken was er sprake van een zeer positieve sfeer in de teams. Deze speerpuntteams hebben in die periode een volstrekt onverwachte en ongekend grote productiegroei gerealiseerd. Dat heeft nog extra druk op de inzet medewerkers gelegd. De teams hadden in die fase onder het eigen succes kunnen bezwijken. Het management stond voor de keuze tussen het maximeren van de instroom van nieuwe klanten, met onvermijdelijke wachtlijsten tot gevolg of het accepteren van sterke groei met het risico van overbelasting. Voor het laatste is gekozen.


De eerste resultaten bij de andere werkmaatschappijen komen overeen met de eerste resultaten zoals die bij Sensire ‘De Slinge’ zijn gerealiseerd. Er mag worden verondersteld dat ook hier het enthousiasme voor een impuls zorgt, maar dat de resultaten zich verder zullen verbeteren door de gekozen organisatiestructuur en -filosofie. Overigens wordt een ‘omstellingsfase’, zoals deze zich in Sensire ‘De Slinge’ voordeed, ingealculeerd.

Behalve van Sensire ‘De Slinge’ kan ook geleerd worden van andere organisaties die organiseren of georganiseerd hebben volgens sociotechnische principes. Dit kunnen andere (thuis)zorgorganisaties zijn, maar ook organisaties in andere sectoren. De invoering van zelfsturende teams in enkele andere thuiszorgorganisaties heeft niet positief uitgepakt. Deze organisaties zijn vooral nog weinig bereid gebrekken hun ervaringen te delen. Nader onderzoek is wenselijk om te achterhalen welke faalfactoren hierbij een rol hebben gespeeld. Het vermoeien achter deze negatieve ervaring is, dat veranderkundig gezien het proces van organiseren in de extramurale zorg nog groter zijn dan in de intramurale zorg.

Het verdient aanbeveling om de sociotechnische manier van organiseren integraal in te voeren. Daarom wordt verkend hoe verdere integratie in het concerndeel van Sensire zich kan voltrekken. De resultaten bij Sensire ‘De Slinge’ creëren hiervoor een breed draagvlak. Dit betekent dat niet alleen de extramurale zorg bij Sensire, maar ook de intramurale afdelingen bij Sensire volgens sociotechnische principes georganiseerd gaan worden. Het proces van verlenen van zorg in verzorgings- en verpleeghuizen is minder solistisch van aard dan in de extramurale zorg. Wellicht dat de kansen voor een succesvolle implementatie van sociotechnische organisatieprincipes in de intramurale zorg nog groter zijn dan voor de extramurale zorg.
Alle thuiszorgorganisaties worden geconfronteerd met een omgeving die hogere eisen aan hen stelt. Het toepassen van de bij Sensire geleerde lessen bij andere organisaties kan uiteraard niet zonder meer. Het veranderingsproces van Sensire kan niet zomaar gekopieerd kan worden, de kennis kan wel door andere organisaties worden benut bij hun eigen specifieke organisatievernieuwing.

9.4 Suggesties voor vervolgonderzoek

De opgedane inzichten zijn aanleiding voor drie suggesties voor verder vervolgonderzoek.

1. Generaliseerbaarheid en gebruik data Benchmarks Thuiszorg

Met de Benchmarkonderzoeken in de thuiszorg zijn bijzonder veel gegevens verzameld met betrekking tot de bedrijfsvoering van een kleine honderd thuiszorginstellingen, en van tienduizenden klanten en medewerkers. In dit onderzoek bleek het mogelijk, weliswaar in de praktijk met de nodige moeite, veel data uit de Benchmark Thuiszorg te gebruiken om vast te stellen wat de kwaliteit is van de organisatie ten aanzien van drie belangrijkste parameters:

- Doelmatigheid;
- Klantenwaardering;
- Kwaliteit van de arbeid en arbeidsverhoudingen.

Geanalyseerd kan worden welke thuiszorgorganisaties werken vanuit een sociotechnisch perspectief en in welke mate er sprake is van teamgericht werken dan wel welke andere organisatieprincipes zijn ingevoerd. Met die gegevens zou retrospectief vastgesteld kunnen worden wat de effecten zijn van dit perspectief en deze teams ten opzichte van thuiszorgorganisaties die een andere of traditionele wijze van organiseren toepassen. Veel thuiszorgorganisaties, klanten en medewerkers kunnen dan onderwerp van onderzoek zijn. De uittommen van een dergelijk kwantitatief onderzoek kunnen generaliseerbaar zijn. Een dergelijk onderzoek biedt ook mogelijkheden om de effecten van een aantal variabelen nader te bestuderen. Is er bijvoorbeeld een verband tussen schaalformaat, organisatievorm en resultaten? Zijn er verschillen in performance die niet vanuit de sociotechniek kunnen worden verklaard?

2. Solistische beroepen in - grotere - organisaties

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat zorgmedewerkers met een solistische functie wel degelijk meerwaarde ontlenen aan het werken in een team. Met de toegenomen communicatiemogelijkheden, mobiele telefoonie met spraak, sms, voicemail, internet, intranet, telezorg, digitale dossiers en handcomputers voor onderweg, is het beeld van teams wellicht aan herijking toe. Teams kunnen bijna virtueel zijn: er is een min of meer vaste groep medewerkers die samen klussen klaart, samen werkt en taken verdeelt maar elkaar minder frequent ziet. Het vaste verband van overwegend solistisch werkzame teamleden verschilt daarin van het verschijnsel van netwerkorganisaties waarbij de samenwerkingsverbanden minder constant van samenstelling zijn en afkomstig uit verschillende organisaties.

Het sociotechnisch perspectief zou kunnen worden uitgediept door theorievorming met betrekking tot verschillende soorten teams waarbij teamleden met overwegend solistisch werk op een andere wijze binding ondervinden met hun collega-teamleden

3. Plaats van ICT-systemen bij teambased werken

Ook medewerkers in meer routinematige dienstverlenende omgevingen kunnen met behulp van ICT (meer dan voorheen) zaken in hun eigen werk regelen en zelfstandig beslissingen nemen ten aanzien van het werk (Schoemaker, 2003). De hiervoor genoemde, ongekende

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
mogelijkheden tot informatie-uitwisseling (scheiding van plaats en tijd) hebben grote invloed op de mogelijkheden die teamleden hebben voor overleg en afstemming. Toepassing van moderne ICT maakt adequate rapportage door het team mogelijk en vergroot de leermogelijkheden van het team. Daardoor kunnen leidinggevenden sneller en meer regelcapaciteit overhevelen naar teams omdat er minder angst hoeft te zijn voor ‘loslaten’. ICT heeft daarmee een grote invloed op het werk van individuele medewerkers, op het werken in teams en op het middenkader.

ICT-systemen kunnen daarmee de ontwikkeling van teambased werken ondersteunen dan wel hinderen. Nadere aandacht naar de rol en mogelijkheden van ICT bij teambased concepten van werken is dan ook wenselijk.

9.5 Enige overpeinzingen inzake behoud toegankelijkheid van zorg

De primaire aanleiding van dit onderzoek was de dwingende noodzaak om de thuiszorg toegankelijker te maken en de toegankelijkheid te behouden ondanks de sterk groeiende vraag en de verwachte personele en financiële problemen. De eerste taak ligt bij de organisaties zelf om aan deze eisen te voldoen en de interne processen hiertoe optimaal in te richten. Sensire heeft daarin resultaten geboekt, deels met behulp van sociotechnische teambased concepten. Echter, blijvende toegankelijkheid van thuiszorg kan niet alleen met de succesvolle toepassing van sociotechniek worden gerealiseerd. Dat relativeert dit onderzoek; een aantal andere overwegingen zullen in deze paragraaf kort worden benoemd.

Alleen meer en beter is niet goed genoeg; het moet wezenlijk anders.

Velen zijn van mening dat de recente kostenstijging van de extramurale ouderenzorg, mede met het oog op de komende vergrijzing, moet worden afgeremd. Voor vormen van persoonlijke dienstverlening waarbij de hoeveelheid ingezette arbeid voor een belangrijk deel de kwaliteit van de dienstverlening bepaalt, zoals in de thuiszorg, zijn de mogelijkheden voor een toename van de arbeidsproductiviteit meestal gering (Schut, 2003). En omdat de lonen in deze sectoren in het algemeen de gemiddelde loonontwikkeling volgen, worden deze vormen van dienstverlening relatief steeds duurder. Schut concludeert vervolgens dat ‘Wanneer men de kwaliteit en kwantiteit van deze vormen van dienstverlening op peil wil houden, zal de samenleving dus een steeds groter deel van haar inkomens moeten besteden’. Dit relativeert de betekenis van het sociotechnisch perspectief. De efficiencywinst die bij de huidige wijze van inzet van verzorgenden en verpleegkundigen en organisatie van zorg nog is te behalen, is per definitie beperkt. In de thuiszorg wordt de zorgverlening in vergelijking met aangrenzende sectoren, Verpleging en Verzorging door intramurale instellingen, Geestelijke Gezondheid Zorg en GehandicaptenZorg, tegen gemiddeld – aanzienlijk - lagere tarieven gerealiseerd (Wilders en Voetelink, 2004). Voor de thuiszorg geldt dat deze tarieven inclusief reistijd en reiskosten zijn. Blijkbaar is de productiviteit relatief hoog en de overhead naar verhouding laag. Tabel 9.1 geeft weer hoe de uurtarieven van verschillende functies in de verschillende zorgsectoren zich tot elkaar verhouden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 9.1 Vergelijking uurtarieven Thuiszorg en aangrenzende sectoren (Wilders en Voetelink, 2004)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>In € / uur</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Huishoudelijke hulp</td>
</tr>
<tr>
<td>Verzorging</td>
</tr>
<tr>
<td>Verpleging</td>
</tr>
<tr>
<td>Onderst. begeleiding</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktiviteiten begeleiding</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’

**Naar een toekomstbestendige ouderenzorg**

Onzekerheid of verminderd welzijn bij ouderen leidt tot meer zorgvraag. Ouderen met een externe beheersingsoriëntatie, dit zijn ouderen die van zichzelf vinden dat ze geen controle hebben over hun eigen leven, blijken vaker gebruik te maken van thuiszorg dan anderen (De Klerk, 2004). Het verminderen van onzekerheid kan daarmee de eerste stap naar vergroting van het zelfzorgend vermogen zijn; en daarmee naar reductie van de individuele zorgvraag. Voor het behoud van toegankelijkheid van de extramurale ouderenzorg, zou het kansrijker kunnen zijn om het ‘probleem’ van de vergrijzing en stijgende kosten van de ouderenzorg bij de bron aan te pakken. Daarbij kan optimaal gebruik gemaakt worden van de vele technologische mogelijkheden (en inmiddels in andere sectoren beproefde technieken) die beschikbaar zijn en wachten om ‘aan elkaar geknoopt’ te worden. De zorgverlener is dan voortaan in eerste instantie gericht op het creëren en verbeteren van de omstandigheden voor zelfzorg van de zorgbehoefte en zijn of haar directe sociale omgeving. Met behulp van het op afstand monitoren kunnen zich verkeerd ontwikkelende waarden vroegtijdig worden gesignaleerd.

Door deze ‘early warning systems’ en door middel van vroegtijdige bijstellingen kan onnodige gezondheidsschade worden voorkomen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het op afstand begeleiden van thuiswonende diabetesspatiënten door een diabetesverpleegkundige met behulp van het frequent monitoren van zelfgemeten bloedsuikerwaarden en gewicht. Deze techniek is beschikbaar en maakt direct reageren en interactie tussen diabetesspatiënt thuis en een verpleegkundige elders mogelijk. Recent onderzoek van Goudswaard (2004), overigens zonder inzet van monitoring op afstand, heeft de grote meerwaarde van begeleiding door een diabetesverpleegkundige aangetoond. Het resultaat is aanzienlijke welzijns- en gezondheidswinst voor de klant en een flinke kostenreductie van zorg voor de betalende partij.

**Efficiency én effectiviteit**

Het primaire beoordelingscriterium waarop inspanningen van zorgverlening getoetst zouden dienen te worden is effectiviteit in plaats van efficiency. De oplossing voor het overbruggen van de aanstaande kloof tussen vraag naar en capaciteit van zorg kan voor een belangrijk deel liggen in het op een geheel andere benaderingswijze van (de behoefte aan) zorg. Een mogelijkheid daartoe is de gecombineerde aanpak van techniek en persoonlijke aandacht: ‘High Tech’ en ‘High Touch’ (Almekinders, 2004). Deze benadering dient, zoals hiervoor omschreven, allereerst te zijn gericht op het verminderen van de behoefte aan zorg door de preventie en onzekerheidreductie bij ouderen. Het zekerheidsgevoel kan daarbij bijvoorbeeld bevorderd worden door onmiddellijke respons op een vraag of hulpverzoek. Door middel van ‘telezorg’ kan de zelfzorgcapaciteit belangrijk worden vergroot, met als gevolg een vermindering van het gemiddelde beslag op professionele hulp per klant. Tenslotte kan door middel van substantiële inzet van ICT door verschillende medewerkers beter op de individuele klantenwensen worden ingespeeld. Toepassing van ICT is een mogelijkheid om verschillende medewerkers actuele kennis over klanten te laten delen zodat zij congruent naar dezelfde klant kunnen reageren. De beschikbaarheid van actuele klantgegevens en het
vermogen die (digitaal) met anderen te delen, schept kansen om de doelmatigheid van de zorg te vergroten.

**Techniek en kleine teams verbeteren zorg; zelfzorg en ICT houden zorg toegankelijk**

Voor de bevordering van zelfredzaamheid van en onzekerheidsreductie bij klanten zijn afdoende mogelijkheden voor deskundig advies en tijdige professionele hulp noodzakelijk. De inzet van techniek kan hier meer en nieuwe mogelijkheden bieden. Als er écht acuze zorg nodig is, moet die snel, deskundig en in voldoende mate verleend worden. Proeven met beeld en geluidsverbinding tussen klanten en verpleegkundigen via het televisietoestel van de klant, duiden op toenemende zelfredzaamheid, een vergroot veiligheidsgevoel van de zorgvrager, stijging van de effectiviteit van de zorgverlener en afname van de zorgconsumptie.

Dergelijke verbindingen kunnen natuurlijk ook met vrienden en familieleden van de klant en de klant gelegd worden zodat welzijn en zelfvertrouwen verder kunnen worden gestimuleerd en vereenzaming en externe beheersing oriëntatie wordt verminderd.

‘Tele-homecare health will be part of the standard plan of care for identified patients, and about half the visits will be made by remote video. Incorporating this technology into the home health care patient’s plan of care as a substitute model should further support potential cost-effectiveness. The potential exists to decrease costs of home health care.’ (Johnston e.a., 2000)

‘Tele-homecare, bijvoorbeeld in de vorm van monitoring en elektronische spreekuren voor gebruikers van thuiszorg, kan de zelfredzaamheid van deze patiënten ten goede komen’ (De Vries en De Gouw, 1999).

‘Telemedicine is simply a steppingstone to a more sophisticated home health-care future’, It is a steppingstone that McRae says adds an element of reality to her job as home-health nurse by allowing her to promptly see what’s troubling the patient. She says that systems like the one used by Geyer ‘give patients confidence and reassurance that we can do more than just talk to them by phone’. (Lewis, 2001).

Zorg is niet alleen iets voor zorgverleners; in Nederland wordt ongeveer 80 procent van de zorg thuis geleverd door ‘informele zorg’: mantelzorgers, vrijwilligers en buren. Met een relatief teruglopende beschikbaarheid van zorgpersoneel in de komende jaren, verdient het aanbeveling de informele zorg zo veel mogelijk te ondersteunen met deskundige begeleiding en voldoende faciliteiten. Daarbij is het belangrijk de schaarse professionele zorgcapaciteit zo goed mogelijk te organiseren en optimaal in te zetten. Lokale zorg vraagt kleine, flexibele en hechte teams, weinig verschillende gezichten, die met een grote mate van zelfstandigheid kunnen inspelen op de klantspecifieke situatie. De overige organisatiebestanddelen, zoals management en staf, dienen - om zoveel mogelijk van de beschikbare middelen in te zetten in het primaire proces - van minimale omvang te zijn.


Medewerkers zijn steeds beter opgeleid en ook zij zijn onderhevig aan de toenemende individualisering in de samenleving. Velen van hen hebben bewust gekozen voor werken in de zorg en er is een ‘sense of belonging’, medewerkers zijn op zoek naar betrokkenheid en zingeving. Zingeving, werk wat er toe doet, en betrokkenheid worden bevorderd door het vergroten van het regelend vermogen van medewerkers. Bij de uitvoering van hun functie kunnen zij zelf keuzen maken en inspelen op de wensen van hun klanten. Dan kan
diversiteit in zorg worden aangeboden en zijn medewerkers in staat beter in te spelen op de specifieke zorgvraag van de individuele klant.


In figuur 9.1 wordt aan de linkerrand aangegeven dat kwaliteit, in termen van het tegemoet komen aan de wensen van de markt in casu klanten, belangrijk is, dat voor het inspelen op individuele klantwensen flexibiliteit nodig is en dat kleinschaligheid in het primaire proces van zorg- en dienstverlening (het contact tussen klant en zorgmedewerker) kenmerkend is. Dit is de ‘High Touch’ kant van de benadering. Aan de rechterzijde van het model wordt weergegeven dat grootschaligheid van belang is bij de secundaire (ondersteunende)

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
bedrijfsprocessen, onder andere systemen en structuren, bij de ontwikkeling en implementatie van - technologische - innovaties en dat doelmatigheid daarbij een grote rol speelt. Deze zijde van het model wordt omschreven als ‘High Tech’. Volgens dit zogenaamde ‘High Touch, High Tech’ - model dient vernieuwing en verbetering van de extramurale ouderenzorg zich langs twee lijnen te manifesteren:

• toepassing van ICT in het kader van zorginnovatie; daarvoor is grootschaligheid noodzakelijk
• verbeteringen in de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg en arbeid; daarvoor biedt kleinschaligheid in organisatie betere kansen.

9.6 Tot Slot

In dit proefschrift is de problematiek beschreven van de ouderenzorg in de nabije toekomst. Er is gepleit voor aanpassing van de arbeidsorganisatie bij thuiszorgorganisaties. De gemaakte aanpassingen bij Sensire ‘De Slinge’ leiden tot condities die de prestaties van de organisatie versterken. Met name ten aanzien van de verbetering van doelmatigheid en kwaliteit van zorg en arbeid zijn sociotechnische oplossingen aangedragen. Dat grijpt vooral in directe zin in op de efficiency van de bedrijfsvoering, door de mogelijkheid tot inspelen op de wensen van de individuele klant, en indirect via onzekerheidsreductie bij klanten, op de effectiviteit van de zorgverlening. Maar de problemen die op de ouderenzorg afkomen zijn zo groot dat er meer moet gebeuren. Teveel druk op de hoogte van de uurtarieven in de extramurale ouderenzorg kan leiden tot - tijdelijke - verlaging van deze uurtarieven. Van groter belang lijkt het ‘zorgrendement’ van zorgorganisaties te worden. Naast veel aandacht voor efficiency staat daarbij het vergroten van de effectiviteit centraal, zonder dat deze ontwikkeling ten koste gaat van het klantenoordeel en de kwaliteit van het werk. Het sociotechnisch organisatieperspectief biedt goede aanknopingspunten voor het kleinschalig werken binnen grote zorgorganisaties en kan daarmee een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een ‘High Tech High Touch’ aanpak.

De beslissers van nu, babyboomers van gisteren en ouderen van straks, dienen te overwegen of zorgorganisaties adequaat zijn georganiseerd voor de zorg van morgen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Summary

‘Are teams more at home in the homecare organizations?’

Improving results in homecare organizations through socio-technical organizational change.

The demand for healthcare services is set to increase significantly in the coming decades as a result of demographic developments such as an ageing population and the decline in the number of young people as potential workforce, socio-economic trends such as growing individualization and consumerism, and medical-technological innovations such as ‘e-health’. Experts believe that this increase in demand will far outweigh the availability of qualified staff. In addition, homecare organizations are struggling to meet increasingly stringent performance targets. These targets are aimed at three substantial organizational aspects, namely the quality of care as perceived by clients, the efficiency of the company’s operations and the quality of the work of caregivers. To instigate improvements in all three areas, radical changes must be made to current organizational forms, which are still rooted in traditional organizational principles. This begs the question, whether an alternative organizational form would provide more opportunities for homecare organizations to satisfy the increasingly stringent performance targets and respond adequately to increasing environmental turbulence. To this end, it has been decided to opt for the socio-technical systems approach with a team-based concept of organization. This theory has a proven track record in other sectors and serves as the basis for the implementation of modern organizational forms in this research.

The research question can therefore be formulated as follows:

**Does the implementation of socio-technical organizational principles - in particular the concept of ‘team-based’ organization - in homecare organizations lead to the envisaged improvements in efficiency of care, in client satisfaction, and in the quality assessment of the work of caregivers?**

The research object is Sensire, a large healthcare organization in the Netherlands. This case study aims to assess whether the implementation of the team-based organizational concept is practically feasible. The organization before and after the implementation of the team-based concept and the change processes involved will be described in a descriptive study. If the case study proves implementation to be successful and the new organization to satisfy the criteria of the theoretical concept, it is possible on the basis of evaluative research to determine whether the implementation has actually produced the desired results.

**Individualization, increasingly stringent demands and developments in healthcare**

If the current situation remains unchanged, the healthcare sector will face serious problems in future. The demand for long-term care and support is growing as a result of a graying population. Between now and 2020, the number of chronically ill people requiring care and treatment will increase by 40 percent. In an effort to keep the costs of care manageable, the Dutch government has brought market forces into play, which will serve as a stimulus to procure high-quality and affordable care services.

A range of factors are at play, necessitating a radically different approach to enable care organizations to respond effectively to the above-mentioned changes.

A key demographic development in the care of the elderly is the graying population. The flip side of the ageing coin is the decline in the number of young people, resulting in a drop in
labor supply and potential. In absolute and relative terms there will be fewer young people in future. The current workforce is ageing, while the recruitment of young care professionals is falling.

The homecare sector is labor intensive. The majority of employees operating in the homecare sector are female part-time workers. The availability of sufficiently qualified care professionals is essential to meet the increasing demand for homecare. The care sector is characterized by a high workload and high sick leave figures. It also suffers from a poor image. In order to satisfy healthcare demands, it is essential to retain existing staff and attract a substantial number of newly qualified care professionals. The quality of the work of caregivers is therefore vitally important to maintain access to care. Health professionals demand greater independence and autonomy in their work, more variety and more responsibility.

According to prevailing opinion, the activities of care professionals must correspond with their competences and aspirations. The elimination of hierarchical organizational layers impedes vertical growth. Consequently, employees can only develop their career horizontally or within their own job function. Employers wishing to attract sufficiently qualified care professionals must respond to these developments. In order to anticipate the impending staff shortages, huge financial and knowledge investments are required for the introduction and innovation of technologies in the care sector. In addition to the above-mentioned trends, we can also identify higher expectations and growing individualization of care clients, who are increasingly demanding greater diversity, flexibility and variety in the care sector.

On the basis of benchmark research, the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport and the homecare organizations have agreed to create greater transparency in the strategies, operations and performances of the sector. The sector-specific results of these surveys are increasingly demanded by care agencies, private health insurers and patient and consumer organizations. Pressure is exerted on those care organizations that currently perform below the best-practice target. Improving the homecare sector is one of the main aims of the government’s policy of introducing market forces into the healthcare system.

Many homecare organizations traditionally separate thinking from doing, line from staff, and highly qualified from less-well qualified tasks. Operational staff have little regulation capacity to cope with variances and bottlenecks. In a traditional, hierarchical organization, employees feel restricted due to the division of tasks, duties and responsibilities. The structural complaints of clients are insufficiently addressed due to the division of labor. The client has no continuity of homecare and is seen by a number of different care professionals. The standardization in care (including standard price lists, uniform treatment and standard treatment times) is thus having a counterproductive effect. It is in direct conflict with the need to adequately address complex care questions and greater demand for customization. If the current policy remains unchanged, it will become increasingly difficult in the coming decades to meet the growing demand for healthcare services, both with regard to the labor market and in terms of affordability.

Organizational structure
To maximize productivity and increase efficiency, Frederick Taylor devised a form of work organization in the early 20th century, advocating the division of labor and standardization of tasks. Traditional organizational structures with their emphasis on precision, speed, clarity, control and reliability have undoubtedly achieved spectacular improvements in efficiency. This system is highly effective in a stable environment. However, organizations based on Taylor’s approach face a number of problems, in particular if their environment is more dynamic and uncertain. A properly implemented division of labor requires a lot of coordination and synchronization mechanisms, resulting in greater mutual dependence, hence a greater risk of disruption.
Organizations operating in a dynamic environment are expected to deliver high productivity, flexibility, customization (diversity, variety) and innovation. These performance requirements are more difficult to achieve in ‘classic’ organizations due to a range of factors, including long lines of communication, communication problems, customization problems, low productivity, high overheads, high sick leave figures, inadequate decision making, fragmented and unclear responsibilities and management with insufficient time for primary tasks. Maximum division of labor poses a substantial obstacle to satisfying the performance targets in complex and dynamic organizational environments.

This study adopts a socio-technical perspective as a theoretical foundation to achieve an alternative organization form that is more in tune with modern requirements.

The socio-technical systems approach can be seen as a theory in the field of management science. It is based on an integral approach, focusing on the relation between behavior and organization culture (the ‘software’) on the one hand and ‘structure and systems (the ‘hardware’) on the other. It is thus concerned not only with a change in structure and systems, but also with an attitudinal change among employees, their relationships and beliefs about their work and organization. The more complex the organization, the more sensitive and susceptible it is to disruptions and bottlenecks. The less ‘susceptible’ an organization is to internal problems, the better able it is to respond to the increasing complexity and dynamics of its environment. The ultimate objective is therefore to reduce complexity. In this process, traditional organizations with more complex structures and simple tasks can be transformed into simple organizations with more complex tasks.

In structural terms, the integral design chain establishes the logical ‘order’ of a series of redesign decisions that have to be taken:
1. defining the boundaries of the organization which is to be redesigned;
2. identifying the mission of the organization with corresponding objectives and strategy;
3. determining the design of the core processes;
4. designing the organization control processes;
5. designing the - technical - systems: the systems in the primary process first, followed by the operating systems and lastly the information systems.

The socio-technical approach is characterized by an integral approach and an integral focus in three performance areas:
- the quality of the organization: the ability to meet market requirements;
- the quality of work: the ability to reduce stress risks and increase learning opportunities;
- the quality of the employment relationships: the practice of internal collaboration.

As healthcare professionals are crucial to the long-term success of the labor-intensive homecare process, particular attention is paid to the quality of their work. The nature of work changes in the course of time, and appraisal standards are culturally defined and therefore time dependent. De Sitter defines the concept of work as human activities that imply social interaction. The employee can only perceive work as meaningful when he or she is engaged in social interaction by participating in a situation of relative mutual dependence. In this context, work is part of a social environment. Consequently, any changes to the employee’s work schedule have an impact on the environment of that labor process. This is a reciprocal process. Work only becomes meaningful when choices can be made. Rather than adopting a person-dependent, subjective perception approach, socio-technical systems take a person-independent, more objective structural approach. A structural approach focuses primarily on the interactions between people and the factors which help or hinder these interactions. The focus of attention is on the work itself: the characteristics of the job.

Certain structures have a greater potential to enable involvement, while others foster feelings of alienation and indifference.
In accordance with this approach, the key quality indicator is involvement: the question is not whether an individual has job satisfaction or not, but whether people are involved in their work. The quality of work is important, because employees who are confronted with interferences in their work and have few opportunities to cope with these interferences, are more exposed to stress; their work drains their energies. Work situations are considered active and motivating if the task demands and the sense of autonomy are relatively high. When the work is varied, personal and environmental variations can be handled more effectively. Furthermore, work is perceived as meaningful if employees are convinced they are making a visible contribution to the objectives of the organization. Employees who are responsible for their results and receive feedback are presented with an active learning opportunity. To prevent and reduce stress, it is essential for employees to have a balance between regulation (controlling) opportunities or regulation capacity on the one hand and the regulation (control) needs or requirements - complexity - on the other.

From this perspective, the concept of work is assessed on the basis of team or group interactions. The team is thus a vital link in socio-technical systems-based organizational change. Self-directed teams, teams with a certain degree of independence and autonomy, are geared towards self-organization, enabling operational staff to react more effectively to problems and bottlenecks, changes in their working environment and specific and continuously changing customer demands. According to Van Amelsvoort et al (2003), the concept of self-directed teams is best reflected in competitive pressure; self-directed teams perform considerably better in uncertain and unsafe situations, delivering better quality services than employees working in more bureaucratic organizations. Teams can also be a source of involvement. The team members will need to work on the mutual working relationships, team dynamics, nurturing the team’s maturity, which can all be clustered under the heading ‘team development’.

The role of the team leader in developing and nurturing the team and monitoring teamwork is important in this respect. According to De Sitter (1982), good employment relationships are characterized by frequent communication between management and operational staff, consultation with regard to short-term and long-term problems and belief in the mutual benefit of teamwork, resulting in mutual respect and trust. Studies have revealed that the implementation of socio-technical organizational principles, including the concept of self-directed teams, has a long-term positive impact on the quality of the organization and the quality of the work delivered by these organizations.

In order to change from traditional organizational forms to socio-technical organizational forms, a number of differences need to be resolved:

- organization should be based on the entire chain of activities, rather than the traditional approach of structuring organization around different tasks;
- modern organizations allocate regulation capacity at a local level; traditional organizations, conversely, are based on central regulation capacity;
- in traditional organizations, central management is accompanied by influential aspect-based support departments; the socio-technical systems perspective takes integral management as its basic premise, supported by local staff and minimal central staff.

Small flexible teams made up of versatile team members, job enlargement, a high degree of autonomy and responsibilities are important building blocks of a modern organization. Traditional organizations are centered on small tasks and individual hierarchical control.

**Organizational change**

Organizational change is traditionally characterized as top-down, think first and do later: design, then implement. The process to achieve this ultimate objective is divided into several easy-to-manage steps. This approach can be particularly effective for example in situations where drastic measures are required due to a sudden change in context. When employee
participation is minimal, the major risk is unwillingness to accept changes. In participatory change processes, however, the organization’s members look for suitable solutions to shared problems together. This in turn reduces the resistance to change and utilizes the expertise of the employees and results in faster acceptance of the new organizational forms and methods, and better design. If fast organizational change without alienating the employees is essential, it is advisable to combine elements of both approaches. Van Amelsvoort and Metsemakers (2002) call this the coarse/fine structure. With the coarse structure, a design on headlines is drawn up by a select group of people in an attempt to accelerate the process of important, politically sensitive design choices. The fine structure is eventually developed through the participation of more people.

The case study
Since 1999, Sensire has witnessed the following development phases:
1. founded as Districtskruisvereniging Oost-Gelderland and three social service institutions: these merged into ZorgGroep Oost-Gelderland;
2. the foundation of Zorggroep OostNederland: further scaling up of activities. In 2000, joined by the care organizations Ouderenzorg Ruurlo/Vorden and Thuiszorg Hameland van Nispenhof;
3. expanding activities Zorggroep OostNederland (later ‘Sensire’) and joined in 2001 by the care organization Sorgh-Saem (assisted living-cum-nursing homes).

The ambition of Sensire to ‘build up a working relationship based on mutual trust with the customer on the basis of equality, empathy and creativity’ is difficult to achieve for an organization with a traditional structure. Due to task specialization, the work is divided into smaller tasks, carried out by a number of ‘specialist’ employees. Consequently, people requiring multiple care services are assisted by different employees. This is not conducive to building up a working relationship based on mutual trust. A bottleneck analysis highlights the large number of mutual dependencies between the sub-departments. This analysis reveals that many bottlenecks in the operational processes are the result of complex organizational structures.

To determine the impact of the traditional organizational forms on the different functions, a function analysis was carried out for the functions of Homecare Assistant, Carer, District Nurse and Homecare Manager and revealed a number of restrictions. The scaling up of activities has generated more overhead activities and has increased the number of indirect employees active in support departments. The number of hierarchical levels within the line organization has increased. The number of senior managers and senior management layers in the line has grown from three to five. The Sensire care organization is thus becoming increasingly complex.

To address the increasingly stringent performance requirements and the problems associated with traditionally structured organizations operating in a dynamic environment, Sensire decided to adopt the socio-technical perspective.

On the basis of its mission, Sensire formulated a three-pronged objective:
• to increase the efficiency of care;
• to improve the clients’ perception and appreciation of the care provided;
• to improve the quality of the work delivered by the care professionals.

The first step involved forming subsidiaries. Incorporating all products in one order flow was not practically feasible and not always desirable, as not all products have a strong correlation. We can identify at least two different client groups: care for the elderly and chronically sick, and care for parents and infants. Overlap between the two groups is extremely rare. Distinguishing between these groups helps reduce complexity significantly. It was therefore decided to split the operating companies for elderly care and the chronically sick and to additionally break the companies down into geographical regions. The creation of
more or less autonomously operating organizational units, which each respond to environment variables, reduces the central regulation need. Parallelization simplifies the input and the process, and reduces the interference between the different processes. The units focus on their own clients rather than on their own specialist production processes, thus increasing client focus. This small-scale regional organizational approach provides an insight into the care process of clients. It is then possible to build up relationships and generate trust and confidence: Sensire’s core product. A clear distinction can also be made between clients with low-complex or simple care needs and those with high-complex or multiple care needs. Clients with high-complex care needs generally require ‘heavier’ physical care and nursing activities. Although these activities gradually become less time-consuming, they need to be performed more frequently.

This distinction should be incorporated in the parallelization criteria and should result in two types of teams made up of care professionals with their own specific qualifications:

- so-called ‘service teams’ delivering care for clients with low-complex care needs involving homecare assistants and - light - physical carers and
- so-called ‘care teams’ delivering care to clients with highly complex care needs involving homecare assistants, carers and district nurses.

The teams, being the smallest building blocks of the organization, are able through their autonomy to provide the requisite service and care for their own clients, and operate in accordance with the concept of ‘self-directed team members’. The key criterion in this respect is the motto ‘we care for our neighborhood’. This implies that the teams take and carry responsibility to serve their local client groups within the municipality to the best of their abilities. This re-structuring of the care process produces a more simplified organization with fewer ‘cross-border’ consultations. This is illustrated by the fact that the primary process previously was conducted over nine channels. In the new situation, only three channels remain.

The function analysis reveals an improvement in the majority of health conditions in the new situation compared with the previous situation. Stress risks are reduced and learning opportunities increased.

The star role model is applied to promote team coordination. In the star role model, the total number of regulation tasks of the team is divided into a number of sub-portfolios, which in turn are assigned to the individual team members.

The functions of Care Manager, Regional Manager and the Managing Director have one element in common: integral management. Managers are authorized and responsible for the overall process, while support services are directed by the line.

In the new situation, developments within a specific product group, a region or location, no longer affect the organization as a whole, but are ‘absorbed’ at operating-company level. This approach additionally furnishes Sensire with a broader operating repertoire: within the central policy frameworks, operating companies can tailor their policy to their specific environment. The operating companies are thus relatively autonomous, accommodating a number of support services operating decentrally. The ‘central remnant’ is a compact concern organization involving fewer than 20 people: Concern Controlling, Research & Development, Marketing, Management Office and Concern Office. Two further support departments can be identified: the ICT Department and the Medical Contact Centre, including a 24-7 call centre.

At Sensire, the required care or care activity per client was previously highlighted on a planning schedule, completed by the relevant care professional. This produced highly complex planning schedules with hundreds of cards displaying all contact moments. The implementation of the new planning system has simplified the rota system and ‘troubleshooting activities’ to such an extent that it can be completed effectively by all team members together. This has increased not only the sense of involvement, but also the sense of responsibility for the reliability of the care provided by all team members.
Simple ‘cockpits’ provide an insight into the results of a number of key performance indicators. Each team is thus able to gauge whether the performance is adequate, which areas require extra attention and the impact of certain improvement measures or incidents.

**Change process approach: from the current situation to the new situation**

*The formation of operating companies: de-concentrating senior staff and support staff*

The transformation from a traditional bureaucratic organization, ‘the mammoth tanker’, to an organization derived from a socio-technical perspective, ‘the flotilla of smaller ships’ as it were, was first instigated by a number of senior line managers and a number of support managers and then fleshed out in more detail into a design plan. At this stage, there were a number of considerations in favor of adopting a top-down approach. The creation of relatively autonomous operating companies was followed by an ‘organizational innovation process’ per operating company. A drastic change process such as this will only succeed if there is sufficient local ownership and enthusiasm within the operating company and if it corresponds adequately to the current change conditions, which differ per operating company. The coarse/fine structure was the preferred method, as it enables a speedy change process and encourages broad employee participation, which corresponds with the desired culture of the socio-technical redesign.

**Early 2002: Sensire ‘De Slinge’ launched the coarse structure process.**

In February 2002, a vision conference was organized involving a group of key players from Sensire ‘De Slinge’: a delegation consisting of various management levels including the works council. The coarse structure was redesigned by a so-called design group made up of a ‘cross section’ of the operating company. From a growing collective awareness within Sensire ‘De Slinge’ of the organizational vision, the environmental developments and the organizational structure, two design conferences were organized. The design phase was concluded with a so-called round table conference.

The Managing Director of the operating company organized ‘road shows’ in all municipalities to explain the intricacies of the basic model to employees and to substantiate why this was the preferred model. It was decided to use two municipalities, Groenlo and Neede, as ‘spearhead municipalities’. The employees of each municipality were expressly involved in a design group during the creation of the care and service teams. Following the drastic changes generated by the implementation of the headlines of the new organization, the next phase was characterized by greater continuity and a more incremental development. The teams spent a year getting to know each other, becoming acquainted with the team frameworks and discovering how best to utilize the freedom afforded by teamwork.

Meanwhile, the subsidiary Sensire ‘De Slinge’ began fleshing out and implementing the fine structure in late 2003: step by step, from simple to difficult, offering high quality training and support with the employee as the process owner. The new planning system was broadly completed in May 2004, and a test version of the new system implemented in Neede and in Groenlo. The four star roles of ‘planning’, ‘quality’, ‘production & promotion’ and ‘personnel’ will be implemented separately in 2006.

Training courses are an important cornerstone of the development process. In addition to job-specific training courses, team members are encouraged to attend specific training in ‘how to give feedback’.

The number of bottlenecks has been greatly reduced thanks to parallelization and segmentation, the establishment of regulation authorities with regard to operational activities and the implementation of integral management. The number of ‘cross-border’ synchronizations has been minimized. The teams are inter-dependent rather than co-dependent. In the new situation, 53 of the original inventoried 67 bottlenecks can be prevented or solved. In two cases, the consequences of the bottlenecks can be eradicated and in seven situations weakened. The remaining five bottlenecks cannot be influenced.
Evaluation research
The next step involves determining whether the implementation at Sensire of the outlined coarse/fine structure and the implementation of subsidiary structure and a team-based organizational concept according to socio-technical principles have delivered the desired improvements. This is represented by the parameters Efficiency, Client Satisfaction and Employee Opinion. To this end, a longitudinal evaluation research was conducted on the basis of verification measurements. Several measurements were carried out in those organizational components where the team-based concept had been implemented and in other regions of Sensire where the concept had not yet been introduced. The measurement design is known as the ‘pre-test post-test control group design’.

The principal measuring instrument was the so-called Benchmark Measurement, conducted nationwide every three years. The measurement is conducted by external and independent organizations (Instituut Werk en Stress and PricewaterhouseCoopers Consulting). Most homecare organizations take part in this assessment. The measured result areas dovetail completely with the socio-technical concepts. These parameters are measured according to the standard approach and compared with the results of comparable institutions. A list of ‘best practice organizations’ can then be drawn up, based on three criteria: Efficiency, Client Satisfaction and Employee Opinion.

The 2000 Benchmark was the first measurement to be carried out prior to the implementation of the subsidiary structure across the Sensire organization. This produced the pre-measurement for the municipalities earmarked for “team changes” and the other regions of the operating companies.
The second measurement was conducted after the transformations in Groenlo and Neede and the implementation of the coarse structure. Following the implementation of self directing teams in Groenlo and Neede, measurement three was carried out. The fourth measurement took place a year after the launch of the self-directed teams in Groenlo and Neede.
The last Homecare Benchmark took place in late 2004. The 2000 and 2004 Benchmarks were used as verification measurements to gauge Employee Opinion. This involved comparing the employee results of Groenlo and Neede with the results of comparable groups at Sensire ‘De Drie Beken’.
To gauge Efficiency, the 2000-2003 regional results of Sensire ‘De Slinge’ were assessed. No verification measurements were carried out to gauge Customer Appreciation. An assessment of the changes within the Groenlo / Neede experimental group must suffice.
On the basis of the measurements, analyses were conducted per parameter to assess whether the changes produced the envisaged effects and reveal statically significant improvements. An additional assessment was carried to gauge whether the changes in the experimental group were more pronounced than those in the control group.

Efficiency
The comparative figures reveal that the production and the efficiency of the experimental group (the self-directed teams) are substantially greater than those of the control group. Sick leave figures and the number of indirect hours was approx. four percent lower in the experimental group than in the control group. These results continued to improve during the course of the research.

Client satisfaction
Client satisfaction was measured using specific questions. Analyses were carried out on the basis of 52 questions and tested on the basis of statistical analysis. The consecutive measurements within the experimental group reveal that in 50% of instances a significant improvement was observed after the implementation of the team-based organization. In 44% of instances, there was no significant improvement and in three questions (six percent) opinions had worsened. The last few questions related to or were partly determined by
external developments with regard to changes in financing (AWBZ benefits package, and the client's contribution) and assessments for the homecare sector.

All these questions were clustered into nine dimensions, six of which showed significant improvement, while three remained unchanged. Two aspects that may have made a positive contribution to client satisfaction were the increase in the percentage of hours worked compared with the indicated hours and the reduction in the average number of care professionals allocated per client. Both aspects were explicit objectives in implementing the concept of team-based working.

**Employee opinion**

Of the four consecutive measurements that were carried out, the experimental group showed a significant improvement in ten variables, while one dimension showed a significant deterioration and the remaining eleven remained static. Viewing the results substantively, the conclusion is that the ‘energy sources’ of control, clarity, personal development, coaching, social support and feedback have improved. The work stressors remained unchanged, while the outcome measures (satisfaction, involvement, fatigue, turnover intention, etc) either remained constant or improved.

Within Sensire, a control group comparable to the experimental group was identified, in which no concept of team-based working had been implemented, and whose Employee Opinions from the 2000 and 2004 Benchmark measurements were available. When evaluating the experimental and control groups separately to assess the extent to which differences occurred over the timeframe, it can be noted that the experimental group witnessed a positive change in seven energy sources and a significant negative change in one energy source. The control group witnessed three significant positive changes and two significant negative changes. In the experimental group, only the personal development, social support, involvement and fatigue showed significant improvements. This could be ascribed to the impact of the implemented interventions. The improvements are in line with the expectations of the socio-technical team-based concept. The turnover intention worsened in the control group while the experimental group showed no significant change. This again may be due to the implemented intervention. Indeed, the fact that the turnover intention has not worsened is particularly noteworthy, given the significant changes in the financing of homecare services and negative (media) reports.

It can therefore be concluded that the basic question whether implementation of a socio-technical organizational concept - and team-based organization in particular - in homecare organizations has improved the efficiency of the care provided, the clients’ appreciation of the care, and the quality of the work carried out by care professionals, can be answered in the affirmative.

**Reflection**

This research has demonstrated that a redesign of the Sensire homecare organization is feasible. Traditional organizational forms were altered to satisfy the latest (social) performance targets. The redesign additionally appears to have delivered improved performances with regard to the crucial parameters of efficiency, client satisfaction and quality of work of care professionals. The experimental group (with a team-based concept of working) performed significantly better in certain components than the control group.

When assessing the research results, two methodological aspects must be taken into account: the internal validity, the accuracy of the findings and the external validity: the transferability of the findings to other organizations. With regard to internal validity, it should be noted that the measurements conducted were experimental measurements: the positive results may be due to the fact that the employees received extra attention. This is the so-called ‘Hawthorne effect’. Specific and unknown factors such as extra involvement of staff and management, an inadvertent willingness to change and cooperate may also have contributed to the observed effects. Nevertheless, the results of the measurements carried
out (Benchmark, WEBA and bottleneck analysis) are highly consistent, which may imply that the interventions were genuinely (partially) responsible for the improvements.

External validity is generally difficult to quantify. The ‘Sensire’ case study was centered on the correlation between enhancing environmental dynamics and sharpening performance targets and meeting these targets through organizational change. In this respect, this research makes a general contribution to further theory formation. Grappling with the dilemmas of ‘large scaleness’ (care chains, innovation ability, market position, etc) and ‘small scaleness’ (on a human scale, short communication lines, customer retention, etc) is not only prevalent in the homecare sector. In this respect, this research provides indications to deliver successful solutions in sectors facing similar problems and circumstances.

A detailed description of the start and end situation and the change process provides an insight into how the changes were implemented in practice. Many factors come into play during this process, and there are many pitfalls that must be avoided. All the parties concerned - management, central staff, support staff and clients – play a key role and must receive appropriate and constant attention. Change processes can be highly protracted, with periods of enthusiasm followed by periods of disappointment. This requires an appropriate level of involvement and commitment from management, as well as clarity, unequivocal targets, guidance and clear operating procedures. The results have undoubtedly also been shaped by the shared vision of managers, and the availability of the appropriate tools and opportunities to embrace and implement the changes. It is not possible to establish with certainty whether the above can also be applied to other - home - care organizations and whether the implementation of similar reorganizations would produce similar results.

Lessons
There are a number of lessons to be learned from the case study and research described above. These include the following:

• a clear strategic need to change and commitment from management is essential;
• self-direction entails not only structural change but also cultural change across the entire organization;
• team development and managerial development require constant attention; staff should not be over stretched during the change process due to the already high workload/ turbulence;
• the process will be greatly facilitated by the timely availability of the requisite tools and instruments;
• excessive success of the implementation could result in unrealistic expectations and even more work pressure, which will eventually be counterproductive.

The above-mentioned socio-technical organizational methods must be implemented integrally. The results of Sensire ‘De Slinge’ have created a broad support base in this respect. Intramural and extramural care can now be organized in accordance with socio-technical principles.

These insights are beneficial to follow-up research:
• the Homecare Benchmark is particularly useful. It is recommended that the wealth of data from this periodic national research is used to assess those factors that have a positive and negative effect on the results.
• most operational work in care organizations is carried out by employees working on their own. This research has revealed that teamwork provides added value for employees. It is worth investigating which other forms of - virtual - teams could offer added value in similar or specific situations.
• the possibilities that ICT can bring to team performances in particular are not sufficiently exploited at present. Modern ICT systems are ideal team reporting tools. They improve the learning opportunities for the team and enhance teamwork.

Follow-up research is possible and indeed desirable in these and other areas.

Considerations
This research was conducted in response to a number of social changes, both present and future, that necessitate the restructuring of care organizations, making care accessible to a growing group of clients. As has been demonstrated, a socio-technical approach can make a valuable contribution. However, restructuring and redesign alone will not suffice. Other considerations must also be taken into account to safeguard the access to care services. If the current policy remains unchanged, healthcare costs will grow exponentially. There will be a sharp rise in the demand for care due to the ageing population, increasingly stringent demands and expectations of the elderly, and medical developments and technologies. The increasing demand for care cannot be absorbed by improving efficiency alone. Other solutions must also be found to bridge the growing gap between care demand and care capacity.

One feasible option is to combine technology with personal attention. Reducing the need for care through prevention and reducing uncertainty among care professionals are key points in this respect. Feelings of security can, for instance, be nurtured by responding immediately to a demand or request for help. The use of ‘telecare’ technology can significantly increase the self-care capacity and reduce the need for professional help. The far-reaching use of ICT enables care professionals to respond to individual client’s wishes and determine whether care is required and, if so, how urgently. The appropriate care expert can then be contacted to assist the client. Trials with audio/video links between the client and care professional via the client’s TV set have shown an improvement in the client’s sense of independence and security, the efficiency of the work carried out by the care professional, and a reduction in care consumption.

Lastly
To rectify the plethora of problems, which decrease access to care for the elderly, a multi-pronged approach is required. Organizational redesign and restructuring are undoubtedly essential, but will over time prove equally restrictive. New technologies must therefore also be embraced alongside efficient and effective ‘human contact moments’ between the care professional and the client. Today’s decision makers, yesterday’s baby boomers and tomorrow’s elderly must take full responsibility for organizing care organizations adequately to satisfy the growing demand for care services.
Samenvatting

Demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing en ontgroening, en sociaal-economische trends, zoals individualisering en consumentisme en medisch-technologische vernieuwingen zoals ‘e-health’ zullen de vraag naar zorg de komende decennia sterk doen stijgen. Naar verwachting zal de beschikbaarheid van gekwalificeerde medewerkers daarbij sterk achterblijven. Thuiszorgorganisaties kost het steeds meer moeite om aan de stijgende prestatie-eisen te voldoen. Deze prestatie-eisen richten zich op drie wezenlijke aspecten van de organisatie: de doelmatigheid van de bedrijfsvoering, de door de klanten ervaren kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers. Om op al deze aspecten tegelijkertijd verbeteringen te bewerkstelligen is de huidige organisatievorm, die gebaseerd is op traditionele organisatieprincipes, ontoereikend. De vraag is of een andere organisatievorm van thuiszorgorganisaties betere mogelijkheden biedt om aan de groeiende prestatie-eisen te voldoen en flexibel in te spelen op de toenemende omgevingsturbulentie. In dat verband is gekozen voor de moderne sociotechniek met een teambased organisatiebenadering, die min of meer succesvol is gebleken in andere sectoren dan de zorgsector en die in dit onderzoek het uitgangspunt is voor het realiseren van een andere organisatievorm.

De onderzoeksvraag luidt dan ook:

**Leidt invoering van het sociotechnisch organisatieconcept, in het bijzonder het aspect van de ‘teambased’ organisatie, in een thuiszorgorganisatie tot een verbetering van zowel de doelmatigheid van de zorguitvoering, de waardering van de zorg door de klanten, als beoordeling van de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers?**

Een grote zorgorganisatie, Sensire, is in deze studie het object van onderzoek. Aan de hand van deze gevalstudie dient de vraag beantwoord te worden of het implementeren van het teambased organisatieconcept in de praktijk mogelijk is. Het beschrijven van de organisatie voor en na de invoering van het teambased concept en het verandersproces om dit te realiseren is een descriptieve studie. Indien uit de gevalstudie blijkt dat invoering succesvol is en de nieuwe organisatie aan de kenmerken conform het theoretisch concept voldoet, kan door middel van evaluatief onderzoek vastgesteld worden of invoering ook daadwerkelijk tot de gewenste resultaten heeft geleid.

**Individualisering, hogere eisen en ontwikkelingen in de zorg**

Er zijn serieuze problemen in de zorg op komst bij ongewijzigd beleid. De vraag naar zorg en ondersteuning van burgers neemt toe als gevolg van de vergrijzing en over vijftien jaar zal het aantal chronisch zieken dat verpleging en verzorging nodig heeft bijna 40 procent hoger zijn dan nu. De overheid wil de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar houden. Daarbij is ingezet op de introductie van marktwerking en worden meer prikkels gelegd bij het inkopen van goede en betaalbare zorg.

De thuiszorgsector is arbeidsintensief. De meeste uitvoerende medewerkers in de thuiszorg zijn vrouw en werken in deeltijd. De beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde medewerkers is essentieel voor het tegemoet komen aan de toenemende vraag naar
thuiszorg. De zorgsector kenmerkt zich door een hoge werkdruk en een hoog ziekteverzuim en door een relatief slecht imago. Om te kunnen blijven voldoen aan de zorgvraag is het noodzakelijk de huidige medewerkers te behouden en vele nieuwe medewerkers aan te trekken. De kwaliteit van het werk van zorgmedewerkers is daarom van vitaal belang voor behoud van de toegankelijkheid van de zorg. Medewerkers willen werk met meer zelfstandigheid, meer variatie en meer verantwoordelijkheid.

Volgens de huidige opvattingen dienen werkzaamheden te corresponderen met de competenties en aspiraties van de werknemer. Door het elimineren van hiërarchische lagen in organisaties is er minder gelegenheid voor verticale groei. De ontwikkeling van veel medewerkers dient dan horizontaal of in de eigen functie plaats te vinden. Werkgevers die ook in de toekomst over voldoende gekwalificeerd personeel willen beschikken, zullen moeten inspelen op deze ontwikkelingen. Om te anticiperen op het dreigende personeelstekort zijn grote investeringen in geld en kennis nodig om introductie en innovatie van technologie in de zorg te realiseren. Naast bovenstaande tendenzen is er sprake van een toenemend verwachtingspatroon en voortgaande individualisering van klanten in de zorg, die maakt dat klanten meer diversiteit, flexibiliteit en variatie van zorg verlangen.

Het ministerie van VWS en de brancheorganisaties van de thuiszorg zijn overeengekomen door middel van benchmarkonderzoek transparantie te verschaffen over de bedrijfsvoering en de prestaties van de sector. De instellingsspecifieke einduitskomsten van deze onderzoeken worden in toenemende mate opgeëist door zorgkantoren, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties. Op zorgorganisaties die minder dan ‘best-practice’ presteren, wordt vervolgens druk uitgeoefend om de resultaten te verbeteren. De thuiszorgsector fungeert als speerpunt in het overheidsbeleid van introductie van marktwerking in de zorg.

Veel thuiszorgorganisaties hanteren de traditionele scheiding tussen denken en doen, tussen lijn en staf, tussen hoger en minder geschoold, et cetera. Uitvoerende medewerkers beschikken over weinig regelcapaciteit om verstoringen op te kunnen lossen. In een traditionele, hiërarchische organisatie voelt de medewerker zich beperkt door de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Er is onvoldoende antwoord op een aantal structurele klachten van klanten en door de functie- en taaksplitsing komen er vaak veel verschillende medewerkers bij de klant. De standaardisatie in de zorg (zoals standaardisatie van tariefstelling, uniformering van behandelingen en normering van behandeltijden) heeft dus een averechts effect. Het conflicteert met een adequate afhandeling van complexe zorgvragen en de roep om maatwerk.

De komende decennia ontstaat bij ongewijzigd beleid een probleem om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag; enerzijds voor wat betreft de arbeidsmarkt of anderzijds voor wat betreft betaalbaarheid.

Organisatie-inrichting
Om te komen tot een maximale productie streefde Taylor begin vorige eeuw naar een vorm van efficiënt organiseren door vergaande arbeidsdeling en standaardisatie. Traditionele organisatie-inrichting heeft met zijn nadruk op precisie, snelheid, duidelijkheid, regelmaat en betrouwbaarheid ontegenzeggelijk tot spectaculaire successen geleid op het gebied van efficiencyverbeteringen. Het systeem is uiterst effectief in een stabiele omgeving. Echter, een organisatie gebaseerd op deze Tayloriaanse benadering onderdrukt een aantal negatieve gevolgen, met name als de omgeving meer dynamiek en onzekerheid met zich meebrengt. Een ver doorgevoerde arbeidsdeling vergt veel coördinatie en afstemming en leidt tot afhankelijkheid met daarbij een grotere kans op verstoring.

Van organisaties in een dynamische omgeving worden de volgende prestaties verwacht: een hoge productiviteit, veel flexibiliteit, maatwerk (diversiteit, variété) en innovativiteit.
Deze zijn in klassieke organisaties moeilijker te realiseren door een groot aantal factoren: lange lijnen, veel communicatiestoornissen, moeite met maatwerk, achterblijvende productiviteit, hoge overhead, te hoog ziekteverzuim, niet adequaat functionerende lijnorganisatie, versnipperde en onduidelijke verantwoordelijkheden, management dat onvoldoende tijd heeft voor primaire taken. Maximale arbeidsdaling is een wezenlijke belemmering om in de huidige complexe en dynamische organisatieomgeving aan de toenemende prestatie-eisen te voldoen.

In deze studie is gekozen voor het sociotechnische perspectief als theoretisch fundament voor het realiseren van een alternatieve organisatievorm die beter tegemoet komt aan de moderne eisen.

Sociotechniek is te beschouwen als een stroming of leer binnen de bedrijfskunde. Het gaat daarbij om een integrale benadering waarbij de samenhang tussen gedrag en samenwerking (de ‘software’) enerzijds en anderzijds de ‘structuur en systemen (de ‘hardware’)’ centraal staat. Het gaat dus niet alleen om een verandering van structuur en systemen maar ook om een verandering van gedrag van mensen, hun onderlinge relaties en opvattingen over werk en organisatie. Met de toename van de complexiteit van de organisatie neemt ook de storingsgevoeligheid toe. Hoe minder een organisatie ‘last heeft’ van interne verstoringen, hoe gemakkelijker de organisatie kan inspelen op toenemende complexiteit en dynamiek in haar omgeving. Het is dus zaak de complexiteit te reduceren. Daarmee kunnen traditionele organisaties met complexere structuren en simpele taken worden omgevormd tot simpeler organisaties met complexere taken.

De integrale ontwerpketen legt, bezien vanuit de structuur, de logische ‘volgorde’ vast van een reeks van beslissingen die in het kader van herontwerp genomen moet worden:
1. de grensafbakening van de organisatie die object is van herontwerp;
2. het vaststellen van de missie van de organisatie met afgeleide doelen en strategie;
3. het vaststellen van het ontwerp;
4. het daadwerkelijk ontwerpen van de organisatie;
5. het inrichten van de - technische - systemen: eerst de systemen in het primaire proces, daarna de besturingssystemen en tenslotte de informatiesystemen.

De sociotechnische benadering kenmerkt zich niet alleen door een integrale aanpak, maar heeft ook een integrale focus op de drie prestatiegebieden:

- *kwaliteit van de organisatie*: het vermogen om aan de markteisen te voldoen;
- *kwaliteit van de arbeid*: het vermogen om stressrisico’s te verlagen en de leermogelijkheden te vergroten;
- *kwaliteit van de arbeidsverhoudingen*: de wijze van intern samenwerken.

Vanwege het kardinale belang van medewerkers voor duurzaam succes van de arbeidsintensieve thuiszorg, wordt in dit onderzoek extra aandacht besteed aan de kwaliteit van de arbeid.

Arbeid verandert in de loop van de tijd en de normen die bij de waardering van de arbeid worden gebruikt, zijn cultuur- en derhalve tijdsafhankelijk. De Sitter wil slechts die menselijke activiteit als arbeid benoemen, die *sociale interactie* impliceert. Alleen in sociale interactie, waarbij de deelnemers in een situatie van relatieve onderlinge afhankelijkheid verkeren, kan de medewerker zich bewust worden van zijn arbeid als zingevend handelen. Arbeid is in deze benadering een activiteit die deel uitmaakt van een sociale omgeving. Veranderingen in het werk van een medewerker hebben impact op de omgeving van dat arbeidsproces. Dit is een wederkerig proces. *Zingeving in werk ontstaat slechts wanneer keuzen gemaakt kunnen worden.* In plaats van de persoonsafhankelijke, subjectieve belevingsbenadering wordt in de sociotechniek gekozen voor een persoonsonafhankelijke, meer objectieve *structuurbenadering*. Bij een structuurbenadering wordt vooral gekeken naar de interacties tussen mensen en de factoren die deze bevorderen dan wel belemmeren. De aandacht wordt besteed aan het werk zelf: de kenmerken van de arbeidsplaats.
Bepaalde structuren hebben grote kans de betrokkenheid van de medewerker te vergroten en andere leiden juist tot vervreemding en onverschilligheid. Arbeidsbetrokkenheid is volgens deze benadering de centrale indicator voor de kwaliteit van de arbeid: *de vraag is niet of iemand tevreden is met zijn of haar werk maar of hij of zij erbij betrokken is*. Kwaliteit van de arbeid is belangrijk, omdat medewerkers die in hun werk problemen tegenkomen en maar weinig regelmatigheden hebben om met die problemen af te rekenen, grotere stressrisico’s lopen; er is sprake van slopend werk. Werkzituationen worden actief en motiverend genoemd als de taakeisen en de autonomie relatief hoog zijn. Het werk is afwisselend zodat persoonlijke en omgevingsvariaties beter gehanteerd kunnen worden. Bovendien is werk zinvol wanneer het ook een voor de medewerker zichtbare bijdrage levert aan het organisatiedoel. Doordat degene die het werk uitvoert, verantwoordelijk is voor het resultaat en hierover terugkoppeling ontvangt, bevat actief werk leermogelijkheden. Voor het voorkomen van stress dient er evenwicht te zijn tussen enerzijds de regelmatigheden ofwel de regelcapaciteit en anderzijds de regelbehoefte of - vereisten ofwel de complexiteit.

Arbeid wordt vanuit dit perspectief gezien door te kijken naar interacties die in een groep ofwel team kunnen plaatsvinden. Het team is daarom een wezenlijk onderdeel van sociotechnische organisatievernieuwing. Zelfsturende teams, teams met een bepaalde mate van zelfstandigheid, zijn gericht op zelforganisatie, zodat uitvoerenden beter kunnen reageren op verstoringen, veranderingen in hun werkomgeving en op specifieke en voortdurend wijzigende klantenbehuizing. Volgens Van Amelsvoort e.a. (2003) is het zelfsturend teamconcept goed tot zijn recht onder de huidige concurrentiedruk en presteren zelfsturende teams in onzekere en onveilige situaties aanvullend, met een hogere kwaliteit van arbeid dan in een bureaucratische organisatie. Bovendien kunnen teams ook een bron van betrokkenheid bij het werk zijn voor medewerkers. Als de zelfsturende teams eenmaal zijn ontworpen, start het veranderingsproces zelf. Hierbij moet gewerkt worden aan de onderlinge arbeidsrelaties, de teamdynamica, en aan de groei van de teamvolwassenheid, samen te vatten onder de noemer ‘teamontwikkeling’.

Belangrijk hierbij is de rol van de leidinggevende van teams bij het ontwikkelen van het team en bewaken van de onderlinge samenwerking. Goede arbeidsverhoudingen binnen een organisatie worden volgens De Sitter (1982) gekenmerkt door: frequente communicatie tussen leiding en uitvoering, overleg inzake problemen op korte en lange termijn, gelooft in het nut van wederzijds belang bij samenwerking en tenslotte wederzijds respect en vertrouwen. Studies tonen aan dat het invoeren van sociotechnische organisatieprincipes, waaronder zelfsturende teams, een duurzame positieve invloed heeft op de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de arbeid bij deze organisaties.

Om te veranderen van traditionele organisatievormen naar sociotechnische organisatievormen moeten de volgende verschillen overbrugd worden:

- de gehele keten van activiteiten is de basis van organiseren, in plaats van het traditionele opbouwen van de organisatie rondom de verschillende taken;
- bij een moderne organisatie is op lokaal niveau regelcapaciteit gealloceerd; in traditionele organisaties is het uitgangspunt daarentegen centrale regelcapaciteit;
- in traditionele organisaties gaat de centrale sturing vergezeld van aspectmatig ondersteunende stafafdelingen met veel invloed; bij het sociotechnisch perspectief is integraal management het uitgangspunt, eventueel ondersteund door een lokale staf en een minimale centrale staf.

Kleine flexibele teams met breed inzetbare teamleden, taakverbreding, een hoge mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid zijn belangrijke bouwstenen in een moderne organisatie. Traditionele organisaties gaan uit van smalle taken en individuele hiërarchische aansturing.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Organisatieverandering

De gevalstudie
Vanaf 1999 heeft Sensire de volgende globaal beschreven ontwikkelingfasen doorgemaakt:
1. start als Districtskruisvereniging Oost-Gelderland en drie instellingen voor Maatschappelijke Dienstverlening: zij vormen door fusie de ZorgGroep Oost-Gelderland;
2. de vorming van Zorggroep OostNederland: verdergaande schaalvergroting. In 2000 sluiten de zorgorganisaties Ouderenzorg Ruurlo/Vorden en Thuiszorg Hamelando Nispenhof zich aan;

De ambitie van Sensire om ‘met de klant een vertrouwensrelatie op te bouwen, gebaseerd op gelijkwaardigheid, inlevingsvermogen en creativiteit’ is bij een traditionele wijze van organiseren lastig te realiseren. Door taakspecialisatie is het werk verdeeld in verschillende taken die door verschillende ‘gespecialiseerde’ medewerkers worden uitgevoerd. Dit leidt bij klanten die meervoudige zorg nodig hebben tot een groot aantal verschillende medewerkers per klant. Dit heeft een negatieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Een knelpuntenanalyse brengt het grote aantal onderlinge afhankelijkheden tussen de verschillende subafdelingen aan het licht. De analyse toont aan dat veel knelpunten bij de uitvoerende processen inderdaad voortkomen uit de complexe traditionele organisatiestructuur.

Om de impact van de traditionele manier van organiseren op de verschillende functies vast te stellen is een functie-analyse uitgevoerd. Deze analyse is verricht voor de functies Huishoudelijk helpende, Verzorgende, Verpleegkundige en Thuiszorgmanager en toont verschillende beperkingen aan.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Om de toenemende prestatie-eisen aan Sensire en de problemen die horen bij een traditioneel ingerichte organisatie in een dynamische omgeving het hoofd te kunnen bieden, kiest Sensire voor toepassing van het sociotechnisch perspectief.

Op basis van haar missie heeft Sensire een drieledig doel geformuleerd:
- het verhogen van de doelmatigheid van de zorguitoering;
- het verbeteren van de waardering van de zorg door klanten;
- verhogen van de kwaliteit van de arbeid van de zorgmedewerkers.

Als eerste stap zijn werkmaatschappijen gevormd. Alle producten in één orderstroom te plaatsen is in de praktijk niet haalbaar en niet altijd wenselijk, omdat niet alle producten even sterk met elkaar samenhangen. Er is sprake van tenminste twee overwegend verschillende klantengroepen: zorgverlening voor ouderen en chronisch zieken en voor ouders met hun kinderen. Overlap tussen beide klantengroepen komt nagenoeg niet voor. Door een onderscheid aan te brengen vindt een sterke complexiteitsreductie plaats. Daarom is besloten de werkmaatschappijen voor ouderenzorg en chronisch zieken te splitsen en tevens geografisch op te delen. Door min of meer zelfstandig opererende organisatieeenheden te creëren, die elk kunnen inspelen op omgevingsvariabelen, vermindert de regelbehoefte op centraal niveau. Parallelisatie vereenvoudigt de input en het proces, en reduceert de storingsgevoeligheid tussen de verschillende processen. Doordat eenheden zich richten op eigen klanten in plaats van eigen specialistische productieprocessen, wordt de oriëntatie ‘op klanten’ verhoogd. Door kleinschalig per regio te organiseren wordt er zicht verkregen op het zorgproces van klanten. Het is dan mogelijk om relaties op te bouwen en vertrouwen te scheppen; het kernproduct van Sensire. Ook wordt duidelijk dat er een onderscheid is tussen klanten met laagcomplexe of enkelvoudige verzorging en klanten met hoogcomplexie of meervoudige verzorging. Bij klanten met hoogcomplexie zorg komen er ‘zwaardere’ lichamelijke verzorging en verplegende activiteiten bij. Activiteiten die per keer aanzienlijk korter duren maar met een veel hogere frequentie verricht moeten worden.

Dit onderscheid zal in ieder geval bij criteria voor parallelisatie een rol moeten spelen en leiden tot twee soorten teams met eigen medewerkers met eigen kwalificaties:
- zogenaamde ‘dienstenteams’ voor de zorgverlening aan klanten met laagcomplexie zorg met huishoudelijke hulpverleners en - licht - lichamelijk verzorgenden en
- zogenaamde ‘zorgteams’ voor de zorgverlening aan klanten met hoogcomplexie zorg met huishoudelijke hulpverleners, verzorgenden en verpleegkundigen.

De teams kunnen als kleinste onderscheiden bouwstenen van de organisatie door hun onafhankelijkheid in relatie zelfstandigheid de dienst- en zorgverlening voor hun eigen klanten realiseren en daarmee volgens het concept van ‘zelfsturende teams’ gaan werken. Uitgangspunt hierbij is ‘onze wijk is onze zorg’. Dit betekent dat teams gecreëerd worden die de verantwoordelijkheid dragen en nemen om de klantengroep in de eigen wijk binnen de gemeente optimaal te bedienen. Door het zorgproces zo in te richten is er sprake van een eenvoudigere organisatie met minder grensoverschrijdend overleg. Dit wordt geillustreerd doordat het primaire proces in de uitgangssituatie over negen schakels verloopt en in de nieuwe situatie nog over drie.

De functie-analyse toont aan dat in de nieuwe situatie ten opzichte van de uitgangssituatie bij de meeste welzijnscondities een verbetering is geconstateerd. De stressrisico’s verminderen en de leermogelijkheden nemen toe.

Om de coördinatie in de teams te bevorderen wordt het sterrolmodel gehanteerd. In het sterrolmodel is het totaal aan regeltaken in een team verdeeld in een aantal deelportefeuilles, die vervolgens aan de verschillende teamleden worden toegewezen.

Eén belangrijk element in de functie van zorgmanagers, rayonmanagers en de directeur werkmaatschappij komt overeen: integraal management.

Managers zijn bevoegd en verantwoordelijk voor het complete proces en de ondersteunende dienst wordt aangestuurd door de lijn.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Ontwikkelingen binnen een specifieke productgroep, een regio of locatie, raken nu niet meer de gehele organisatie, maar worden als het ware op werkmaatschappijniveau ‘geabsorbeerd’. Het verschaf Sensire ook een groter handleidsrepertoire: binnen de centrale beleidskaders kunnen werkmaatschappijen hun beleid toezijden op hun specifieke omgeving. De werkmaatschappijen zijn dan ook vrij zelfstandig gemaakt: veel ondersteunende diensten zijn decentraal bij de werkmaatschappijen ondergebracht. Wat centraal overblijft is een compacte concernorganisatie met minder dan 20 personen: Concerncontrolling, Research & Development, Marketing, Bestuurssecretariaat en Concernsecretariaat. Dan zijn er nog twee ondersteunende afdelingen die voor alle werkmaatschappijen werkzaam zijn: de afdeling ICT en het Contactcenter met onder andere het 7 x 24-uur callcenter.

Het was bij de ‘Sensire uitgangssituatie’ gebruikelijk dat op een planbord per klant de benodigde zorg of hulphandeling ingepland werd door weergave van de betreffende medewerkers. Dit leidde tot zeer complexe planningsborden met honderden kaartjes waarop alle contactmomenten werden weergegeven. Met de ontwikkeling van het nieuwe planningssysteem is het maken van de roosters en de oplossing van verstoringen zo vereenvoudigd, dat dit op een doelmatige wijze door alle teamleden samen gedaan kan worden. Dat doet de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel voor de betrouwbaarheid van de zorgverlening bij alle teamleden toenemen.

Eenvoudige ‘cockpits’ geven inzicht in de resultaten van enkele kernprestatie-indicatoren. Daarmee kan elk team afleiden of zijn prestaties goed zijn, waar extra aandacht nodig is en wat het effect is van bedachte verbetermaatregelen of bepaalde incidenten.

Aanpak veranderingproces: van uitgangssituatie naar nieuw
Vorming van werkmaatschappijen: deconcentratie staf en ondersteuning
De ombouw van de traditionele bureaucratische organisatie, ‘de mammoettanker’, naar een organisatie gebaseerd op het sociotechnisch perspectief, ‘de vloot van kleinere schepen’, is eerst door een aantal hogere lijnmanagers en enkele staffunctionarissen ontwikkeld in een grove schets en na verder uitgewerkt in een inrichtingsplan. In dit stadium is vanuit een aantal overwegingen gekozen voor een top-down aanpak.

Na de vorming van relatief autonome werkmaatschappijen is het verdere organisatievernieuwingsproces per werkmaatschappij opgepakt. Enerzijds ingrijpend veranderingproces kan alleen maar slagen bij voldoende lokaal eigenaarschap en enthousiasme in de werkmaatschappij en wanneer voldoende wordt aangesloten bij de aanwezige verandercondities die per werkmaatschappij verschillen. Er wordt daarom gekozen voor de grof-fijn cyclo stroomlijning van veranderingsproces. Vanuit een groeiend collectief bewustzijn binnen de Sensire ‘De Slinge’ ten aanzien van de organisatievisie, de omgevingsontwikkelingen en de organisatiestructuur, zijn vervolgens een tweetal ontwerpcabinets georganiseerd. Met een zogenaamde rondetafelconferentie werd de ontwerpfase afgesloten.

De directeur van de werkmaatschappij hield zogenaamde ‘road shows’ in alle gemeenten om aan de medewerkers uit te leggen wat het basismodel inhoudt en waarom daarvoor is gekozen. Vervolgens werd besloten om twee gemeenten, Groenlo en Neede, te laten fungeren als speerpuntgemeenten. Bij de invoering van de zorg- en dienstenteams zijn de medewerkers binnen elke gemeente nadrukkelijk in een ontwerpgroep betrokken.
Na de ingrijpende wijzigingen die de implementatie van de grofstructuur met zich mee bracht, werd de volgende fase gekenmerkt door continuïteit en een meer incrementele ontwikkeling. Een jaar lang waren de teams bezig om op elkaar ingespeeld te raken, om te leren wat de teamkaders zijn en te ontdekken hoe invulling kan worden gegeven aan de speelruimte die het werken in een team biedt.


Opleidingen blijven een belangrijke pijler in het ontwikkelingsproces. Naast vakinhoudelijke trainingen volgen medewerkers uit de teams een training ‘feedback geven’. Door te paralleliseren en te segmenteren, regelbevoegdheden daar neer te leggen waar de werkzaamheden worden uitgevoerd en het invoeren van integraal management is het aantal knelpunten sterk gereduceerd. Het aantal ‘grensoverschrijdende’ afstemmingen is geminimaliseerd. Met de teams is er vooral sprake van afhankelijkheden binnen het team en is er nauwelijks afhankelijkheid tussen de teams. Dan blijkt dat in de nieuwe situatie 53 van de in de uitgangssituatie geïnventariseerde 67 knelpunten kunnen worden voorkomen of opgelost. In twee gevallen kunnen de gevolgen van de knelpunten worden weggenomen en in zeven situaties afgezwakt. De overige vijf knelpunten zijn niet beïnvloedbaar.

Evaluatieonderzoek
Nagegaan dient te worden of het invoeren van de geschetste grof- en fijnstructuur en de implementatie van een teambased organisatieconcept volgens de sociotechniek binnen Sensire tot de gewenste verbeteringen leiden. Dit dient zichtbaar te worden op de parameters doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel. Hiertoe is een longitudinaal evaluatieonderzoek uitgevoerd met controlemetingen. Dit betekent dat een aantal metingen is verricht zowel binnen de organisatieonderdelen waar het teambased concept werd ingevoerd als in andere regio’s van Sensire waar het concept nog niet is geïntroduceerd. Het gehanteerde meetdesign is bekend als het ‘pretest posttest control group design’.

Als instrumentarium is met name gekozen voor de Benchmarkmeting die landelijk elke drie jaar binnen de thuiszorgorganisaties wordt uitgevoerd. De uitvoering is in handen van externe en onafhankelijke organisaties (Instituut Werk en Stress en PricewaterhouseCoopers Consulting). Hieraan doen bijna alle thuiszorgorganisaties mee. De gemeten resultaatgebieden sluiten geheel aan bij de begrippen die binnen de sociotechniek gehanteerd worden. Deze parameters worden op een gestandaardiseerde manier gemeten en vergeleken met de resultaten van collega instellingen. Zo ontstaat een lijst van ‘best practice organisaties’ ten aanzien van de drie aspecten: doelmatigheid, klantenwaardering en medewerkersoordeel.

De Benchmark van 2000 is de eerste meting die is uitgevoerd vóór de invoering van de grofstructuur voor de hele Sensire organisatie. Zo ontstaat de vóórmeting voor zowel de gemeenten waarbinnen de teamveranderingen zullen worden doorgevoerd als voor de andere regio’s van de werkmaatschappij. De tweede meting is verricht ná de invoering van de kanteling van Groenlo en Neede en de invoering van de grofstructuur. Na de invoering van de fijnstructuur en operationalisering van de teams in Groenlo en Neede, is meting drie verricht. Een jaar na de invoering van zelfsturing binnen de teams van Groenlo en Neede heeft de vierde meting plaatsgevonden.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Eind 2004 is een nieuwe landelijke Benchmark Thuiszorg uitgevoerd. De Benchmark van 2000 en van 2004 is gebruikt als controlemeting ten aanzien van het medewerkersoordeel. Dat wil zeggen dat de gegevens van de medewerkers van Groenlo en Neede zijn vergeleken met de resultaten van vergelijkbare groepen van Sensire ‘De Drie Beken’. Als controle over de doelmatigheid zijn de resultaten binnen de verschillende regio’s van Sensire ‘De Slinge’ gebruikt over de periode 2000 tot 2003. Voor het klantenoordeel is helaas geen controlemeting beschikbaar en moet worden volstaan met een beoordeling van de veranderingen die binnen de experimentele groep van Groenlo en Neede optreden. Op grond van alle metingen zijn per parameter analyses uitgevoerd om na te gaan of de beoogde effecten optreden en deze statisch significante verbeteringen laten zien. Ook is nagegaan of de veranderingen in de experimentele groep significant groter zijn dan die in de controlegroep.

**Doelmatigheid**

Uit de vergelijkende cijfers blijkt dat zowel de productie als de efficiency bij de experimentele groep (het teambased concept) substantieel hoger is dan in de controlegroep. Het percentage ziekte- en indirecte uren is in de experimentele groep circa vier procent lager dan in de controlegroep. Dit verschil is in de loop van het onderzoek toegenomen.

**Klantenwaardering**

De klantenwaardering is door middel van 52 vragen nagegaan. Analyses zijn op vraagniveau uitgevoerd en statistisch getoetst. Uit de opeenvolgende metingen binnen de experimentele groep blijkt dat bij 50% van de vragen een significante verbetering is opgetreden na de invoering van de teambased organisatie. Bij 44% treedt geen significante verbetering op en bij drie vragen (zes procent) is het oordeel verslechterd. De laatste vragen hebben betrekking op of worden medebepaald door externe ontwikkelingen ten aanzien van wijziging van de financiering (AWBZ-pakket en eigen bijdrage) en indicatiestelling voor de thuiszorg.

Wordt deze veelheid van vragen geclusterd in negen dimensies, dan blijkt dat zes dimensies significant verbeteren en drie gelijk blijven. Een aspect dat de klantwaardering positief kan hebben beïnvloed is dat het percentage geleverde uren ten opzichte van de geïndiceerde uren is toegenomen en het gemiddeld aantal medewerkers per klant is afgenomen. Beide aspecten zijn expliciete doelen van de invoering van het concept van teambased werken.

**Medewerkersoordeel**

Binnen de experimentele groep blijkt over de vier opeenvolgende metingen dat op tien variabelen een significante verbetering is opgetreden, één dimensie is significant verslechterd en de overige elf gelijk zijn gebleven. De resultaten inhoudelijk overziend kan gesteld worden dat de energiebronnen controle, duidelijkheid, ontlooping, coaching, sociale steun en feedback, zijn verbeterd. De werktressoren zijn gelijk gebleven en de uitkomstmaten (tevredenheid, betrokkenheid, uitputting, verloopintentie, et cetera) zijn of gelijk gebleven of verbeterd.

Binnen de Sensireorganisatie is een met de experimentele groep vergelijkbare controlegroep gedetecteerd waar de teamveranderingen niet zijn doorgevoerd waarvan de medewerkersoordeel over de Benchmark 2000 en 2004 beschikbaar zijn. Worden de experimentele en controlegroep afzonderlijk geëvalueerd om na te gaan in hoeverre er verschillen optreden in de tijd per groep, dan blijkt dat de experimentele groep op zeven energiebronnen een significant positieve verandering te zien geeft en bij één energiebron een significant negatieve verandering. Bij de controlegroep treden drie significant positieve veranderingen op en twee significant negatieve veranderingen. Alleen in de experimentele groep verbeteren significant: ontlooping, sociale steun, betrokkenheid en uitputting. Dit zou toegeschreven kunnen worden aan de invloeden van de doorgevoerde interventie. Ze zijn in ieder geval in lijn met hetgeen op grond van de sociotechniek teambased organiseren verwacht mag worden. In de controlegroep verslechtert de verloopintentie terwijl deze bij de experimentele groep niet significant verschilt. Ook dat kan een gevolg zijn van de...

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
doorgevoerde interventie. Immers, het feit dat de verloopintentie niet verslechterd is opmerkelijk gezien de grote veranderingen in de financiering van de thuiszorg en de negatieve berichtgeving.

Derhalve kan geconcludeerd worden dat de basale vraagstelling of implementeren van een sociotechnisch organisatieconcept en teambased organiseren in het bijzonder, in deze thuiszorgorganisatie tot verbetering heeft geleid van de doelmatigheid van de zorguitvoering, de waardering van de zorg door klanten en de kwaliteit van het werk van zorgmedewerkers, positief beantwoord kan worden.

Reflectie

In het onderzoek is aangetoond dat het mogelijk is om binnen thuiszorgorganisatie Sensire een herinrichting door te voeren waarbij de traditionele organisatievorm wordt veranderd om beter te kunnen voldoen aan de nieuwe (maatschappelijke) prestatie-eisen. Tevens blijkt dat deze herinrichting ook leidt tot betere prestaties ten aanzien van de cruciale parameters: doelmatigheid, klantwaardering en kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers. Binnen de experimentele afdelingen zijn de resultaten op een aantal onderdelen significant beter dan binnen andere onderdelen, de zogenaamde controlegroep.

Bij de beoordeling van de resultaten van een onderzoek zijn twee methodologische aspecten van belang: de interne validiteit, de juistheid van de bevindingen en de externe validiteit: de overdraagbaarheid van de bevindingen naar andere organisaties. Ten aanzien van de interne validiteit kunnen kanttekeningen worden gemaakt met betrekking tot het feit dat een experiment betekent: extra aandacht en dat dit eveneens de positieve resultaten kan beïnvloeden: het ‘Hawthorne effect’. Ook specifieke en niet bekende factoren als mogelijke extra betrokkenheid van de medewerkers en management, een toevallige grote mate van veranderingsbereidheid en samenwerkingshouding, kunnen mogelijk bijgedragen hebben aan de geconstateerde effecten. Daarentegen zijn de resultaten in verschillende uitgevoerde metingen (Benchmark, WEBA- en knelpuntenanalyse) zeer consistent, hetgeen kan betekenen dat de interventies daadwerkelijk de geconstateerde verbeteringen - mede - hebben veroorzaakt.


Door een gedetailleerde beschrijving van de begin- en eindsituatie en het veranderingsproces wordt inzichtelijk hoe dit in de praktijk is gebeurd. Bij dergelijke processen zijn veel factoren van belang en kunnen veel valkuilen optreden die vermeden moeten worden. De rol van alle partijen, management, medewerkers, ondersteuning en klanten, is essentieel en dient steeds de juiste aandacht te krijgen. Veranderingsprocessen zijn soms zeer moeizaam, maken fasen door van enthousiasme en teleurstelling. Dit vereist steeds de juiste betrokkenheid en participatie van het management, duidelijkheid en eenduidigheid in doel, sturing en werkwijze. Beschikbaarheid van management met een gedeelde visie, maar ook van voldoende middelen en mogelijkheden om de verandering in te zetten en door te voeren, zijn wellicht specifieke aspecten van Sensire die de resultaten eveneens hebben bepaald. In hoeverre dat ook voor andere (thuis)zorgorganisaties zal gelden en derhalve bij doorvoering van een vergelijkbare reorganisatie tot overeenkomstige resultaten zal leiden is dan ook niet met zekerheid te zeggen.

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Lessen
Er zijn veel lessen te leren uit de hier beschreven gevalstudie en het onderzoek. Kortheidshalve wordt benoemd:

• een duidelijke strategische verandernoodzaak en committent van het management is noodzakelijk;
• zelfsturing is niet alleen een verandering van structuur maar ook een cultuurwijziging van de gehele organisatie;
• er is blijvende aandacht voor teamontwikkeling en ontwikkeling van leidinggevenden nodig alsmede voor de belasting van medewerkers bij een veranderingsstraject in toch al turbulente tijden en bij hoge werkdruk;
• tijdige beschikbaarheid van het instrumentarium zal het proces zeer faciliteren;
• te veel succes bij het aanslaan van de implementatie kan leiden tot onrealistische verwachtingen en nog hogere werkdruk en uiteindelijk weer tegen zichzelf keren.

De sociotechnische manier van organiseren zal integraal dienen te worden ingevoerd. De resultaten bij Sensire 'De Slinge' creëren hiervoor een breed draagvlak. Dit betekent dat niet alleen de extramurale zorg bij Sensire, maar ook de intramurale afdelingen volgens sociotechnische principes georganiseerd gaan worden.

De opgedane inzichten kunnen aanleiding zijn voor vervolgonderzoek:

• de Benchmark Thuiszorg is een geschikt instrument gebleken en het verdient aanbeveling de grote schat aan data die dit periodieke landelijke onderzoek oplevert te benutten om na te gaan welke factoren de uitkomsten - mede - kunnen hebben bepaald, zowel in positieve als in negatieve zin.
• in zorgorganisaties wordt veel uitvoerend werk solistisch verricht. Uit dit onderzoek blijkt dat voor deze medewerkers teamfunctioneren meerwaarde oplevert. Nagegaan kan worden welke andere vormen van teams, feitelijk of zelfs virtueel, eveneens of in specifieke situaties nog meer voordelen kunnen bieden.
• de mogelijkheden van ICT-middelen worden met name binnen het functioneren van teams nog weinig uitgenut. Toepassing van moderne ICT maakt bijvoorbeeld adequate rapportage door het team mogelijk en vergroot de leermogelijkheden van het team. ICT heeft daarmee ook een toenemende invloed op het werken in teams.

Op al deze en nog vele andere terreinen is aanvullend onderzoek mogelijk en wenselijk.

Overpeinzingen
De aanleiding van dit onderzoek was gelegen in een aantal actuele en toekomstige maatschappelijke veranderingen die het noodzakelijk maken om zorgorganisaties anders in te richten zodat de zorg toegankelijk blijft voor de groeiende groep klanten. Aangetoond is dat de sociotechnische benadering hieraan een bijdrage kan leveren. Echter, er is meer; herinrichting alleen is niet een afdoende oplossing. Ook andere overwegingen dienen meegenomen te worden om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. De kosten van de zorg zullen bij ongewijzigd beleid immers exponentieel groeien. De zorgvraag zal door de toenemende vergrijzing, de groeiende vragen en verwachtingen van ouderen en grotere medische mogelijkheden sterk stijgen. Nu met vergroting van de doelmatigheid sec de toenemende zorgvraag niet opgevangen kan worden, moeten ook andere oplossingen worden gevonden om het verschil tussen zorgvraag en daarbij achterblijvende zorgcapaciteit te overbruggen. Een mogelijkheid daartoe is de gecombineerde inzet van techniek en persoonlijke aandacht. Het verminderen van de behoefte aan zorg door de preventie en onzekerheidreductie bij zorgvragers verdient daarbij aandacht. Het zekerheidsgevoel wordt bijvoorbeeld bevorderd door onmiddellijke respons op een vraag of hulpverzoek. Door inzet van ‘telezorg’ kan de zelfzorgcapaciteit belangrijk worden vergroot en het gemiddelde beslag op professionele
hulp per klant worden teruggebracht. Door substantiële inzet van ICT kunnen zorgmedewerkers beter op de individuele klantenwensen inspelen en op afstand snel vaststellen welke zorg hoe dringend gewenst is. Vervolgens kan de juiste professional op een adequate manier met de klant in contact treden. Proeven met beeld- en geluidsverbinding tussen klanten en verpleegkundigen via het televisietoestel van de klant, duiden op toenemende zelfredzaamheid, een vergroot veiligheidsgevoel van de zorgvrager, stijging van de effectiviteit van de zorgverlener en afname van de zorgconsumptie.

Ten slotte
Om de veelheid van problemen, waardoor de zorg voor ouderen steeds minder toegankelijk dreigt te worden, op te lossen, zal een meervoudige benadering noodzakelijk zijn. Herinrichting van de organisatie is beslist noodzakelijk maar zal zeker op termijn weer nieuwe grenzen stellen. Nieuwe technologieën zullen eveneens ten volle benut moeten worden, waarbij de ‘menselijke maat’ en nabijheid en betrokkenheid van medewerkers bij de klanten van even groot belang moet blijven. De beslissers van nu, babyboomers van gisteren en ouderen van straks hebben de taak om zorgorganisaties adequaat te blijven organiseren om de zorgvragen van morgen te kunnen blijven beantwoorden.
Literatuurlijst


AMELSENVOORT, P. van, SCHOLTES, G., ‘Zelfsturende teams, ontwerpen, invoeren en begeleiden’, ST-GROEP, Oss, 1993


AMELSENVOORT, P. van, De moderne sociotechnische benadering, ST-GROEP, Vlijmen, 1999


AMELSENVOORT, P. van, METSEMakers, M., SÜDMEIDER, P. ‘Productiviteit en professionals’, Panta Rhei, jaargang 14, nr. 2, Vlijmen, 2004


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’


BENDERS, J., AMELSFVOORT, P. van (red.), Zelfsturende teams in de dienstverlening, Lemma, Utrecht, 2000


BENDERS, J., ‘Usefull but unused Groupwork in Europe’, 1999


BERG, R. van den, ‘Borrelen aan de bar’, Personeelsbeleid, 36, 10, p. 30-31, 2000


BOER & CROON, ‘Strategische verkenning Zorg Thuis’, Amsterdam, 2003


BOOMEN, F. van den, ‘Instrumenten om de persoonlijke competentie te ontwikkelen: methodische afgrenzing van coaching, supervisie en counseling’, werkboek, Bilthoven, 2000


BROEK, L. van den, ‘360°-feedback: waarom nu?’, Gids voor personeelsmanagement, 10, p. 78-79, 1999

BIJSTERVELD, H.J., ‘Het ouderenperspectief op thuiszorg; wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van de thuis (zorg) situatie in Friesland’, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2001


COMMISSIE HEALTH CARE GOVERNANCE, ‘Health Care Governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, 1999

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, Green Paper ‘Confronting demographic change: a new solidarity between the generations’, Brussel, 2005


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
Teams beter thuis in thuiszorg?


GROOT, A.D., ‘Een minimale methodologie op sociaal-wetenschappelijke basis, Mouton, Den Haag, 1971


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
JONG, A., de, ‘One for all, all for the customer, studies of self-managing teams in services’, Universiteit van Maastricht, 2003


KOLLENBURG, T., van, ‘Taakgroepen: duurzaam verbeteren?, proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, Oss, 2002


KUIJPERS, B., ‘Teamdevelopment and Teamperformance, Responsibilities, Responsiveness and Results; a longitudinal study of teamwork at Volvo Trucks Umeå’, Labyrinth Publications, Ridderkerk, 2005


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
KUIPERS, H., AMELSVOORT, P. van, KRAMER, E.H., ‘Sociotechnisch organiseren’, boek in ontwikkeling, 2005


LANKHAAR, M., OTTEVANGER, J., ‘Fusies in de (thuis)zorg’, Update Gezondheidszorg, PricewaterhouseCoopers, Utrecht, 2005


LEWIS, C., ‘Emerging Trends in Medical Device Technology: Home is where the Heart Monitor is’, US Food and Drug Administration, Rockville, 2001

LINGSMA, T., ‘Meer doen met minder mensen, toekomst vergt nieuwe kijk op zorg’, Zorgvisie, Maarsen, 4, april 2005


LVT, ‘Zorg thuis, een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21e eeuw’, Bunnik, 2000

LVT, ‘Naar een toekomstbestendige thuiszorg’, Strategienota, Bunnik, 2004

LVT, ‘Contributiegegevens 2004’, Bunnik, 2005


METSEMAKERS, M., ‘Stop met coachen!’, Panta Rhei, 4, p.10-11, Vlijmen, 1998

METSEMAKERS, M., AMELSVOORT, P. van, JAARSVELD, J. van, ‘Het organiseren van kennisintensieve processen’, Vlijmen, 2002


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’


MINISTERIE VAN VWS, ‘Naar een betaalbare AWBZ’, Den Haag, 2004a


OLSON, M., ‘The logic of collective action; public goods and the theory of groups’, Cambridge MA, 1971


PFEFFER, J., ‘Competitive advantage through people’, Boston, 1994


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’


PWC CONSULTING, 'Instellingsspecifieke rapportage resultaten', Benchmarkonderzoek thuiszorg 2000, Almere, 2002


RINGENS, P., ‘Ibn Sina, Donders en Snellen: vogelaar, parlevinker of baken met de storm voor ogen’, oratie, VU Amsterdam, Amsterdam, 2005


RUYSSEVELDT, J. van, ‘Kwaliteit van de arbeid, hedendaagse stromingen’, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1989

SCHAUFELI, W.B., DIERENDONCK, D, van, ‘Handleiding van de Utrechtse burnoutschaal: de UBOS’, Swets & Zeitlinger, Lisse, 1999


‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
SCHOEMAKER, M.J.R., 'De metamorfose van werkgemeenschappen', inaugurele rede, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen, 2003

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau), SEO (Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam), 'Kosten en baten van extramuralisering', de gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen, onderzoek in opdracht van CVZ, Den Haag, 2004

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau), 'In het zicht van de toekomst: Sociaal en Cultureel Rapport 2004', Den Haag, 2004

SCHUT, F.T., 'De zorg is toch geen markt?', laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg, inaugurele rede, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2003

SENSIRE, 'Verbetering en vernieuwing', jaarverslag 2003, Terborg, 2004

SENSIRE, 'Financiële jaarverslaggeving', Terborg, 2004a

SER, Sociaal Economische Raad, 'Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen', Den Haag, 2000


SITTER, L.U. de, 'Moderne sociotechniek', Gedrag en organisatie, nr. 5/5, 232, 1989

SITTER, L.U. de, 'Synergetisch produceren', van Gorcum, Assen, 1994


STOKER, J., VERWEIJ, M., 'Participatie na De Sitter en In 't Veld: de sociotechniek als oerstructuur' in: Bedrijfskunde, nr.1, 2003

SVB, 'Wachtlijsten in de thuiszorg en het PersoonsGebonden Budget', Utrecht, 2003


'Teams beter thuis in thuiszorg?'
SIJBEN, A.E.S., 'Omzien naar weldoen, Programma-evaluatie in theorie en praktijk', proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, F.E. MacDonald, Nijmegen, 1986

TIMMERMANS, J., WOITTIEZ, I., 'Verpleging en verzorging verklaard', Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2004

TJALLEMA, J., 'Zelfsturende teams: een praktische weergave van het invoeringsproces', Gids voor personeelsmanagement, 6, p. 54-57, 1999

TUCKMAN, B.W., JENSEN, M.A.C., 'Stages of small-group development revisited', Group and Organizational Studies, 2, p.419-427, 1977

TREACY, M., WIERSEMA, F., 'De discipline van marktleiders: kies uw klanten, verklein uw focus, en domineer uw markt', Scriptum, 1995


VERHOEVEN, W., 'Managen zonder hiërarchie', Uitgeverij H. Nelissen, Baarn, 1991


VLIST, R. van der, 'Geplande verandering van organisaties en organisatieontwikkeling in de jaren negentig'. In P.J.D. Drenth, H.K. Thierry, Ch. J. de Wolff (red.), Nieuw handboek A & O-psychologie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1993


WERNERFELT, B., 'A resource based view of the firm', Strategic management journal, 5, p.171-180, 1984


WITTE, M.C., de, ‘De sociotechniek als ‘nieuw productieconcept’: theoretische uitgangspunten en kritiek’ in: J.L.M. van Beveren en P. van der Parre (red.), In werkelijkheid is ‘t anders: sociologische opstellen voor Jan Berting, SISWO, Amsterdam, 1995

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’


**Curriculum vitae**


Na 10 jaar in loondienst te hebben gewerkt, werd in 1987 de overstap naar zelfstandige beroepsuitoefening gemaakt door middel van participatie in en bestuurlijke eindverantwoordelijkheid over een groep (para) medische uitzendorganisaties.

Nadat in 6 jaar de onderneming was gegroeid naar diverse werkmaatschappijen en 17 vestigingen werd in 1994 gekozen voor maatschappelijk ondernemerschap door middel van directievoering over een kleine regionale thuiszorgorganisatie.

Door fusies, overnames en autonome groei is het zorgconcern Sensire ontstaan. De laatste functie is die van bestuursvoorzitter van Sensire Concern, bestaande uit onder andere Sensire, Thuiszorg Groningen, Vitras en Yunio, met in omzet van ± € 300 miljoen over 2005 en ± 14.500 medewerkers.

Vanaf begin 2001 is de studie bedrijfswetenschappen gevolgd die in 2003 (cum laude) aan de Radboud Universiteit Nijmegen werd afgesloten.
BIJLAGEN

A1: Begrippen Werkstressoren-Energiebronnen Model
A2: Begrippen Kwaliteit van de Organisatie: Klantenoordeel en Doelmatigheid
B : Activiteiten dienstenteams en zorgteams
C : Integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten
D : Urenverdeling voor en na invoering sociotechnisch organisatieconcept
E : Toekomstspoor Knelpuntenanalyse
E1: Knelpuntenanalyse Sensire
E2: Integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’
E3: Overzicht van ieder deelproces
E4: Overzicht van alle knelpunten, de omvang ervan en de gevolgen
E5: Integraal overzicht van het proces in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten
E6: Overzicht met de effecten van de organisatieverandering op de knelpunten
E7: De knelpuntenanalyse: tot slot
F : WEBA-instrument
G : Resultaten WEBA-analyse

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
### Bijlage A1

**A1: Begrippen Werkstressoren-Energiebronnen Model**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Energiebronnen</strong></th>
<th><strong>Toelichting</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Controle</td>
<td>Autonomie over en variatie in de werkzaamheden</td>
</tr>
<tr>
<td>Duidelijkheid</td>
<td>Duidelijkheid door regelgeving over het uitvoeren van de functie</td>
</tr>
<tr>
<td>Ontplooiing</td>
<td>Mogelijkheden voor scholing en ontwikkeling van capaciteiten</td>
</tr>
<tr>
<td>Coaching</td>
<td>Sociaal-emotionele en taakgerichte hulp van leidinggevenden</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociale steun</td>
<td>Emotionele steun die wordt ontvangen van collega’s</td>
</tr>
<tr>
<td>Feedback</td>
<td>Informatie over het doel en het resultaat van het werk</td>
</tr>
<tr>
<td>Beloning</td>
<td>Het als juist ervaren van het salaris</td>
</tr>
<tr>
<td>Secundaire</td>
<td>Passende secundaire arbeidsvoorwaarden</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Werkstressoren</strong></th>
<th><strong>Toelichting</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Werkdruk</td>
<td>Ervaren belasting door de hoeveelheid werk</td>
</tr>
<tr>
<td>Planning</td>
<td>Gebrek aan adequate planning</td>
</tr>
<tr>
<td>Onvriendelijkheid</td>
<td>Klagende of onbeleefde klanten</td>
</tr>
<tr>
<td>Emoties</td>
<td>Confrontaties met belastende emotionele klantsituaties</td>
</tr>
<tr>
<td>Ongewenste</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intimiteiten</td>
<td>Ervaren ongewenste intimiteiten op het werk</td>
</tr>
<tr>
<td>Werk &gt; thuis</td>
<td>Zorgen over het werk, waar men thuis over nadenkt</td>
</tr>
<tr>
<td>Thuis &gt; werk</td>
<td>Privé-zorgen waar men tijdens het werk over nadenkt</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysieke belasting</td>
<td>Belasting door het werken in een ongemakkelijke houding</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Uitkomstmaten</strong></th>
<th><strong>Toelichting</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tevredenheid</td>
<td>De mate waarin men zich prettig en voldaan voelt over het werk</td>
</tr>
<tr>
<td>Betrokkenheid</td>
<td>De mate waarin men zich medeverantwoordelijk voor en verbonden voelt met het werk en de organisatie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Gezondheidsklachten**
- Psychische klachten, zoals nervositeit of neerslachtigheid
- Algemene gezondheidsklachten
  - Burnout: Oordeel over de eigen gezondheid in het algemeen
  - Mentale en fysieke vermoeidheid
- Cynisme: Een onpersoonlijke en afstandelijke houding tegenover het werk en de mensen met wie men werkt
- Verminderde bekwaamheid: Het negatieve oordeel over de eigen prestaties

- Verloopintentie: De overweging om van baan te veranderen.

(Dijkstra, Schreurs, 2002)
A2: Begrippen Kwaliteit van de organisatie: Klantenoordeel en Doelmatigheid

**Klantenoordeel**
het oordeel van de klanten over de ontvangen zorg en/of dienstverlening aan de hand van de navolgende dimensies:

- **Bejegening**: mening over bejegening door en het gedrag van thuiszorgmedewerker
- **Deskundigheid**: mening over deskundigheid en werkwijze van thuiszorgmedewerker
- **Autonomie**: klantgerichtheid en empathie thuiszorgmedewerker
- **Toegankelijkheid**: wachtijd, zorgvolume en aanpassingen daarvan, bereikbaarheid, contactpersoon
- **Continuïteit**: nakomen afspraken, vervanging, aantal zorgmedewerkers bij klant en de onderlinge samenwerking
- **Communicatie**: informatievoorziening door thuiszorginstelling, samenwerking met mantelzorger(s), zorgovereenkomst en zorgdossier, informatievoorziening over klachtenprocedure, klantenraad en eigen bijdrage
- **Hulpmiddelen**: hulp bij bestellen, verwijzing, levertijd, kwaliteit, service en uitleg

**Doelmatigheid**

- **Productiviteit**: het aantal betaaluren van uitvoerend medewerkers minus het aantal niet-declarabele uren gedeeld door de betaaluren.
B: Activiteiten dienstenteams en zorgteams

Activiteiten van dienstenteams (niet limitatief):
Alle activiteiten, tenzij de klant bezwaar heeft of Sensire van mening is dat de (wijze van) uitvoering van zorg of diensten vanuit doelmatigheid- of professionele overwegingen niet mogelijk is:
• huis schoonmaken;
• wassen en strijken;
• boodschappen;
• huisdieren verzorgen;
• aanvullende diensten, gewenst door de klant
• steunkous aantrekken;
• eenvoudige douchebeurt;
• contact met de klant;
• signaleren van ontwikkelingen bij de klant
• bijhouden klantendossier
(Klanten van deze teams hebben de regie en worden gekenmerkt door overwegend een enkelvoudige zorgvraag in de sfeer van huishoudelijke ondersteuning).

Activiteiten van zorgteams (niet limitatief):
Alle activiteiten, met als bijzondere opmerking dat verpleegkundige activiteiten bij de (wijk)verpleegkundige van het team ondergebracht worden als de frequentie zo laag is, dat geoefendheid of bekwaamheid niet gewaarborgd is of als de situatie instabiel wordt:
• alle activiteiten dienstenteam met één of meerdere van de volgende activiteiten;
• organiseren huishouden;
• lichamelijke verzorging;
• preventie;
• begeleiden klant;
• maaltijdbegeleiding;
• gezinsbegeleiding;
• reactiveren;
• verstrekken (specifieke) medicijnen;
• verpleegtechnisch handelen;
• katheteriseren;
• wondverzorging;
• injecteren;
• beoordelen in instabiele situatie.
(Klanten van zorgteams hebben de regie en worden gekenmerkt door een meer samengestelde zorgvraag, waarbij verschillende kwalificatieniveaus betrokken dienen te worden).
C: Integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten

1. Organiseren en regelen van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging) Bij afwezigheid van de klant is de bijbehorende medewerker vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingevallen, daar waar een tekort is. Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen. In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft elk team enkele oproepkrachten ter beschikking. Elk team heeft een sterrehouderplanning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrehouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn). Omdat meerdere operationele regeltaken naar het team gaan kan er meer aandacht aan tactisch regelen (verbeteren van proces) en coachen geschonken worden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

196
### 2. Activiteiten van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega’s aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie)</td>
<td>Teamleden van het miniteam kennen elkaar en de klant goed. Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden. Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 3</td>
</tr>
<tr>
<td>De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De zorgbehoefte van de klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers TV in geval van ziekte of verlof van vaste TV'er</td>
<td>Er is geen vaste TV'er meer voor een bepaalde klant; er is een vast kwartetje voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega's van het kwartetje dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen</td>
<td>De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt ‘gejojo’</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 3 &amp; Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant heeft langdurige relatie met medewerker (soms te persoonlijk); niet meer helder is wat gangbaar is (bv. ongewenste intimiteiten)</td>
<td>Collega’s in een team hebben steun aan elkaar doordat meerdere bij de klant komen. Het gevaar schuilt er echter in dat één collega de ander gaat domineren.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klant krijgt tegenstrijdige adviezen</td>
<td>De eerst verantwoordelijke schrijft een zorgplan en communiceert hierover naar de teamleden. De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk en gezamenlijk bij een bepaalde klant actief waardoor het werkoverleg zinvol kan zijn. Er wordt niet meer langs elkaar heen gewerkt.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De meeste verzorgers TV zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit</td>
<td>Bij het toedelen van klanten aan teams kan rekening worden gehouden met het beschikbare aantal uren van een team. Bij groei van de zorgvraag initieert sterrothouder de werving van nieuwe medewerkers</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Geïnventariseerd knelpunt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat:  - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld;  - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)  Bij afwezigheid van de klant heeft de bijbehorende medewerker gaten in het rooster of is vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingepland, daar waar een tekort is. Medewerkers zijn nl. bang om vaste klant(en) te verliezen aan Verpleging V&amp;V  Plannen (klantgericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitste activiteiten; afstemming is problematisch  Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voltooiing plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie  Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen.</td>
<td>In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft elk team enkele oproepkrachten tot de beschikking. Ieder team heeft een sterrolhouder planning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrolhouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn).</td>
<td>Omdat meerdere operationele regeltaken naar het team gaan kan er meer aandacht aan tactisch regelen (verbeteren van proces) en coachen geschonken worden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Steap 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Steap 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Steap 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Steap 4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bijlage C (vervolg)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat in het achterhalen van gegevens. Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Info over herindicatie komt rechtstreeks bij het miniteam en dus bij iemand die de klant goed kent</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkoverleg is vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verzorgingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Het planningsproces is minder complex en is bovendien de verantwoordelijkheid van de sterrolhouders met planning als aandachtsgebied. Daarnaast is het minitteam gezamenlijk verantwoordelijk voor een groepje klanten; ze zijn functioneel afhankelijk. D.w.z. overleg is nodig omdat ze de klant ‘delen’ en dus de info van elkaar nodig hebben om de klant te verzorgen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.p.v. haalplicht)</td>
<td>Het werkoverleg krijgt meer betekenis, waardoor niet meer met ‘maatjes’ kan worden gewerkt (iedereen is onmisbaar tijdens overleg)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>De teams zullen met ‘cockpiljes’ gaan werken waardoor de teamprestaties zichtbaar worden. De functionele afhankelijkheid van teamleden zorgt ervoor dat wordt aangesproken op het individuele functioneren. ‘Zwarte pieten’ is in de toekomst niet meer mogelijk omdat ieder team eigen resultaatgebied heeft</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bijlage C (vervolg)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stap</th>
<th>Beschrijving</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stap 3</td>
<td>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming over logistieke taken tussen afdelingen niet meer hoeft plaats te vinden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 3</td>
<td>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming louter tussen medewerkers binnen een miniteam plaatsvindt. De medewerkers kennen elkaar en de klant goed.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 3</td>
<td>De verpleging blijft korte contactmomenten behouden met de klant. Afstemming blijft dus noodzakelijk. Klant is echter wel aan een vast team toegewezen (en heeft dus vaste verzorgers) waardoor het ‘gejojo’ beduidend lager ligt</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 3</td>
<td>Wijkverpleging doet geen midden complexe zorgvraag om werk van verpleging aantrekkelijk te houden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 3</td>
<td>Teamleden van het miniteam kennen elkaar en de klant goed. Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 4</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet te beïnvloeden. Doordat het over minder schijven gaat kan hier wel sneller gereageerd worden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 4</td>
<td>Er is geen vaste Verzorger V&amp;V meer voor een bepaalde klant; er is een vast aantal medewerkers voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega’s dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 4</td>
<td>De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt gejojo</td>
</tr>
<tr>
<td>Stap 4</td>
<td>Collega’s in een team hebben steun aan elkaar doordat meerderen bij de klant komen. Het gevaar schuilt er echter in dat één collega de ander gaat domineren.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
### Bijlage C (vervolg)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stap 4</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klant krijgt tegenstrijdige adviezen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De eerstverantwoordelijke schrijft een zorgplan en</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>communiceert hierover naar de teamleden. De teamleden zijn</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gezamenlijk verantwoordelijk en gezamenlijk bij een bepaalde klant</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>actief waardoor het werkoverleg zinvoller is. Er wordt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>niet meer langs elkaar heen gewerkt.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Normaal gesproken ondersteunt TV bij het toedienen van voedsel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tenzij er een verzorger bij de betreffende klant actief is. Dit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kan leiden tot misverstanden.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doordat een klant bij een bepaald team zit, doet dit probleem zich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>niet meer voor</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De meeste verzorgenden zitten continu aan het maximum aantal uren</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reserve</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>capaciteit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bij het toebedelen van klanten aan teams kan rekening worden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gehouden met het beschikbare aantal uren van een team. Bij groei</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>van de zorgvraag initieert sterrothouder de werving van nieuwe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medewerkers</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 5. Organiseren en regelen van het Verplegingsproces V&V

#### Bijlage C (vervolg)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat:  
- nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld;  
- een medewerker ziek is (en er is geen vervanging) | In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft ieder team enkele oproepkrachten ter beschikking. Ieder team heeft een sterrolhouder planning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrolhouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn). | | | | Stap 4 |
| Bij afwezigheid van klant heeft de bijbehorende medewerker gaten in het rooster of is vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingevallen, daar waar een tekort is. Medewerkers zijn nl. bang om vaste klant(en) te verliezen aan Verzorging V&V | | | | | Stap 4 |
| Plannen (klantgericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitste activiteiten; afstemming is problematisch | | | | | Stap 4 |
| Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie | | | | | Stap 4 |
| Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen. | Omdat meerdere operationele regeltaken naar het team gaan kan er meer aandacht aan tactisch regelen (verbeteren van proces) en coachen geschonken worden. | | | | Stap 4 |

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
### 6. Activiteiten van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat in het achterhalen van gegevens. Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Info over vermelding komt rechtstreeks bij het miniteam en dus bij iemand die de klant goed kent</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet beïnvloedbaar</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkoverleg is vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verplegingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Het planningsproces is minder complex en is bovendien de verantwoordelijkheid van de sterrolhouders met planning als aandachtsgebied. Daarnaast is het miniteam gezamenlijk verantwoordelijk voor een groepje klanten; ze zijn functioneel afhankelijk. d.w.z. overleg is nodig omdat ze de klant ‘delen’ en dus de info van elkaar nodig hebben om de klant te verzorgen.</td>
<td>Het werkoverleg krijgt meer betekenis, waardoor niet meer met ‘maatjes’ kan worden gewerkt (iedereen is onmisbaar tijdens overleg)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.p.v. haalplicht) Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>Het werkoverleg krijgt meer betekenis, waardoor niet meer met ‘maatjes’ kan worden gewerkt (iedereen is onmisbaar tijdens overleg)</td>
<td>De teams zullen met ‘cockpiljetjes’ gaan werken waardoor de teamprestaties zichtbaar worden. De functionele afhankelijkheid van teamleden zorgt ervoor dat wordt aangesproken op het individuele functioneren. ‘Zwarte pieten’ is in de toekomst niet meer mogelijk om ieder team eigen resultaatgebied heeft.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
### Bijlage C (vervolg)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Logistieke info van verzorgers V&amp;V voor verpleging V&amp;V t.a.v. werkverdeling vindt niet plaats</th>
<th>Wijkverpleging doet geen middencomplex zorgvraag om werk van verpleging V&amp;V aantrekkelijk te houden</th>
<th>Stap 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Info over verloop verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. verpleegproces V&amp;V vindt beperkt plaats (hoofdzakelijk via zorgdossier)</td>
<td>De verpleging blijft korte contactmomenten behouden met de klant. Afstemming blijft dus noodzakelijk. Klant is echter wel aan een vast team toegewezen (en heeft dus vaste verzorgers); waardoor het ‘gejojo’ beduidend lager ligt.</td>
<td>Stap 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Info over verloop TV-proces met vragen, verzoeken t.a.v. verplegingsproces V &amp; V vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Medewerker uit zorgteam kan bij (incidentele) hoog-complex zorgvraag van klant het dienstenteam tijdelijk aanvullen</td>
<td>Stap 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Logistieke info van TV voor verplegers V&amp;V t.a.v. werkverdeling vindt niet plaats</td>
<td>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming over logistieke taken tussen afdelingen niet meer hoeft plaats te vinden</td>
<td>Stap 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Afstemming over klant vindt plaats via dit zorgdossier; klant is gekoppeld aan miniteam en een verslag van de afstemming wordt gemaakt</td>
<td>Teamleden van het miniteam kennen elkaar en eventuele onenigheid kan op de schoolplein en/of telefonisch plaatsvinden</td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</td>
<td>Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen</td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>De zorgbehoeften van de klant blijken niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet te beïnvloeden. Door tot over minder schijven gaat kan hier wel sneller op gereageerd worden.</td>
<td>Stap 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers Verpleger V&amp;V in geval van ziekte of verlof van vaste Verpleger V&amp;V</td>
<td>Er is geen vaste verpleegkundige V&amp;V meer voor een bepaalde klant; er is een vast aantal medewerkers voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega’s dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.</td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer gejojoed tussen medewerkers van verschillende afdelingen</td>
<td>De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt ‘gejojo’</td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
### Tabel: Tegensprokkelijke adviezen

<p>| Klant krijgt tegensprokkelijke adviezen | De eerstverantwoordelijke schrijft een zorgplan en communiceert hierover naar de teamleden. De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk en gezamenlijk bij een bepaalde klant actief waardoor het werkoverleg zinvol is. Er wordt niet meer langs elkaar heen gewerkt. | Stap 4 |
| De meeste verpleegkundigen V&amp;V zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit | Bij het toedelen van klanten aan teams kan rekening worden gehouden met het beschikbare aantal uren van een team. Bij groei van de zorgvraag initieert ster rolhouder de werving van nieuwe medewerkers | Stap 4 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
<th>Oplossing bij Stap 3 of 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medewerker call center is niet op de hoogte van situatie klant; klant en familie hebben geen vast aanspreekpunt om contact mee op te nemen</td>
<td>In de toekomst belt een klant (of familie) naar een lokaal nummer zodat het idee ontstaat dat het vertrouwd is (ook al komt dit bij het centrale nummer terecht). Er zal dan in eerste instantie worden doorverbonden naar het eerste aanspreekpunt van het team. Pas als dit niet te bereiken is zal het call center (dat de klant niet kent) te woord staan. Het call center zal met de deskundigheid meer een vraagbaak worden; het wordt een back-office i.p.v. een front-office.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Doorgegeven vragen, klachten komen niet in zorgdossier terecht (daardoor zijn medewerkers TV en V&amp;V hiervan niet op de hoogte)</td>
<td>Door dat vragen, klachten in eerste instantie bij het eerste aanspreekpunt van het team komen, zal dit met de teamleden besproken worden (omdat ze functioneel van elkaar afhankelijk worden). Het electronisch zorgdossier maakt het in de toekomst mogelijk dat nieuwe ontwikkelingen (bv. telefoontjes van 's nachts) continu zichtbaar zijn.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Stap 4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bijlage D

D: Urenverdeling voor en na invoering sociotechnisch organisatieconcept

<table>
<thead>
<tr>
<th>Urenverdeling in %</th>
<th>Meting 1</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 3</th>
<th>Meting 4</th>
<th>Meting 2</th>
<th>Meting 3</th>
<th>Meting 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Benchmark 2000</td>
<td>59,0</td>
<td>61,0</td>
<td>69,1</td>
<td>65,3</td>
<td>65,4</td>
<td>69,1</td>
<td>69,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensire</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>'De Slinge' 2002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>'De Slinge' 2003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>'De Slinge' 2004</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Groenlo/Neede 2002</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Groenlo/Neede 2003</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Groenlo/Neede 2004</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Productieve uren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwangersch./bijz. verlof</td>
<td>1,0</td>
<td>1,8</td>
<td>0,5</td>
<td>1,1</td>
<td>0,7</td>
<td>0,8</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vakantie</td>
<td>12,6</td>
<td>9,8</td>
<td>9,5</td>
<td>9,6</td>
<td>11,3</td>
<td>10,0</td>
<td>9,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtotaal</td>
<td>72,6</td>
<td>72,6</td>
<td>79,1</td>
<td>76,0</td>
<td>77,6</td>
<td>79,9</td>
<td>79,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekteverzuim¹</td>
<td>8,5</td>
<td>8,4</td>
<td>5,4</td>
<td>5,3</td>
<td>7,6</td>
<td>4,6</td>
<td>7,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Reistijd²</td>
<td>6,6</td>
<td>3,5</td>
<td>5,6</td>
<td>5,1</td>
<td>5,1</td>
<td>5,1</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Overleg</td>
<td>1,7</td>
<td>3,5</td>
<td>1,8</td>
<td>2,3</td>
<td>2,3</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Planning³</td>
<td>1,0</td>
<td>5,1</td>
<td>1,4</td>
<td>2,5</td>
<td>2,5</td>
<td>3,4</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Frictietijd⁴</td>
<td>0,5</td>
<td>0,0</td>
<td>1,6</td>
<td>3,1</td>
<td>3,1</td>
<td>2,5</td>
<td>2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Scholing⁵</td>
<td>3,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1,6</td>
<td>1,7</td>
<td>1,7</td>
<td>1,3</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig⁶</td>
<td>5,3</td>
<td>6,1</td>
<td>3,5</td>
<td>4,0</td>
<td>4,0</td>
<td>1,4</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtotaal Ziekte, Geen en Ander Werk</td>
<td>27,4</td>
<td>27,4</td>
<td>20,9</td>
<td>24,0</td>
<td>22,6</td>
<td>20,1</td>
<td>20,8</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAAL</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Urenverdeling voor invoering werkmaatschappijen/integraal management en voor en na inzet zelfsturende teams.

1 Het ziekteverzuim kende in Groenlo/Neede in 2003 (na het formeren van de teams) een ‘dip’; in 2004 is dit hersteld
2 Reistijd is afhankelijk van een slimme planning. In Groenlo/Neede was bij het invoeren van de teams een sterke daling te zien: van 5,1% in 2002 naar 3,8% in 2003. Vervolgens is er sprake van een stabilisatie in 2004 (4,0%)
3 De door uitvoerend medewerkers aan planning bestede tijd bedroeg in 2002 in Groenlo en Neede 2,2%. De overige planningswerkzaamheden werden toen uitgevoerd door zorgmanagers. De gecorrigeerde tijd besteed aan planning bedraagt dan 3,4%. Het inleren van de planning door de teamleden leidt tot een stijging naar 4,5%. Een nieuw planningsinstrument in 2004 leidt tot een daling naar 3,3%.
4 In Groenlo/Neede daalt de frictietijd van 2,5% (2002), via 2,1% (2003), naar 1,6% (2004)
5 In Groenlo/Neede blijft de bestede tijd aan scholing in 2002 en 2003 gelijk (1,3%). Doordat medewerkers geacht werden breder inzetbaar te zijn, stijgt dit in 2004 (2,8%).
6 De uren Overig worden besteed aan éénmalige activiteiten (bijvoorbeeld in het kader van de introductie van zelfsturing)
Bijlage E:

Toekomstspoor knelpuntenanalyse

E1: Knelpuntenanalyse Sensire

E2: Integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’

E3: Overzicht van elk deelproces

E4: Overzicht van alle knelpunten, de omvang ervan en de gevolgen

E5: Integraal overzicht van het proces in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten

E6: Overzicht met de effecten van de organisatieverandering op de knelpunten

E7: Knelpuntenanalyse: tot slot
E1: Knelpuntenanalyse Sensire

Procesanalyse

Met behulp van de gemaakte IDEF-analyse kan systematisch worden nagegaan wie welke informatie nodig heeft. Dit kan o.a. worden gebruikt voor het ontwerpen van een overlegstructuur of het ontwerpen van ondersteunende informatiesystemen. De analyse kan hiermee als aanknopingspunt dienen voor het oplossen van afstemmingsproblemen binnen en tussen afdelingen.

De volgende stap is om van iedere verstoringskans na te gaan wat de effecten zijn van de organisatieverandering op de knelpunten zoals deze zijn benoemd. Hierbij worden de volgende mogelijkheden onderscheiden:

• het knelpunt wordt voorkomen/opgelost;
• de bron van het knelpunt is nog steeds aanwezig maar de gevolgen ervan kunnen worden weggewenomen;
• de bron van het knelpunt is nog steeds aanwezig maar de gevolgen ervan kunnen worden afgezwakt;
• de organisatieverandering heeft geen effect op het benoemde knelpunt.

Hiermee is de IDEF-analyse compleet. De hierboven beschreven stappen zijn in de volgende overzichten weergegeven:

a. integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’. Hierbij is de gemeente Groenlo en Neede ter illustratie genomen;
b. overzicht van elk deelproces;
c. overzicht van alle knelpunten, de omvang ervan en de gevolgen;
d. integraal overzicht van het proces in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten;
e. overzicht met de effecten van de organisatieverandering op de knelpunten;
f. tot slot.

Methode

Om een integraal overzicht te krijgen van het proces door middel van de IDEF-analyse is met de zorgmanagers van Groenlo en Neede gesproken. De knelpunten zijn in kaart gebracht door wederom de zorgmanagers van Groenlo en Neede te interviewen. Tevens zijn uit beide gemeenten enkele medewerkers geïnterviewd. Tenslotte is nogmaals met de zorgmanager van Groenlo gesproken om alles te controleren.

Waar met de zorgmanagers en medewerkers het accent op de ‘oude organisatie’ lag, is met de directeur van Sensire ‘De Slinge’ en de general manager van Sensire ‘De Berkel’ gesproken over de verwachte effecten in de nieuwe organisatie. Met de directeur van Sensire ‘De Slinge’ is vooral ingegaan op de verwachte effecten met betrekking tot doelmatigheid en klanten. Met de general manager van Sensire ‘De Berkel’ is aandacht besteed aan de gevolgen voor medewerkers. Tenslotte is met de directeur van Sensire ‘De Slinge’ nogmaals alles langsgelopen en gecontroleerd.
E2: Integraal overzicht van het proces van Sensire in de ‘oude organisatie’

In dit overzicht wordt het totale proces van de ‘oude’ Sensire thuiszorgorganisatie schematisch in kaart gebracht. Het geeft de samenhang van processen weer binnen en tussen de afdelingen. Dit losbladige uitvouwbare schema is aangebracht aan de binnenzijde van de achterflap.
E3: Overzicht van de deelprocessen

Hierna worden alle deelprocessen weergegeven met de benodigde input, regelinformatie, productiemiddelen en output. Deze procesmodellen geven weer wat er nodig is om het proces goed te laten verlopen, zodat ze als basis kunnen dienen om systematisch knelpunten te inventariseren door te toetsen of aan de voorwaarden van juiste hoeveelheid, juiste kwaliteit en juist tijdstip is voldaan.
1. Organiseren en regelen van het TV-proces

### Regelinformatie

| 1.1 | Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken |
| 1.2 | Info over behoefte aan herindicatie |
| 1.3 | Zorgindicatie van RIO |

### Van

| Call center |
| Med. TV |
| Extern |

### Input

| 1.1 | Info over verloop en verstoringen, problemen |
| Med. TV |

### Organiseren en regelen van het TV-proces

### Productiemiddelen

| 1.1 | Zorgmanager |

### Output

| 1.1 | Verzoek voor herindicatie RIO |
| Extern |
| 1.2 | Werkoverleg RIO |
| Medewerker TV |
| 1.3 | (Eventueel bijgestelde) planning |
| Medewerker TV |
| 1.4 | Zorgindicatie van RIO |
| Medewerker TV |
2. Activiteiten van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelinformatie</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>Zorgindicatie van RIO Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>(Eventueel bijgestelde) planning Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>Werkoverleg           Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4</td>
<td>Info over verplegingsproces met vragen, Verpleegkundige Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5</td>
<td>Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>2.6</td>
<td>Info over verzorgingsproces met vragen, Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>2.7</td>
<td>Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.8</td>
<td>(Periodiek bijgewerkt) zorgdossier</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>Klant met behoefte aan Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>Schoonmaakartikelen Inkoop</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>Voedsel            Extern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Productiemiddelen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TV-proces
- schoonmaakwerkzaamheden (licht en zwaar)
- wassen van kleren
- boodschappen doen
- verzorgen huisdieren
- lichte verzorging
- sociale begeleiding

<table>
<thead>
<tr>
<th>Output</th>
<th>Naar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>(Periodiek bijgewerkt) zorgdossier Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>Info over behoefte aan herindicatie Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>Info over verloop en verstoringen, Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4</td>
<td>Verzorgde klant     Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5</td>
<td>Adviezen aan klant  Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>2.6</td>
<td>Info over TV-proces en vragen, Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>2.7</td>
<td>Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>2.8</td>
<td>Info over TV en vragen, verzoeken t.a.v. Verzorgend</td>
</tr>
<tr>
<td>2.9</td>
<td>Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat,</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
3. Organiseren en regelen van het Verzorgingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelinformatie</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Info over behoefte aan herindicatie</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Zorgindicatie van RIO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verzorgende Extern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1 Info over verloop en verstoringen,</td>
<td>Med. Verz.</td>
</tr>
<tr>
<td>problemen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Organiseren en regelen van het verzorgingsproces V&amp;V</th>
<th>Productiemiddelen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>3.1 Zorgmanager</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Output</th>
<th>Naar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Verzoek voor herindicatie RIO</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Werkoverleg</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>(Eventueel bijgestelde) planning</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>Zorgindicatie van RIO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. Activiteiten van het Verzorgingsproces V&V

**Regelinformatie**

| 4.1 | Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken | Call center |
| 4.2 | Zorgindicatie van RIO | Leiding Verzorging |
| 4.3 | (Eventueel bijgestelde) planning | Leiding Verzorging |
| 4.4 | Werkoverleg | Leiding Verzorging |
| 4.5 | Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, wanneer’ | Medewerker TV |
| 4.6 | Info over TV-proces met vragen, verzoeken t.a.v. verzorgingsproces | Medewerker TV |
| 4.7 | Info over verplegingsproces met vragen, verzoeken t.a.v. verzorgingsproces | Verpleegkundige |
| 4.8 | Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, wanneer’ | Verpleegkundige |
| 4.9 | (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier | Verzorgende |

**Input**

| 4.1 | Klant met behoefte aan verzorging | Extern |
| 4.2 | Medicijnen | Inkoop |
| 4.3 | Voedsel | Extern |
| 4.4 | Materiaal | Inkoop |

**Productiemiddelen**

| 4.1 | Verzorgenden V&V |
| 4.2 | Hulpmiddelen |
| 4.3 | Tijdelijke medewerkers, vakantiekrachten, etc. |

**Output**

| 4.1 | (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier | Verzorgende |
| 4.2 | Info over behoefte aan herindicatie | Leiding Verzorging |
| 4.3 | Info over verloop en verstoringen, problemen v. verzorgingsproces | Leiding Verzorging |
| 4.4 | Verzorgde klant | Extern |
| 4.5 | Afval | Extern |
| 4.6 | Adviezen aan klant | Extern |
| 4.7 | Info over verzorgingsproces V&V en vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces | Medewerker TV |
| 4.8 | Log. info t.a.v. werkverdeling ‘wie doet wat, wanneer’ | Medewerker TV |
| 4.9 | Info over verzorgingsproces V&V en vragen, verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&V | Verpleegkundige |
| 4.10 | Log. info t.a.v. werkverd. ‘wie doet wat, wanneer’ | Verpleegkundige |

(Lichamelijk) verzorgingsproces V&V

- medicijnen klaarzetten en toedienen
- maaltijden verzorgen
- boodschappen doen
- lichaam wassen en verzorgen
- sociale begeleiding

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
5. Organiseren en regelen van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelinformatie</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.1 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>5.2 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Extern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.1 Info over verloop en verstoringen, problemen</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Productiemiddelen</th>
<th>5.1 Zorgmanager</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Organiseren en regelen van het verplegingsproces van V&V**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Output</th>
<th>Naar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.1 Verzoek voor herindicatie RIO</td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>5.2 Werkoverleg</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3 (Eventueel bijgestelde planning)</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>5.4 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. Activiteiten van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelinformatie</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.1 Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken</td>
<td>Call center</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Leiding Verpl.</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3 (Eventueel bijgestelde) planning</td>
<td>Leiding Verpl.</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4 Werkoverleg</td>
<td>Leiding Verpl.</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5 Log. info t.a.v. werkverd. 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>6.6 Info over verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken</td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>t.a.v. verplegingsproces V&amp;V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.7 Info over TV-proces met vragen, verzoeken t.a.v.</td>
<td>Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>verplegingsproces V&amp;V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.8 Log. info t.a.v. werkverd. 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td>Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>6.9 (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.1 Klant met behoefte aan verzorging</td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2 Medicijnen</td>
<td>Inkoop</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3 Materiaal</td>
<td>Inkoop</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Productiemiddelen                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 6.1 Verplegers V&V                                                      |              |
| 6.2 Hulpmiddelen                                                       |              |
| 6.3 Tijdelijke medewerkers, stagiaires, etc.                            |              |

**Verplegingsproces V&V**
- wond- en stomaverzorging
- medisch technisch handelen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Output</th>
<th>Naar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.1 (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>Leiding Verpl.</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3 Info over verloop en verstoringen, problemen v. verzorgingsproces</td>
<td>Leid. Verpleging</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4 Verpleegde klant</td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5 Afval</td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>6.6 Adviezen aan klant</td>
<td>Extern</td>
</tr>
<tr>
<td>6.7 Info over verplegingsproces V&amp;V en vragen, verzoeken t.a.v.</td>
<td>Medewerker Verzorging</td>
</tr>
<tr>
<td>verplegingsproces V&amp;V</td>
<td>Medewerker Verzorging</td>
</tr>
<tr>
<td>6.8 Log. info t.a.v. werkverd. 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td>Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>6.9 Info over verplegingsproces V&amp;V en vragen, verzoeken t.a.v.</td>
<td>Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>TV-proces</td>
<td>Medewerker TV</td>
</tr>
<tr>
<td>6.10 Log. info t.a.v. werkverd. 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7. Activiteiten van het Call center

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input</th>
<th>Van</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1 Klacht of verzoek (klant of familie)</td>
<td>Extern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelinformatie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1 Info over klant van RIO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Ontvangen van vragen, verzoeken en klachten |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Productiemiddelen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1 Medewerkers</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Output</th>
<th>Naar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1 Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken</td>
<td>Leiding TV</td>
</tr>
<tr>
<td>7.2 Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken</td>
<td>Verzorgende</td>
</tr>
<tr>
<td>7.3 Doorgegeven vragen, klachten, verzoeken</td>
<td>Verpleegkundige</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
E4: Overzicht van alle knelpunten, hun omvang en de gevolgen

Door alle pijlen te controleren op hoeveelheid, kwaliteit en tijdstip worden de knelpunten systematisch in kaart gebracht. In het volgende overzicht zijn alle knelpunten opgesomd. Vervolgens is bij elk knelpunt aangegeven wat de omvang van de verstoring is (hoe vaak komt het voor?) en wat de gevolgen hiervan zijn. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in:

- gevolgen voor doelmatigheid: het aantal zorguren;
- gevolgen voor medewerkers: hierbij wordt een onderscheid gemaakt in energiebronnen en werkstressoren. Energiebronnen hebben betrekking op duidelijkheid, coaching, controle, ontplooiing, feedback, sociale steun, beloning en secundaire arbeidsvoorwaarden. Werkstressoren bevatten thema’s als werkdruk, planning, werk/thuis, thuis/werk, onvriendelijkheid, emoties, ongewenste intimiteiten en fysieke belasting.
- gevolgen voor klanten: in termen van kwaliteit en continuïteit.
## 1. Organiseren en regelen van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem</th>
<th>Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 1.3/R 2.2 (Eventueel bijgestelde) planning TV</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd</td>
<td>'Gejojo' met medewerkers en soms nee moeten teggen eigen klanten l.v.m. hogere prioriteit ontbreken medewerkers of vervanging. Dit leidt tot onduidelijkheid.</td>
<td>Lagere kwaliteit van zorg door afraffen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben</td>
</tr>
<tr>
<td>Bij afwezigheid van klant is de bijbehorende medewerker vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingevallen, daar waar een tekort is.</td>
<td>Vaak</td>
<td>Overcapaciteit wordt daardoor niet benut</td>
<td>Leidinggevende eert niet toe aan verbeteren van het proces (op tactisch niveau); er vindt geen afstemming met collega's plaats</td>
<td>Leidinggevende eert niet toe aan coaching (medewerkers begeleiden naar een hoger niveau)</td>
<td>Minder eenheid in zorg; kwaliteit is minder stabiel</td>
</tr>
<tr>
<td>Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen</td>
<td>Vaak</td>
<td>Leidinggevende komt niet toe aan verbeteren van het proces (op tactisch niveau); er vindt geen afstemming met collega's plaats</td>
<td>Leidinggevende eert niet toe aan coaching (medewerkers begeleiden naar een hoger niveau)</td>
<td>Minder eenheid in zorg; kwaliteit is minder stabiel</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 1.4/R 2.1 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het TV-proces' (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 1.2/R 2.3 Werkoverleg TV</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het TV-proces' (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>R 1.2/O 2.2 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het TV-proces' (2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

'Teams beter thuis in thuiszorg?'
### 2. Activiteiten van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>R 2.1/O 1.4 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat in het achterhalen van gegevens</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Beschikbare zorguren worden niet efficiënt besteed</td>
<td>Onduidelijkheid over gegevens waardoor werk niet optimaal gedaan kan worden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er wordt meer of minder zorg verleend dan geïndiceerd</td>
<td>Voor medewerker onduidelijk wat gedaan moet worden</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.3/O 1.2 Werkoverleg TV</td>
<td>Werkoverleg TV wordt niet volledig benut; veel eenrichtingsverkeer.</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er wordt minder resultaatgericht gewerkt; waardoor er minder verbetering v.d. prestaties plaatsvindt</td>
<td>Geen wederzijdse afhankelijkheid dus kan er minder van elkaar geleerd worden; minder ontgroei en minder feedback van collega's.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers</td>
<td>Af en toe</td>
<td></td>
<td>Minder feedback van leidinggevende en daardoor minder ontgroei medewerker</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.4/O 6.9 Info voor TV over verplegingsproces met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces</td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.5/O 6.10 Logistieke info van verplegingsproces voor TV t.a.v. werkverdeling</td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.6/O 4.7 Info voor TV over verzorgingsproces met vragen en verzoeken t.a.v. TV-proces</td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.7/O 4.8 Logistieke info van verzorgingsproces voor TV t.a.v. werkverdeling</td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Vaak</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
</tr>
<tr>
<td>R 2.8/O 2.1 (periodiek bijgewerkt) zorgdossier</td>
<td>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega's aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Minder zorguren omdat er geen goed inzicht is in het zorgproces van de klant; medewerkers werken langs elkaar heen</td>
<td>Feedback van collega's laat te wensen over. Dit leidt tot gebrek aan duidelijkheid over werkzaamheden</td>
</tr>
</tbody>
</table>
De afdelingen TV en V&V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant

Af en toe
Zie bovenstaande argumentatie

Dit is de enige mogelijkheid tot afstemming tussen medewerkers van verschillende afdelingen. Zie verder voorgaande argumentatie.

Zie argumentatie hiervoor.

**O 2.2/R 1.2 Info over behoefte aan herindicatie**

De zorgbehoefte van de klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie

Af en toe
Er wordt meer zorg verleend dan door RIO is voorgeschreven; de extra zorguren worden niet vergoed

Medewerker komt in tijdnood bij andere klanten (werkdruk)

Kwaliteit is lager; andere klanten worden afgerafeld

**O 2.4 Verzorgde klant**

Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers TV in geval van ziekte of verlof van vaste TV-verl

Vaak
De medewerkers die evenal bij een klant over de vloer komen hebben geen info over de klant (geen duidelijkheid)

Klant heeft een ‘vreemde’ over de vloer; minder continuïteit en daardoor mogelijk lagere kwaliteit (geen eenheid in zorg)

Veel verschillende gezichten kortstondig over de vloer (korte contactmomenten); minder tijd voor sociale begeleiding van klant

Minder eenheid in zorg; daardoor kwaliteit minder stabiel

**O 2.5 Adviezen aan klant**

Klant krijgt tegenstrijdige adviezen

Vaak
Problemen van de klant worden door medewerker mee naar huis genomen

Mech orenheid en mogelijk lagere kwaliteit (geen eenheid in zorg)

**P 2.1 Medewerkers TV**

De meeste verpleegkundigen V&V zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit

Vaak
Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd

Medewerkers hebben het gevoel dat ze continu achter de feiten aanlopen en gaan daardoor afraffen (werkdruk)

Lagere kwaliteit van zorg door afraffen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben

**Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>R 2.2/O 1.3 (Eventueel bijgestelde) planning</td>
<td>Zie 'Organiseren en regelen van het TV-proces (1)'</td>
</tr>
<tr>
<td>O 2.6/R 6.7 Info over verloop TV-proces en vragen en verzoeken van t.a.v. verplegingsproces V&amp;V</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V' (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 2.7/R 6.8 Logistieke info voor verplegers V&amp;V t.a.v. werkverdeling van werkzaamheden ‘wie doet wat, wanneer’</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V' (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 2.8/R 4.6 Info over verloop TV-proces en vragen en verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verzorgingsproces V&amp;V' (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 2.9/R 4.5 Logistieke info voor verzorgers V&amp;V t.a.v. werkverdeling van werkzaamheden ‘wie doet wat, wanneer’</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verzorgingsproces V&amp;V' (4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 3. Organiseren en regelen van het Verzorgingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem</th>
<th>Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 3.3/R 4.3 (Eventueel bijgestelde) planning van verzorging V&amp;V</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd</td>
<td>‘Gejojo’ met medewerkers en soms nee moeten zeggen tegen eigen cliënten i.v.m. hogere prioriteit ontbreken medewerkers of vervanging. Dit leidt tot onduidelijkheid.</td>
<td>Lagere kwaliteit van zorg door afrullen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben</td>
</tr>
<tr>
<td>Plannen (klantergericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitte activiteiten; afstemming is problematisch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie (veel momentzorg dus veel regelen)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Afstemmingsproblemen gaan ten koste van een efficiënte inzet van personeel</td>
<td>Medewerkers krijgen een verkeerde planning of de planning is te laat. Bovendien geen of weinig invloed medewerkers op planning zoals werktijden (secundaire arbeidsvoorwaarden)</td>
<td>De kwaliteit van zorg wordt negatief beïnvloed en de snelheid om te reageren of wijzigingen is lager</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen</td>
<td>Vaak</td>
<td>Leidinggevende komt niet toe aan verbeteren v.h. proces (op tactisch niveau); er vindt geen afstemming met collega’s plaats</td>
<td>Leidinggevende ervaart werkdruk (regelbehoeftes is hoog)</td>
<td>Minder eenheid in zorg; kwaliteit is minder stabiel</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 3.4/R 4.2 Zorgindicatie van RIO</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verzorgingsproces V&amp;V’ (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 3.2/R 4.4 Werkoverleg verzorging V&amp;V</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verzorgingsproces V&amp;V’ (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>R 3.1/O 4.2 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verzorgingsproces V&amp;V’ (4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 4. Activiteiten van het Verzorgingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem</th>
<th>Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>R 4.2/O 3.4 Zorgindicatie van RIO bij verzorging V&amp;V</td>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat met het achterhalen van gegevens</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Beschikbare zorguren worden niet efficiënt besteed</td>
<td>Onduidelijkheid over gegevens waardoor werk niet optimaal gedaan kan worden</td>
<td>Afstemming met klant of familie is niet optimaal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er wordt meer of minder zorg verleend dan geïndiceerd</td>
<td>Voor medewerker onduidelijk wat gedaan moet worden</td>
<td>Lagere kwaliteit, omdat niet die zorg wordt verleend die wordt voorgeschreven</td>
</tr>
<tr>
<td>R 4.4/O 3.2 Werkoverleg verzorging V&amp;V</td>
<td>Vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verzorgingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Vaak</td>
<td></td>
<td>Minder continuïteit van zorg (sterk afhankelijk van medewerker)</td>
<td>Minder continuïteit van zorg (sterk afhankelijk van medewerker)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Er wordt met 'maatjes' (afgevaardigd) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.p.v. haalplicht)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Minder zorguren omdat door gebrekkige info afspraken niet worden nagekomen/misverstanden hersteld moeten worden</td>
<td>Het ontbreekt de medewerker aan duidelijkheid</td>
<td>De gebrekkige info heeft negatieve gevolgen voor kwaliteit en continuïteit van zorg</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er wordt minder resultaatgericht gewerkt; waardoor er minder verbetering van de prestaties plaatsvindt</td>
<td>Minder feedback van leidinggevende en daardoor minder ontzetting medewerkers. Men spreekt elkaar bovendien onderling niet aan op het functioneren.</td>
<td>Kwaliteit van zorg is wisselvalliger</td>
</tr>
<tr>
<td>R 4.5/O 2.10 Logistieke info van TV voor verzorgers V&amp;V t.a.v. werkverdeling</td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Vaak</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
</tr>
<tr>
<td>R 4.5/O 2.9/Info over verloop TV-proces en vragen en verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V</td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Vaak</td>
<td></td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>R 4.7/O 6.7/Info over verloop verplegingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V</td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (hoofdzakelijk via zorgdossier)</td>
<td>Regelmatig</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>R 4.8/O 6.8 Logistieke info van verplegingsproces V&amp;V voor verzorgers V&amp;V t.a.v. werkverdeling</td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Regelmatig</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Teams beter thuis in thuiszorg?

<table>
<thead>
<tr>
<th>R 4.9/ O 4.1 (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier</th>
<th>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega's aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie) De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</th>
<th>Vaak</th>
<th>Minder zorguren omdat er geen goed inzicht is in het zorgproces van de klant; medewerkers werken langs elkaar heen Zie bovenstaande argumentatie</th>
<th>Feedback van collega's laat te wensen over. Dit leidt tot gebrek aan duidelijkheid over werkzaamheden Dit is de enige mogelijkheid tot afstemming tussen medewerkers van verschillende afdelingen. Zie verder bovenstaande argumentatie.</th>
<th>Geen goed inzicht in het zorgproces; dit leidt tot kwaliteitsverlies en gebrek aan continuïteit (door gebrekkige afstemming) Zie bovenstaande argumentatie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 4.2/R 3.1 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>De zorgbehoefte van de klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er wordt meer zorg verleend dan door RIO is voorgeschreven; inkomen worden dan misgelopen Medewerker komt in tijdnood bij andere klanten (werkdruk)</td>
<td>Kwaliteit is lager; andere klanten worden afgeraffeld</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.4 Verzorgde klant</td>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojood’ tussen verschillende (onbekende) verzorgers V&amp;V in geval van ziekte of verlof van vaste verzorger V&amp;V Klant wordt heen en weer ‘gejojood’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen Klant heeft langdurige relatie met medewerker (soms te persoonlijk); niet meer helder wat gangbaar is (bv. ongewenste intimiteiten)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Vaak</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Problemen v.d. klant worden door medewerker mee naar huis genomen</td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.6 Adviezen aan klant</td>
<td>Klant krijgt tegenstrijdige adviezen</td>
<td>Vaak</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Lagere continuïteit en daardoor mogelijk lagere kwaliteit (geen eenheid in zorg)</td>
</tr>
<tr>
<td>I 4.3 Voedsel</td>
<td>Normaal gesproken ondersteunt TV bij het toedienen van voedsel tenzij er een verzorger bij de betreffende klant actief is. Dit kan leiden tot misverstanden.</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Een medewerker kan voor niets komen (overbodige kosten) of er wordt geen voedsel toegediend (misgelopen zorguren)</td>
<td>Geen duidelijkheid voor de medewerker De continuïteit loopt gevaar (en daardoor ook de kwaliteit)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P 4.1 Verzorgenden V&amp;V</td>
<td>De meeste verzorgenden zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd</td>
<td>Medewerkers hebben het gevoel dat ze continu achter de feiten aanlopen en gaan daardoor aﬂahlen (werkdruk)</td>
<td>Lagere kwaliteit van zorg door aﬂahlen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>R 4.3 (Eventueel bijgestelde) planning</td>
<td>Zie 'Organiseren en regelen van het verzorgingsproces V&amp;V' (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.7/R 2.6 Info over verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het TV-proces' (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.8/R 2.7 Logistieke info voor verzorgers TV t.a.v. werkverdeling v. werkzaamheden 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het TV-proces' (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.9/R 6.6 Info over verloop verzorgingsproces V&amp;V met vragen en verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&amp;V</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V' (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 4.10/R 6.5 Logistieke info voor verplegers V&amp;V t.a.v. werkverdeling van werkzaamheden 'wie doet wat, wanneer'</td>
<td>Zie 'Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V' (6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 5. Organiseren en regelen van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem</th>
<th>Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>O 5.3/R 6.3 (Eventueel bijgestelde) planning van verpleging V&amp;V</strong></td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd</td>
<td>‘Gejojo’ met medewerkers en soms nee moeten zeggen tegen eigen cliënten i.v.m. hogere prioriteit ontbreken medewerkers of vervanging, dit leidt tot onduidelijkheid.</td>
<td>Lagere kwaliteit van zorg door afraffelen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bij afwezigheid van klant heeft de bijbehorende medewerker gaten in het rooster of is vrij i.p.v. te overleggen of bij andere cliënten kan worden ingevalen, daar waar een tekort is. Medewerkers zijn nl. bang om vaste klant(en) te verliezen aan Verzorging V&amp;V</td>
<td>Vaak</td>
<td>Overcapaciteit wordt niet benut</td>
<td>Onzekerheid over behoud klant</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Plannen (klantgericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitte activiteiten; afstging is problematisch</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Afstemmingsproblemen gaan ten koste van een efficiënte inzet van personeel</td>
<td>Medewerkers krijgen een verkeerde planning of de planning is te laat. Bovendien geen of weinig invloed medewerkers op planning zoals werktijden (secundaire arbeidsvoorwaarden)</td>
<td>De kwaliteit van zorg wordt negatief beïnvloed en de snelheid om te reageren of wijzig is lager</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie (veel momenttong dus veel regelen)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Leidinggevende komt niet toe aan verbeteren van het proces (op tactisch niveau); er vindt geen afstemming met collega’s plaats</td>
<td>Leidinggevende ervaart werkdruk (regelbehoeft is hoog)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen</td>
<td>Vaak</td>
<td>Leidinggevende komt niet toe aan coaching (medewerkers begeleiden naar een hoger niveau)</td>
<td>Minder eenheid in zorg; kwaliteit is minder stabiel</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>O 5.4/R 6.2 Zorgindicatie van RIO</strong></td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V’ (6)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>O 5.2/R 6.4 Werkoverleg verpleging V&amp;V</strong></td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V’ (6)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 5.1/O 6.2 Info over behoefte aan herindicatie</strong></td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het verplegingsproces V&amp;V’ (6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 6. Activiteiten van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>R 6.2/O 5.4 Zorgindicatie van RIO bij verpleging V&amp;V</strong></td>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat met het achterhalen van gegevens</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Beschikbare zorguren worden niet efficiënt besteed</td>
<td>Afstemming met klant of familie is niet optimaal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er wordt meer of minder zorg verleend dan geïndiceerd</td>
<td>Lagere kwaliteit, omdat niet die zorg wordt verleend die wordt voorgeschreven</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 6.4/O 5.2 Werkoverleg verpleging V&amp;V</strong></td>
<td>Vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verplegingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Vaak</td>
<td>Minder zorguren omdat door gebrekkige info afspraken niet worden nagekomen/ misverstanden hersteld moeten worden</td>
<td>Minder continuïteit van zorg (sterk afhankelijk van medewerker)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.p.v. haalplicht)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Minder zorguren omdat door gebrekkige info afspraken niet worden nagekomen/ misverstanden hersteld moeten worden</td>
<td>Het ontbreekt de medewerker aan duidelijkheid</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er wordt minder resultaatgericht gewerkt waardoor er minder verbetering v.d. prestaties plaatsvindt</td>
<td>Kwaliteit van zorg is wisselvalliger</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 6.5/O 4.10 Logistieke info van verzorgers V&amp;V voor verpleging V&amp;V t.a.v. werkverdeling</strong></td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Regelmatig</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 6.6/O 4.9 Info over verloop verzorgingsproces V&amp;V en vragen en verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&amp;V</strong></td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (hoofdzakelijk via zorgdossier)</td>
<td>Regelmatig</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 6.7/O 2.7 Info over verloop TV-proces met vragen, verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&amp;V</strong></td>
<td>Deze afstemming vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Door gebrek aan afstemming geen duidelijkheid voor medewerkers over zorgproces</td>
<td>Negatieve gevolgen voor continuïteit van zorgproces en daardoor mogelijk mindere kwaliteit van zorg</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>R 6.8/O 2.8 Logistieke info van TV voor verplegers V&amp;V t.a.v. werkverdeling</strong></td>
<td>Deze afstemming vindt niet plaats</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Veel extra reistijd dus minder efficiënte besteding van beschikbare uren</td>
<td>Aantal medewerkers per klant stijgt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
<table>
<thead>
<tr>
<th>R 6.9/O 6.1 (Periodiek bijgewerkt) zorgdossier</th>
<th>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega's aan te spreken (dit leidt tot ondertablen irritatie) De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</th>
<th>Vaak</th>
<th>Minder zorguren omdat geen goed inzicht is in het zorgproces van de klant; medewerkers werken langs elkaar heen Feedback van collega's laat te wensen over. Dit leidt tot gebreken aan duidelijkheid over werkzaamheden</th>
<th>Af en toe</th>
<th>Zie bovenstaande argumentatie</th>
<th>Dit is de enige mogelijkheid tot afstemming tussen medewerkers van verschillende afdelingen. Zie verder bovenstaande argumentatie.</th>
<th>Geen goed inzicht in het zorgproces; dit leidt tot kwaliteitsverlies en gebrek aan continuïteit (door gebrekkige afstemming) Zie bovenstaande argumentatie.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>O 6.2/R 5.1 Info over behoefte aan herindicatie</td>
<td>De zorgbehoeften van de klant blijken niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er wordt meer zorg verleend dan door RIO is voorgeschreven; inkomen worden dan misgelopen Medewerker komt in tijdnood bij andere klanten (werkdruk)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kwaliteit is lager; andere klanten worden afgeraffeld</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.4 Verpleegde klant</td>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejooid’ tussen verschillende (onbekende) verplegers V&amp;V in geval van ziekte of verlof van vaste verpleger Klant wordt heen en weer ‘gejooid’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen</td>
<td>Vaak</td>
<td>De medewerkers die eenmalig bij een klant over de vloer komen hebben geen duidelijkheid Klant heeft een ‘vreemde’ over de vloer; minder continuïteit en daardoor mogelijk lagere kwaliteit (geen eenheid in zorg) Veel verschillende gezichten kortstondig over de vloer (korte contactmomenten); minder tijd voor sociale begeleiding van klant</td>
<td>Vaak</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Meer onzekerheid en mogelijk lagere kwaliteit (geen eenheid in zorg)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.6 Adviezen aan klant</td>
<td>Klant krijgt tegenstrijdige adviezen</td>
<td>Vaak</td>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd Medewerkers hebben het gevoel dat ze continu achter de feiten aanlopen en gaan daardoor afraffelen (werkdruk)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Lagere kwaliteit van zorg door afraffelen of zelfs afzeggen omdat andere klanten prioriteit hebben</td>
</tr>
<tr>
<td>P 6.1 Verplegers V&amp;V</td>
<td>De meeste verplegers zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit</td>
<td>Vaak</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Overige knelpunten en de bijbehorende verwachte effecten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Verwijzing</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>R 6.3/O 5.3 (Eventueel bijgestelde) planning</td>
<td>Zie ‘Organiseren en regelen van het Verplegingsproces V&amp;V’ (5)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.7/R 4.7 Info over verplegingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van verzorgingsproces V&amp;V’ (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.8/R 4.8 Logistieke info voor verplegers V&amp;V t.a.v. werkverdeling v. werkzaamheden ‘wie doet wat, wanneer’</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van verzorgingsproces V&amp;V’ (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.9/R 2.4 Info over verloop verplegingsproces V&amp;V met vragen en verzoeken t.a.v. TV-proces</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het TV-proces’ (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>O 6.10/R 2.5 Logistieke info voor TV-proces t.a.v. werkverdeling v. werkzaamheden ‘wie doet wat, wanneer’</td>
<td>Zie ‘Activiteiten van het TV-proces’ (2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 7. Activiteiten van het Call Center

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activiteiten met knelpunten</th>
<th>Omschrijving van probleem</th>
<th>Frequentie</th>
<th>Gevolgen voor doelmatigheid</th>
<th>Gevolgen voor medewerkers (energiebronnen, werkstressoren)</th>
<th>Gevolgen voor klanten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>R 7.1 Info over klant</strong></td>
<td>Medewerker call center is niet op de hoogte van situatie klant; klant en familie hebben geen vast aanspreekpunt om contact mee op te nemen</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Er kan geen service verleend worden aan klant en familie om te informeren over situatie klant</td>
<td>Doordat medewerker call center klant niet kent, kan niet specifiek worden ingegaan op zorgproces; komt kwaliteit niet ten goede.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>I 7.1 Klacht of verzoek (klant of familie)</strong></td>
<td>Doorgegeven vragen, klachten komen niet in zorgdossier terecht (daardoor zijn medewerkers TV en V&amp;V hiervan niet op de hoogte)</td>
<td>Af en toe</td>
<td>Medewerker is niet op de hoogte; geen duidelijkheid over situatie klant en over klachtent</td>
<td>Negatieve invloed op kwaliteit van zorg, want er wordt niets met de klacht gedaan.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
E5: Integraal overzicht van het proces in de ‘oude organisatie’ met de belangrijkste knelpunten

De belangrijkste knelpunten zijn in dit overzicht schematisch weergegeven. Dit zijn de knelpunten die vaak of regelmatig voorkomen. In het overzicht zijn de knelpunten die vaak voorkomen rood en de knelpunten die regelmatig voorkomen oranje gekleurd.

Dit losbladige uitvouwbare schema is aangebracht aan de binnenzijde van de achterflap.
E6: Overzicht met de effecten van de organisatieverandering op de knelpunten

Nu alle knelpunten in kaart zijn gebracht kan worden nagegaan wat het effect van de organisatieverandering is op de betreffende knelpunten. Er worden verschillende effecten onderscheiden:

- het knelpunt wordt voorkomen/opgelost;
- de bron van het knelpunt is nog steeds aanwezig maar de gevolgen ervan kunnen worden weggenomen;
- de bron van het knelpunt is nog steeds aanwezig maar de gevolgen ervan kunnen worden afgezwakt;
- de organisatieverandering heeft geen effect op het benoemde knelpunt.
1. Organiseren en regelen van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)</td>
<td>In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft elke team enkele oproepkrachten ter beschikking. Elk team heeft een sterrolehouder planning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrolehouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn).</td>
<td>Omdat meerdere operationele regaltaken naar het team gaan kan er meer aandacht aan tactisch regelen (verbeteren van proces) en coachen geschenken worden.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bij afwezigheid van klant is de bijbehorende medewerker vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingeplant, daar waar een tekort is.

Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie.

Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen.
### 2. Activiteiten van het TV-proces

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat met het achterhalen van gegevens</td>
<td>Info over herindicatie komt vertraagd over (kan via meerdere functionaris sen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet beïnvloedbaar</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkoverleg TV wordt niet volledig benut; veel eenrichtingsverkeer.</td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Info voor TV over verplegingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Info voor TV over verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Info voor TV over verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Info voor TV over verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Logistieke info van verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. TV-proces vindt niet plaats</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Logistieke info van verzorgingsproces V&amp;V voor TV t.a.v. werkverdeling vindt niet plaats</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’ 234
De afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; deze is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega’s aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie)

De afdelingen TV en V&V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant

Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden

Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen

Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen

Klant heeft langdurige relatie met medewerker (soms te persoonlijk); niet meer helder wat gangbaar is (bv. ongewenste intimiteiten)

Afstemmen van het miniteam kennen elkaar en de klant goed. Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden

Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen

De zorgbehoeften v.d. klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie

De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet te beïnvloeden. Doordat het over minder schijven gaat kan hier wel sneller op gereageerd worden.

Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers TV in geval van ziekte of verlof van vaste TV'er

Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen

Er is geen vaste TV'er meer voor een bepaalde klant; er is een vast kwartetje voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega's van het kwartetje dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.

De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt ‘gejojo’

Collega’s in een team hebben steun aan elkaar doordat meerdere bij de klant komen. Het gevaar schuilt er echter in dat één collega de ander gaat domineren.
3. Organiseren en regelen van het Verzorgingsproces V&V

### Geïnventariseerd knelpunt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat:  
- nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld;  
- een medewerker ziek is (en er is geen vervanging)  
Bij afwezigheid van klant heeft de bijbehorende medewerker gaten in het rooster of is vrij i.p.v. te overleggen of bij andere cliënten kan worden ingevallen, daar waar een tekort is.  
Medewerkers zijn nl. bang om vaste klant(en) te verliezen aan Verpleging V&V  
Plannen (klandgericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitse activiteiten; afstemming is problematisch  
Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie  
Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen. | In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft elk team enkele oproepkrachten ter beschikking. Elk team heeft een sterrolhouder planning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrolhouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn). |  |  |  |

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
## 4. Activiteiten van het Verzorgingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat in het achterhalen van gegevens</td>
<td>Info over herindicatie komt vertraagd Over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien: leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Info over herindicatie komt rechtstreeks bij het miniteam en dus bij iemand die de klant goed kent</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet beïnvloedbaar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werkoverleg is vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verzorgingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.v.m. haalplicht)</td>
<td>Het planningsproces is minder complex en is bovendien de verantwoordelijkheid van de sterrehouders met planning als aandachtgebied. aannet is het miniteam gezamenlijk verantwoordelijk voor een groepje klanten; ze zijn functioneel afhankelijk. D.w.z. overleg is nodig omdat ze de klant ‘delen’ en dus de info van elkaar nodig hebben om de klant te verzorgen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.v.m. haalplicht)</td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>Het werkoverleg krijgt meer betekenis, waardoor niet meer met ‘maatjes’ kan worden gewerkt (iedereen is onmisbaar tijdens overleg)</td>
<td>De teams zullen met ‘cockpillices’ gaan werken waardoor de teamprestaties zichtbaar worden. De functionele afhankelijkheid van teamleden zorgt ervoor dat wordt aangesproken op het individuele functioneren. ‘Zwarte pieten’ is in de toekomst niet meer mogelijk omdat elk team eigen resultaatgebied heeft.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
<table>
<thead>
<tr>
<th>Logistieke info van TV voor verzorgers V&amp;V t.a.v. werkvordering vindt niet plaats.</th>
<th>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming over logistieke taken tussen afdelingen niet meer hoeft plaats te vinden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Info over verloop TV-proces en vragen en verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming louter tussen medewerkers binnen een miniteam plaatsvindt. De medewerkers kennen elkaar en de klant goed.</td>
</tr>
<tr>
<td>Info over verloop verpleeg V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. verzorgingsproces V&amp;V vindt beperkt plaats (hoofdzakelijk via zorgdossier)</td>
<td>De verpleging blijft korte contactmomenten behouden met de klant. Afstemming blijft dus noodzakelijk. Klant is echter wel aan een vast team toegewezen (en heeft dus vaste verzorgers) waardoor het ‘gejojo’ beduidend lager ligt</td>
</tr>
<tr>
<td>Logistieke info van verplegingsproces V&amp;V voor verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. werkvordering vindt niet plaats</td>
<td>De wijkverpleging zal zich niet met de midden complexe zorgvraag bezighouden om het werk van verpleging zo aantrekkelijk mogelijk te houden</td>
</tr>
<tr>
<td>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega’s aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie)</td>
<td>Teamleden van het miniteam kennen elkaar en de klant goed. Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden</td>
</tr>
<tr>
<td>De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</td>
<td>Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen</td>
</tr>
<tr>
<td>De zorgbehoefte van de klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet te beïnvloeden. Doordat het over minder schijven gaat kan hier wel sneller op gereageerd worden</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers Verzorging V&amp;V in geval van ziekte of verlof van vaste verzorgende V&amp;V</td>
<td>Er is geen vaste verzorgende V&amp;V meer voor een bepaalde klant; er is een vast aantal medewerkers voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega’s dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen</td>
<td>De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt ‘gejojo’</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant heeft langdurige relatie met medewerker (soms te persoonlijk); niet meer helder wat gangbaar is (bv. ongewenste intimiteiten)</td>
<td>Colleagues in een team hebben steun aan elkaar doordat meerdere bij de klant komen. Het gevaar schuilt er echter in dat één collega de ander gaat domineren.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant krijgt tegenstrijdige adviezen</td>
<td>De eerstverantwoordelijke schrijft een zorgplan en communicert hierover naar de teamleden. De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk en gezamenlijk bij een bepaalde klant actief waardoor het werkoverleg zinvoller is. Er wordt niet meer langs elkaar heen gewerkt.</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Normaal gesproken ondersteunt TV bij het toedienen van voedsel tenzij er een verzorger bij de betreffende klant actief is. Dit kan leiden tot misverstanden.</td>
<td>Doordat een klant bij een bepaald team zit, doet dit probleem zich niet meer voor.</td>
</tr>
<tr>
<td>De meeste verzorgenden zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reserve capaciteit.</td>
<td>Bij het toebedelen van klanten aan teams kan rekening worden gehouden met het beschikbare aantal uren van een team. Bij groei van de zorgvraag initieert sterrolhouder de werving van nieuwe medewerkers.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 5. Organiseren en regelen van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>eïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Er worden minder zorguren verleend dan geïndiceerd omdat: - nieuwe klanten over beschikbare uren worden verdeeld; - een medewerker ziek is (en er is geen vervanging) Bij afwezigheid van klant heeft de bijbehorende medewerker gaten in het rooster of is vrij i.p.v. te overleggen of bij andere klanten kan worden ingevallen, daar waar een tekort is. Medewerkers zijn nl. bang om vaste klant(en) te verliezen aan Verzorging V&amp;V Plannen (klantgericht) en roosteren (medewerkergericht) zijn gesplitste activiteiten; afstemming is problematisch Leidinggevende voelt druk omdat bij afwezigheid geen voortgang plaatsvindt, terwijl het planningsproces zeer complex is door de onoverzichtelijke organisatie Leidinggevende is voornamelijk bezig met operationeel regelen.</td>
<td>In de toekomst wordt er gewerkt met kwartetjes die elkaar kunnen vervangen. Er is dus sprake van flexibiliteit binnen het kwartetje. Als dit niet lukt wordt eerst binnen het team vervanging gezocht. Als ook dat niet lukt heeft elk team enkele oproepkrachten tot de beschikking. Elk team heeft een sterrolhouder planning. Om flexibiliteit te houden gaat de sterrolhouder op basis van verwachte veranderingen in zorgvraag en contracturen nieuwe medewerkers aantrekken. Deze heeft hiermee een initiërende rol (op de middellange termijn).</td>
<td>Omdat meerdere operationele regeltaken naar het team gaan kan er meer aandacht aan tactisch regelen (verbeteren van proces) en coachen geschonken worden.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 6. Activiteiten van het Verplegingsproces V&V

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zorgindicatie is niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers e.d.) waardoor veel extra tijd verloren gaat met het achterhalen van gegevens</td>
<td>Info over herindicaties komt vertraagd over (kan via meerdere functionarissen gaan zonder dat deze zich er inhoudelijk mee bemoeien; leidinggevende, planner, secretaresse)</td>
<td>Info over herindicaties komt rechtstreeks bij het miniteam en dus bij iemand die de klant goed kent</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet beïnvloedbaar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werkoverleg is vooral gericht op het realiseren van de planning (planning verplegingsproces V&amp;V minder stabiel dan bij TV)</td>
<td>Het planningsproces is minder complex en is bovendien de verantwoordelijkheid van de sterrolhouders met planning als aandachtgebied. Daarnaast is het miniteam gezamenlijk verantwoordelijk voor een groepje klanten; ze zijn functioneel afhankelijk, d.w.z. overleg is nodig omdat ze de klant ‘delen’ en dus de info van elkaar nodig hebben om de klant te verzorgen.</td>
<td>Het werkoverleg krijgt meer betekenis, waardoor niet meer met ‘maatjes’ kan worden gewerkt (iedereen is onmisbaar tijdens overleg)</td>
<td>De teams zullen met ‘cockpiljes’ gaan werken waardoor de teamprestaties zichtbaar worden. De functionele afhankelijkheid van teamleden zorgt ervoor dat wordt aangesproken op het individuele functioneren. ‘Zwarte pieten’ is in de toekomst niet meer mogelijk omdat elk team eigen resultaatgebied heeft.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Er wordt met ‘maatjes’ (afgevaardigden) gewerkt tijdens overleg; info-overdracht is er echter niet altijd of niet volledig (er is sprake van brengplicht i.p.v. haalplicht)</td>
<td>Door onoverzichtelijke organisatie heeft leidinggevende minder zicht op functioneren medewerkers. Hoewel er in diensten gewerkt wordt (en er dus meer zicht is op elkaars functioneren dan bij TV) houdt men elkaar de hand boven het hoofd</td>
<td>De teams zullen met ‘cockpiljes’ gaan werken waardoor de teamprestaties zichtbaar worden. De functionele afhankelijkheid van teamleden zorgt ervoor dat wordt aangesproken op het individuele functioneren. ‘Zwarte pieten’ is in de toekomst niet meer mogelijk omdat elk team eigen resultaatgebied heeft.</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet beïnvloedbaar</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

‘Teams beter thuis in thuiszorg?’
<table>
<thead>
<tr>
<th>Logistieke info van verzorgers V&amp;V voor verpleging V&amp;V t.a.v. werkverdeling vindt niet plaats</th>
<th>De wijkverpleging zal zich niet met de midden complexe zorgvraag bezighouden om het werk van verpleging zo aantrekkelijk mogelijk te houden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Info over verloop verzorgingsproces V&amp;V met vragen, verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&amp;V vindt beperkt plaats (hoofdzakelijk via zorgdossier)</td>
<td>De verpleging blijft korte contactmomenten behouden met de klant. Afstemming blijft dus noodzakelijk. Klant is echter wel aan een vast team toegewezen (en heeft dus vaste verzorgers) waardoor het gejojo beduidend lager ligt</td>
</tr>
<tr>
<td>Info over verloop TV-proces met vragen, verzoeken t.a.v. verplegingsproces V&amp;V vindt beperkt plaats (louter via zorgdossier)</td>
<td>Een medewerker uit het zorgteam kan bij een (incidentele) hoogcomplexie zorgvraag van een klant het dienstenteam tijdelijk aanvullen</td>
</tr>
<tr>
<td>Logistieke info van TV voor verzorgers V&amp;V t.a.v. werkverdeling vindt niet plaats</td>
<td>Klanten worden aan een bepaald team gekoppeld waardoor afstemming over logistieke taken tussen afdelingen niet meer hoeft plaats te vinden</td>
</tr>
<tr>
<td>Afstemming over klant vindt plaats via zorgdossier; dit is echter niet volledig of up to date en wordt soms gebruikt als middel om collega’s aan te spreken (dit leidt tot onderlinge irritatie)</td>
<td>Teamleden van het miniteam kennen elkaar en de klant goed. Afstemming en bespreking van eventuele meningsverschillen zal veel ‘op het schoolplein’ of telefonisch plaatsvinden</td>
</tr>
<tr>
<td>De afdelingen TV en V&amp;V gebruiken verschillend zorgdossier bij zelfde klant</td>
<td>Klant is gekoppeld aan bepaald miniteam; verschillende zorgdossiers zullen daarom niet meer voorkomen</td>
</tr>
<tr>
<td>De zorgbehoefte v.d. klant blijkt niet overeen te komen met de indicatie</td>
<td>De oorzaak hiervoor ligt extern en is dus niet te beïnvloeden. Doordat het over minder schijven gaat kan hier wel sneller op gereageerd worden</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen verschillende (onbekende) medewerkers Verpleger V&amp;V in geval van ziekte of verlof van vaste Verpleger V&amp;V</td>
<td>Er is geen vaste verpleegkundige V&amp;V meer voor een bepaalde klant; er is een vast aantal medewerkers voor die klant. In geval van ziekte of verlof vangen collega’s dit in eerste instantie op. Als dit niet mogelijk is wordt er verder gezocht binnen het team.</td>
</tr>
<tr>
<td>Klant wordt heen en weer ‘gejojoed’ tussen medewerkers van verschillende afdelingen</td>
<td>De vaste koppeling tussen klant en team voorkomt ‘gejojo’</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Klant krijgt tegenstrijdige adviezen

De eerste verantwoordelijke schrijft een zorgplan en communiceert hierover naar de teamleden. De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk en gezamenlijk bij een bepaalde klant actief waardoor het werkoverleg zinvoller is. Er wordt niet meer langs elkaar heen gewerkt.

De meeste verpleegkundigen V&V zitten continu aan het maximum aantal uren waarvoor ze een contract hebben. Hierdoor is er geen reservecapaciteit.

Bij het toedelen van klanten aan teams kan rekening worden gehouden met het beschikbare aantal uren van een team. Bij groei v.d. zorgvraag initieert sterrohouder de werving van nieuwe medewerkers.
7. Activiteiten Call Center

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geïnventariseerd knelpunt</th>
<th>Verwacht effect: knelpunt wordt voorkomen/opgelost</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig maar gevolgen kunnen worden weggenomen</th>
<th>Verwacht effect: bron nog steeds aanwezig, maar deze kunnen worden afgezwakt (minder pijn)</th>
<th>Geen effect</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medewerker call center is niet op de hoogte van situatie klant; klant en familie hebben geen vast aanspreekpunt om contact mee op te nemen</td>
<td>In de toekomst belt een klant (of familie) naar een lokaal nummer zodat het idee ontstaat dat het vertrouwd is (ook al komt dit bij het centrale nummer terecht). Er zal dan in eerste instantie worden doorverbonden naar het eerste aanspreekpunt van het team. Pas als dit niet te bereiken is zal het call center (dat de klant niet kent) te woord staan. Het call center zal met de deskundigheid meer een vraagbaak worden; het wordt een back office i.p.v. een front office.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doorgegeven vragen, klachten komen niet in zorgdossier terecht (daardoor zijn medewerkers TV en V&amp;V hiervan niet op de hoogte)</td>
<td>Doordat vragen, klachten in eerste instantie bij het eerste aanspreekpunt van het team komen, zal dit met de teamleden besproken worden (omdat ze functioneel van elkaar afhankelijk worden). Het elektronisch zorgdossier maakt het in de toekomst mogelijk dat nieuwe ontwikkelingen (bv. telefoontjes 's nachts meteen zichtbaar zijn.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
E7: De knelpuntenanalyse: tot slot

Door het integrale overzicht van het proces van Sensire in de oude organisatie wordt in één oogopslag zichtbaar dat er sprake is van een complexe organisatie. De complexiteit zit voornamelijk in het grote aantal afhankelijkheden tussen de processen. Medewerkers van de afdeling TV hebben bijvoorbeeld problemen in de afstemming met medewerkers van Verzorging V&V. Ook de subafdelingen Verzorging en Verpleging van V&V hebben problemen met de onderlinge afstemming. Hoe meer afstemmingen (pijlen), hoe meer kansen op verstoringen. Doordat er veel afhankelijkheden zijn in activiteiten tussen afdelingen is de kans op verstoringen groter. Afstemming gaat nu eenmaal beter binnen een afdeling dan tussen afdelingen. Veel verstoringen zijn dus een gevolg van de gekozen manier van organiseren: samenhanginge activiteiten zijn ondergebracht in gescheiden afdelingen.

Bij de nieuwe organisatie wordt het proces van Sensire anders georganiseerd. Hierdoor kan het aantal knelpunten sterk gereduceerd worden. Dit is mogelijk door het aantal grensoverschrijdende afstemmingen te minimaliseren. Elke organisatie-eenheid krijgt dan een afgerond werkpakket. Met het invoeren van dienstenteams en zorgteams wordt hiernaar gestreefd. Met deze teams is er vooral sprake van afhankelijkheden binnen het team en er is geen afhankelijkheid tussen de teams. De teams zijn als het ware complex van binnen en eenvoudig naar buiten. Complex van binnen betekent dat door teamleden meer onderling geregeld moet worden omdat ze gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een bepaald aantal patiënten. Eenvoudig naar buiten betekent dat er niet afgestemd hoeft te worden over klanten omdat elk team zijn eigen klanten heeft. Hierdoor wordt de organisatie voor medewerkers overzichtelijker. Door deze manier van organiseren in te voeren wordt verwacht dat alle grote knelpunten kunnen worden weggenomen.

Er wordt dus veel van de organisatieverandering verwacht. Dit betekent niet dat het werken met dienstenteams en zorgteams volledig perfect zal zijn. Mogelijk zullen er ook na de organisatieverandering nog enkele knelpunten zijn. Het is de verwachting dat de resterende knelpunten voornamelijk afkomstig zijn van externen (bijvoorbeeld het Regionaal Indicatie Orgaan) en daardoor niet beïnvloedbaar.
Bijlage F

F: WEBA-instrument

De Projectgroep WEBA (1989), WEzijn Bij Arbeid, heeft bij het ontwikkelen van een meetinstrument met name het verband centraal gesteld tussen psychische beoordelingscriteria en de (deels) verklarende organisatie van het werk: de WEBA-analyse (zie § 3.4.2); een methode om welzijnsrisico's te beschrijven en te beoordelen en eventueel te herontwerpen.

WEBA beschrijft de welzijnscondities van functies en hanteert daarbij twee beoordelingscriteria:
1. aard en omvang stressrisico's; bepaald door de mate waarin regelproblemen (of regelvereisten of regeldruk) die zich voordoen, kunnen worden gecompenseerd door de beschikbare regelmogelijkheden in het betreffende team.
2. aard en omvang van de leermogelijkheden; bepaald door de compleetheid van het takenpakket van het team.

Essentieel is de stelling dat welzijnsrisico's in termen van stress en leren het gevolg zijn van de structuur van de arbeidsverdeling (Peeters, 1995).

Uit de structuur van de arbeidsverdeling volgt het arbeidssysteem. Dat is bepalend voor de aard en omvang van stressrisico's en leermogelijkheden (figuur F.1).

Er is dus sprake van een structurubenadering waarbij welzijn nadrukkelijk is gekoppeld aan de structuur van de arbeidsverdeling, en daarmee aan inhoud en organisatie van het werk. In het sociotechnisch welzijnsmodel van Karasek wordt een balans gezocht tussen regelvereisten en regelcapaciteit. Met name het ontbreken van de regelcapaciteit om de regelproblemen op te lossen veroorzaakt stressrisico's (De Sitter, 1998). Bij de leermogelijkheden is er vooral aandacht voor de mate van volledigheid van het takenpakket. Het zoeken naar deze balans dient te leiden tot enerzijds verlaging van de stressrisico's en anderzijds verbetering van leermogelijkheden. Dit zou vervolgens moeten resulteren in verbetering van indicatoren zoals ziekteverzuim, verloop, et cetera. Een voordeel van de WEBA-meetmethode is bovendien dat zij de mogelijkheid biedt maatregelen te formuleren ter verbetering van die structuur.

Dit kan als volgt voor de stress- en leeranalyse uitgewerkt worden.

Stressanalyse
Voor deze groep van welzijnsrisico's wordt de dimensie regelbehoeftte gespecificeerd in de aard en omvang aan regelproblemen en het vermogen om deze op te lossen.
De in de WEBA-systematiek gehanteerde typologie van regelmogelijkheden is gebaseerd op de gedachte dat mensen problemen in het werk op verschillende manieren kunnen oplossen. Er worden drie wijzen onderscheiden:

- zelfstandig, dit verwijst naar het lokale gebruik van autonomie;
- met hulp van collega’s binnen de directe interlokale werkomgeving, dit verwijst naar coöperatie of ondersteuningmogelijkheden;
- door af te stemmen met de globale omgeving, dit verwijst naar organiserende taken.

Onder ‘regelproblemen’ wordt verstaan: verstoringen, afwijkingen of onverwachte gebeurtenissen die een (regel)ingreep vereisen (Projectgroep WEBA, 1995). Deze regelproblemen komen voort uit verschillende bronnen. Die bronnen zijn af te leiden uit het arbeidsproces in een functie:

- informatie over het doel van het werk;
- opdrachtinformatie;
- feedback; informatie over output (het resultaat);
- input: materie, informatie, mensen, dieren;
- (hulp)middelen: mensen, machines, gereedschap
- operaties: bewerking, verwerking, behandeling;
- interactienetwerk;
- normen: kwantitatief, kwalitatief.

Deze bronnen verhouden zich als volgt tot elkaar (Projectgroep WEBA, 1995)
opgelost en zo ja, met behulp van welke regelmogelijkheid. Dit wordt de reguliere strategie genoemd.

Of dit ook daadwerkelijk tot stress bij mensen leidt houdt eveneens verband met factoren als de omgang met elkaar in het bedrijf, de stijl van leidinggevenden, etc. Voor een verdere uitwerking hiervan wordt verwezen naar Christis (1998). Ook persoonlijke kenmerken spelen hierbij een rol.

![Diagram](image)

**Figuur F4: Gevolgen van onbalans tussen reguliere behoeften en regelmogelijkheden**

### Leeranalyse

Voor de bepaling van deze groep van welzijnsrisico’s wordt het begrip reguliere behoeften gespecificeerd in de ‘functiesamenstelling’. Leermogelijkheden nemen toe als zowel de functiesamenstelling als de regelmogelijkheden een voldoende omvang verkrijgen. Mensen leren in hun werk indien ze beschikken over een volledige en daarmee complexe functie met adequate regelmogelijkheden. Door het completeren van een functie worden de leermogelijkheden gecreëerd; de regelmogelijkheden zorgen voor een adequaat leerproces. Een volledige functie bevat verschillende, maar onderling samenhangende taken (Christis, 1991). Er zijn twee manieren waarop taken in een arbeidssituatie met elkaar kunnen samenhangen:

- Een taak kan bestaan uit een samenhangend geheel van voorbereiden, organiseren, controleren, corrigeren en communiceren. Belangrijk is dat er sprake is van terugkoppeling van resultaten of feedback.
- In een taak kan een afwisselend beroep worden gedaan op cognitieve of mentale inspanningen van verschillend niveau (denken voor de uitvoering, denken tijdens de uitvoering, routinematig handelen).

Er is pas sprake van volledige taken als beide typen samenhang in een taak aanwezig zijn.

### Het WEBA-model

In het WEBA-model staan twee uitgangspunten centraal: de volledigheid van functies en het balansmodel van Karasek (Projectgroep WEBA, 1995).

#### Volledigheid van functies

Op basis van bovenstaande vindt een doorvertaling naar functieniveau plaats wat leidt tot drie welzijnscondities. Ten eerste zijn er *volledige functies* waarin een logisch samenhangend geheel van voorbereidende, ondersteunende en uitvoerende taken bestaat. Ten tweede wordt aandacht besteed aan functies met *kortcyclische taken*, die een voorbeeld zijn van onvolledige functies. Het is van belang dat iedere functie voldoende niet-kortcyclische taken bevat. Ten derde is de hiërarchische volledigheid vertaald naar een evenwicht tussen makkelijke en moeilijke taken; de *moeilijkheidsgraad* van de functie. Bevat een functie voldoende moeilijke taken?
**Balansmodel**

**Informatievoorziening**
De ‘informatievoorziening’ neemt in de WEBA-analyse een aparte plaats in (Projectgroep Weba, 1995). Onvoldoende informatie over het doel van het werk, over de werkopdracht of over het resultaat van het werk veroorzaakt problemen die om regelen vragen. In de WEBA-analyse worden regelproblemen (waaronder die informatieproblemen) geïnventariseerd, maar bij de beoordeling van de condities wordt alleen gekeken of de regelmogelijkheden voldoende zijn om de geïnventariseerde problemen op te lossen. Immers: niet het hebben van problemen, maar het niet kunnen oplossen ervan veroorzaakt stressrisico’s en niet van het hebben van problemen, maar van het oplossen ervan leert men. Daarom hebben maatregelen vooral betrekking op het verbeteren van de regelmogelijkheden. Voor de informatievoorziening (in de WEBa naar voren komend als regelprobleem) wordt op deze regel een uitzondering gemaakt. Het verbeteren van de informatievoorziening over en tijdens het werk neemt immers niet alleen een probleem weg, maar is vaak een voorwaarde voor autonoom of in overleg regelen. Een goede informatievoorziening is dus een noodzakelijke voorwaarde voor elke regelmogelijkheid. Het kan hierbij gaan om informatie over de organisatie als geheel, werkinstructies en feedback over de resultaten.

Dit geheel leidt tot de volgende zeven welzijnscondities:

1. volledigheid van de functie;
2. hoeveelheid kortcyclische taken;
3. moeilijkheidsgraad van de functie;
4. aanwezigheid autonomie in de functie;
5. mogelijkheid om sociale contacten met collega’s te onderhouden;
6. aanwezigheid van ‘organiserende taken’;
7. informatievoorziening.

**WEBA: beschrijven en beoordelen**
Aan de hand van de zeven welzijnscondities kunnen de functies worden beschreven en beoordeeld. De beschrijving is derhalve een afgeleide van bovenstaande uiteenzetting en bestaat uit een de volgende thema’s:

Ad 1. samenhang van voorbereidende, uitvoerende en ondersteunende taken;
Ad 2. aanwezigheid van niet-kortcyclische taken;
Ad 3. aanwezigheid van moeilijke taken;
Ad 4. invloed op werkt tempo en -volgorde en de omgang met problemen in het werk (gehanteerde regelstrategie);
Ad 5. mogelijkheid voor sociale contacten;
Ad 6. aanwezigheid van functionele contacten, werkoverleg of andere vormen van groepsbespreking.

Ad 7. verstrekking van informatie met betrekking tot: de organisatie als geheel,
werkinstructies en feedback over resultaten.

Scores
Na de beschrijving aan de hand van bovenstaande thema’s wordt een waardering gegeven aan de hand van criteria die in de WEBA-methodiek worden gehanteerd. Er zijn telkens drie scores mogelijk:

- voldoende: dit betekent dat er in betreffende conditie geen welzijnsrisico’s aanwezig zijn. Maatregelen ter verbetering ten aanzien van deze conditie zijn niet nodig.
- beperkt voldoende: dit betekent dat door bepaalde belemmeringen welzijnsrisico’s in deze conditie aanwezig zijn. Maatregelen zijn wenselijk.
- onvoldoende: de welzijnsconditie vormt een beperking van de kwaliteit van de arbeid. Maatregelen zijn noodzakelijk.

Beoordelingscriteria
De scores kunnen worden toegekend door beoordelingscriteria aan de zeven welzijnscondities toe te kennen. Deze beoordelingscriteria zijn als volgt vastgesteld (Projectgroep WEBA, 1995):

Volledigheid van functie
De functie scoort voldoende indien:
- er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er één uitvoerende taak is en er drie voorbereidende en vier ondersteunende taken aanwezig zijn;
- er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er meerdere uitvoerende taken voorkomen en er drie voorbereidende taken (waaronder ‘volgorde’ of ‘methode’) en drie ondersteunende taken (waaronder ‘bewaken kwaliteit’) overwegend aanwezig zijn.

De functie scoort onvoldoende indien:
- de functie uitsluitend bestaat uit uitvoerende taken;
- er alleen uitvoerende en voorbereidende taken voorkomen en bij minder dan 75% van de uitvoerende taken alle voorbereidende taken voor;
- er alleen uitvoerende en ondersteunende taken voorkomen en bij minder dan 75% van de uitvoerende taken alle ondersteunende taken voor;
- er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er één uitvoerende taak is en de voorbereidende taak ‘methode’ en de ondersteunende taak ‘bewaken kwaliteit’ ontbreken;
- er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er meerdere uitvoerende taken zijn en de voorbereidende taken ten aanzien van ‘taakvolgorde’ of ‘methode’ overwegend afwezig zijn en de ondersteunende taak ‘bewaken kwaliteit’ overwegend afwezig zijn.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
- er alleen uitvoerende en voorbereidende taken voorkomen en bij meer dan 75% van de uitvoerende taken alle voorbereidende taken voorkomen;
- er alleen uitvoerende en ondersteunende taken voorkomen en bij meer dan 75% van de uitvoerende taken alle ondersteunende taken voorkomen;
- er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er één uitvoerende taak is en er niet drie voorbereidende en vier ondersteunende aanwezig zijn, maar de voorbereidende taak ‘methode’ en de ondersteunende taak ‘bewaken kwaliteit’ wel aanwezig zijn;

‘Teams beter in thuiszorg?’
er uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende taken voorkomen, er meerdere uitvoerende taken zijn en er zijn niet drie voorbereidende taken maar de voorbereidende taken ten aanzien van ‘taakvolgorde’ of ‘methode’ overwegend aanwezig zijn, er zijn niet drie ondersteunende taken maar de ondersteunende taak ten aanzien van ‘bewaken kwaliteit’ is overwegend aanwezig.

Hoeveelheid kort-cyclische taken
De functie scoort voldoende indien:
• het percentage kort-cyclische taken tien of minder is van het totaal van uitvoerende taken.

De functie scoort onvoldoende indien:
• het percentage kort-cyclische taken vijftig of meer is van het totaal van uitvoerende taken.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
• het percentage kort-cyclische taken meer dan tien en minder dan vijftig is van het totaal van uitvoerende taken.

Moeilijkheidsgraad
De functie scoort voldoende indien:
• het percentage eenvoudige taken tien of minder is van het totaal van uitvoerende taken.

De functie scoort onvoldoende indien:
• het percentage eenvoudige taken vijftig of meer is van het totaal van de uitvoerende taken.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
• het percentage eenvoudige taken meer dan tien en minder dan vijftig is van het totaal van uitvoerende taken.

Autonomie
De functie scoort voldoende indien:
• er regelproblemen voorkomen en alle tijdig en afdoende worden opgelost;

De functie scoort onvoldoende indien:
• er regelproblemen voorkomen en één of meerdere niet of onvoldoende worden opgelost;
• er geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en alle aspecten van autonomie (taakvolgorde, werkttempo, werkvolgorde en werkplek) afwezig zijn;
• er geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en in 75% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken alle aspecten van autonomie tegelijk afwezig zijn.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
• er een regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en niet alle aspecten van autonomie (taakvolgorde, werkttempo, werkvolgorde en werkplek) afwezig zijn;
• geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij minder dan 75% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken alle aspecten van autonomie tegelijk afwezig zijn.

Contactmogelijkheden
De functie scoort voldoende indien:
er nog regelproblemen zijn en deze allen worden opgelost;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie worden opgelost, er sprake is van één uitvoerende taak en niet alle aspecten van contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s en sociaal contact) afwezig zijn;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie worden opgelost, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij maximaal 25% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken zijn beide contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s en sociaal contact) afwezig.

De functie scoort onvoldoende indien:
- er nog regelproblemen zijn en minstens één regelprobleem niet of onvoldoende (niet tijdig, niet toereikend) wordt opgelost;
in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en alle aspecten van contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s, sociaal contact) afwezig zijn;
alle problemen met de aanwezige autonomie worden opgelost, er sprake is van één uitvoerende taak en alle aspecten van contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s, sociaal contact) afwezig zijn;
alle problemen worden met de aanwezige autonomie opgelost, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij maximaal 75% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken scoren beide contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s, sociaal contact) afwezig.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
- er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en niet alle aspecten van contactmogelijkheden afwezig zijn;
er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij maximaal 25% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken beide contactmogelijkheden (functioneel contact met collega’s en sociaal contact) afwezig zijn.

Organiserende taken
De functie scoort voldoende indien:
er nog regelproblemen zijn en deze alle opgelost worden;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie en contactmogelijkheden worden opgelost, er sprake is van één uitvoerende taak en niet alle aspecten van organiserende taken (functioneel contact met leidinggevende of anderen en werkoverleg) afwezig zijn;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie en contactmogelijkheden worden opgelost, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij maximaal 25% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken zijn beide organiserende taken (functioneel contact met leidinggeven en werkoverleg) afwezig.

De functie scoort onvoldoende indien:
er regelproblemen zijn en minstens één regelprobleem niet of onvoldoende (niet tijdig, niet toereikend) wordt opgelost;
er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en alle aspecten van organiserende taken (functioneel contact met leidinggevende of anderen en werkoverleg) afwezig zijn;
er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij minstens 75% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken zijn beide organiserende taken (functioneel contact met leidinggeven en werkoverleg) afwezig;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie en contactmogelijkheden worden opgelost, er sprake is van één uitvoerende taak en alle aspecten van organiserende taken (functioneel contact met leidinggevende of anderen en werkoverleg) afwezig zijn;
alle regelproblemen met de aanwezige autonomie en contactmogelijkheden werden opgelost, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij minstens 75% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken scoren beide organiserende taken (functioneel contact met leidinggeven en werkoverleg) afwezig scoren;

De functie scoort beperkt voldoende indien:
- er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van één uitvoerende taak en niet alle organiserende taken afwezig zijn;
- er in de functie geen regelproblemen voorkomen, er sprake is van meerdere uitvoerende taken en bij maximaal 25% van het tijdsbeslag van de uitvoerende taken zijn beide organiserende taken (functioneel contact met leidinggeven en werkoverleg) afwezig.

**Informatievoorziening**

De functie scoort voldoende indien:
- er geen informatieprobleem blijft bestaan.

De functie scoort onvoldoende indien:
- er twee of meer informatieproblemen blijven bestaan.

De functie scoort beperkt voldoende indien:
- één informatieprobleem blijft bestaan.
Bijlage G

G: Resultaten WEBA-analyse

In deze bijlage worden de resultaten van de WEBA-analyse van de verschillende functies behandeld. Achtereenvolgens komen de volgende functies aan bod: verpleegkundige, verzorgende, huishoudelijk verzorgende en thuiszorgmanager.

Verpleegkundige

Functievolligheid

Uitvoerende taken

Controlegroep

Experimentele groep
In de experimentele groep worden grotendeels dezelfde handelingen uitgevoerd als in de controlegroep het geval is. Aanvullend worden er nu wel werkenheden uitgevoerd waar in de traditionele organisatie een verzorgende voor zou zijn gekomen. 'Je levert nu meer zorg met elkaar; er wordt meer van elkaar overgenomen. Omdat je vaste collega's hebt kan je makkelijker van elkaar overnemen.' Er is dus sprake van taakverbreding.

Voorbereidende taken

Controlegroep
Het Regionaal Indicatie Organisatie indiqueert welke zorg de klant behoort te krijgen. Afhankelijk van deze indicatie wordt een eerstverantwoordelijke aangewezen. Deze stelt een zorgplan op in het zorgdossier en houdt overzicht over het behandelproces van de klant en de ontwikkeling van de gezondheid van de klant. Dit hoeft niet noodzakelijkrijkerwijs de verpleegkundige te zijn. Om geïnformeerd te worden over de te verrichten activiteiten leest de verpleegkundige het zorgdossier. Bij onduidelijkheden of vragen wordt contact opgenomen met de eerstverantwoordelijke. De klant verschaft bovendien informatie over de huidige stand van zaken (sinds het zorgdossier voor het laatst is bijgewerkt). Op basis hiervan wordt de werkmethode en de volgorde bepaald (afhankelijk van wat de hoogste prioriteit heeft). Medicijnen en materiaal zijn normaal gesproken bij de klant aanwezig en hoeven niet door de verpleegkundige te worden meegenomen. Als medicijnen en materiaal opraken wordt dit in het zorgdossier vermeld, zodat de eerstverantwoordelijke die kan laten bezorgen door de apotheek of mantelzorgers.

Experimentele groep
In de experimentele groep komt hier geen verandering in.

Ondersteunende taken

Controlegroep
Iedere verpleegkundige heeft administratieve taken door na de behandeling het zorgdossier bij te werken, waarin staat vermeld welke behandeling heeft plaatsgevonden. Daarnaast vullen de verpleegkundigen hun scanformulieren in waarin de behandelingen beschreven staan die bij de klanten zijn verricht.

Een verpleegkundige geeft aan dat het soms onduidelijk is waarvoor de verpleegkundige wel en waarvoor niet verantwoordelijk is.
Als voorbeeld wordt het aanvragen van nachtzorg gegeven. De verpleegkundige geeft aan dat sommige verpleegkundigen dit zelf doen, maar dat anderen dit bij de zorgmanager leggen.

Klachten worden door klanten meestal doorgegeven aan collega-verpleegkundigen (bijvoorbeeld een wond is niet goed verbonden). Dit wordt dan meestal in het zorgdossier genoteerd en/of doorgegeven aan de betreffende verpleegkundige. Officiële klachten worden gemeld aan de zorgmanager.

Een enkele verpleegkundige begeleidt stagiaires. Sommige verpleegkundigen werken nieuwe collega’s in. Dit blijft echter beperkt omdat iedere gediplomeerde verpleegkundige de handelingen kan uitvoeren die in het zorgdossier vermeld staan. Bovendien bestaan er protocollen waarin kan worden nagelezen hoe bepaalde behandelmethoden moeten worden uitgevoerd.

Vooral fulltime verpleegkundigen hebben de behoefte om wat meer te regelen. ‘Daarom is het altijd een beetje zoeken naar interessante dingen als een themamiddag organiseren of deelnemen in een projectgroep.’ ‘Sommigen regelen best veel en anderen niets.’

Kwaliteit bewaken gebeurt impliciet door te controleren of de behandeling geen negatieve effecten heeft (bijvoorbeeld een blauwe plek na het zetten van een spuit). Het verrichten van onderhoud en reparatie is niet relevant bij de functie van verpleegkundige.

Experimentele groep
De ondersteunende taken zijn geen onderdeel van elke functie, maar deze taken zijn wel in elk team belegd. Daarmee is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid geworden die door één of enkele collega’s wordt opgepakt. Op het moment dat die collega er niet is, dan is het de gezamenlijke verantwoordelijkheid dat een ander het overneemt. Zo zijn er enkele vaste stage- en leerlingbegeleiders. Ook is er een ervaren medewerker aanspreekpunt voor nieuwe collega’s, zodat deze systematischer ingewerkt worden. Bovendien is er een teamlid dat ‘lief- & leed’ regelt. Voor sterrolhouders geldt hetzelfde; zij regelen zaken namens het team. Het team is dan ook uiteindelijk verantwoordelijk voor de uitvoering. Zo zijn er sterrolhouders ‘planning’ en sterrolhouders ‘personeel’: ‘daardoor heb ik een bredere functie gekregen en hoor ik meer van wat er allemaal speelt.’

Er wordt een nieuwe regeltaak ingevoerd: ‘kwaliteitsbewaking’. Degene die dit regelt, zorgt ervoor dat de geleverde zorg van het gewenste kwaliteit is. Zo zal er op gelet worden dat er niet teveel met klanten wordt geschoven. Dit moet echter nog ingevoerd worden en zal bij één of enkele teamleden worden neergelegd.

Andere ondersteunende taken (die voor iedereen gelden) zijn hetzelfde gebleven. Zo is er nog steeds een eerste verantwoordelijke. Ook het bijwerken van het zorgdossier is onverminderd belangrijk.

Beoordeling functievolligheid

Controlegroep
In de controlegroep bestaan de uitvoerende handelingen louter uit verplegende handelingen in risicovolle en complexe situaties. In de experimentele groep is er een verbreding met verzorgende taken.

Zowel in de controlegroep als in de experimentele groep bestaan de voorbereidende taken uit het inlezen in het zorgdossier en, indien de verpleegkundige eerstverantwoordelijke is, het opstellen van het zorgplan. In dat geval worden ook materiaal en middelen geregeld of gekocht. Ook de werkmethode en taakvolgorde worden bepaald. In de controlegroep bestaan de ondersteunende taken uit administratieve handelingen als het zorgdossier bijwerken en scanformulieren invullen. Collega’s inwerken gebeurt incidenteel; het is sterk individu-afhankelijk welke ondersteunende taken worden uitgevoerd. In de experimentele groep zijn er diverse ondersteunende taken in het team belegd en daarmee een verantwoordelijkheid voor alle functionarissen. Het is op deze manier structureel geregeld. Enkele voorbeelden zijn stage- en leerlingbegeleiders, inwerken, lief & leed regelen. Het aantal ondersteunende taken is hiermee uitgebreid.

‘Teams beter in thuiszorg?’
Er kan gesteld worden dat in de controlegroep sprake is van een beperkt aantal specialistische uitvoerende taken. Het aantal ondersteunende taken is beperkt en wordt incidenteel uitgevoerd. Daarom scoort de functie beperkt voldoende.

**Experimentele groep**
In de experimentele groep heeft er een functieverbreding plaatsgevonden, zijn er meer ondersteunende taken en worden deze meer gestructureerd uitgevoerd. Daarom scoort de functie in de experimentele groep voldoende.

**Hoeveelheid kortcyclische taken**

**Controlegroep**
Verpleegkundigen komen niet lang bij een klant over de vloer. Vaak is een verpleegkundige ongeveer een half uur aanwezig. Naast een spuit zetten of een katheter inbrengen is het relationele aspect ook belangrijk: er is tijd voor een praatje om een goede relatie met de klant en/of familie op te bouwen. Bezoek aan een terminale klant duurt altijd langer. De tijdsduur per behandeling verschilt dus sterk. Vooral de afwisseling tussen de verschillende taken wordt door de medewerkers gewaardeerd.

**Experimentele groep**
Doordat er nu meer directe afstemming met collega’s is over klanten gebeurt het regelmatig dat de verpleegkundige tevens enkele werkzaamheden uitvoer op in de traditionele organisatie een verzorgende voor zou zijn gekomen. De aanwezigheidsduur bij een klant neemt hierdoor toe.

**Beoordeling kortcyclische taken**
In de controlegroep bezoekt de verpleegkundige hoogstens zes à zeven klanten en verricht daarmee dus maximaal zes à zeven maal dezelfde handeling. Dit is te weinig om te spreken van een kortcyclische taak. In de experimentele groep is de functie verbreed en daarmee wordt het aantal keren dat dezelfde handeling wordt verricht, alleen maar verkrijnd. Zowel in de controle- als in de experimentele groep scoort de functie voldoende.

**Moeilijkheidsgraad**

**Controlegroep**
De meeste werkzaamheden (spuiten zetten, infusie, wond- en stomaverzorging) komen regelmatig terug en zijn niet moeilijk voor de verpleegkundigen. De verpleegkundigen vinden het voornamelijk uitdagend om een terminale patiënt te verzorgen. ‘Behandeling van terminale patiënten is uitdagend’; het is moeilijk omdat iedere situatie op zichzelf staat. Dit vraagt veel kennis en ervaring.’ Ook het opbouwen van een goede relatie met klant en familie is moeilijk.

**Experimentele groep**
Het uitvoerende werk van de verpleegkundige is niet moeilijker geworden. Door een uitbreiding van uitvoerende en ondersteunende taken is er wel een extra uitdaging bijgekomen: ‘het is een uitdaging om de planning rond te krijgen’. Doordat de verpleegkundige nu in een team zit en daardoor een vaste groep klanten heeft zijn er gunstiger(e) condities gecreëerd om een vertrouwensband op te bouwen met klant en familie: ‘ze zien mijn gezicht vaker’. Als de complexiteit van de vraag toeneemt wordt de zorgmanager of de wijkverpleegkundige ingeschakeld: ‘er wordt dan afgestemd over wat te doen’.

**Beoordeling moeilijkheidsgraad**
Verpleegkundigen verrichten voornamelijk handelingen in complexe situaties. Zowel in de controle als in de experimentele groep zijn moeilijke taken vooral de behandeling en begeleiding van terminale patiënten. In de experimentele groep is er een nieuwe uitdaging bijgekomen: het realiseren van de planning. Door het werken in teams worden betere...
condities gecreëerd om een goede relatie met klant en familie op te bouwen. Moeilijke aspecten als het verzorgen en omgaan terminale patiënten, een relatie opbouwen met klant en familie, het inschatten van een adequate behandelmethodie, et cetera vormen, zowel in de controle als in de experimentele groep, een substantieel onderdeel van de functie. Daarom wordt de functie zowel in de controle als in de experimentele groep als voldoende beoordeeld. Dit betekent dat er voldoende leermogelijkheden zijn.

**Autonomie**

**Controlegroep**

Afmelden voor ziekte, verlof- en vakantieplanning vindt plaats bij de zorgmanager. Deze geeft dit door aan enkele verpleegkundigen. Zij plannen vervolgens welke verpleegkundige naar welke klanten gaat op een bepaalde dag. ‘Iedere verpleegkundige heeft hierbij enkele “vaste” klanten; met de overige kan dan worden geschoven.’ Zij doen dit voor alle verpleegkundigen. Dit is een informele regeltaak die door enkele fulltimers wordt uitgevoerd. Verpleegkundigen stemmen met klanten af wanneer ze gedurende die dag langskomen. In principe bestaat dus de vrijheid om zelf de volgorde vast te stellen. Hierbij zijn ze enerzijds gebonden aan de kenmerken die bepaalde behandelingen met zich meebrengen. Dit betekent dat er ‘s ochtends wordt begonnen met klanten die deze ochtend ‘ergens naar toe moeten’ (bijvoorbeeld voor dagbesteding naar het verzorgingstehuis) en daarvoor hun medicatie moeten hebben. Vervolgens worden de bedlegerige klanten uit bed gehaald en geholpen met wasen. Daarna komen de klanten bij wie een wond verzorgd moet worden. Anderzijds wordt de volgorde vaak verstoord door klanten die uitvallen (bijvoorbeeld door ziekenhuisopname), nieuwe klanten die erbij komen of het invallen bij klanten van een collega omdat deze ziek is geworden. De feitelijke invloed op de volgorde is daardoor gering. Bij het bepalen van de volgorde wordt er door de verpleegkundigen geen rekening gehouden met de reistijd; ‘het enige wat telt is de voorkeur van de klant’.

Het werktempo wordt bepaald door de mate waarin het druk is. Als het erg druk is, is er minder tijd per klant over. ‘We proberen altijd alle klanten te helpen. Dit heeft tot gevolg dat de behandeling van nieuwe klanten ten koste gaat van de beschikbare tijd voor de bestaande klanten.’ Dit betekent dat de werkdruk toeneemt naarmate het aantal klanten toeneemt.

Er is een protocollenboek waarin beschreven staat hoe bepaalde handelingen verricht moeten worden. Het is niet mogelijk hiervan af te wijken. Toch zijn er ook situaties denkbaar (zoals de verzorging van terminale patiënten) waarbij meer ruimte is voor invulling van de werkzaamheden naar eigen inzicht.

Verpleegkundigen ervaren soms problemen in de afstemming met het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). ‘De zorgindicatie is vaak niet leesbaar (contactpersonen, telefoonnummers, e.d.); er gaat dan veel tijd verloren met het achterhalen van de gegevens.’ Dit speelt vooral bij de intake. Doordat dit per klant eenmalig is heeft alleen de eerstverantwoordelijke hiermee te maken en heeft het geen invloed op het dagelijks proces van de verpleegkundige. Het is daarom geen regelprobleem.

Het komt voor dat meer zorg wordt verleend dan door het RIO is voorgeschreven. De medewerker komt hierdoor in tijdnood. De verpleegkundige kan dit oplossen door bij een andere klant minder tijd te besteden dan is voorgeschreven (bijvoorbeeld minder tijd inruimen voor een praatje). Op deze manier wordt het gecompenseerd. Indien er uitloop blijft bestaan aan het eind van de ronde dan betekent dit dat de verpleegkundige wat later klaar is met de ronde van die dag.

Er worden ook problemen ervaren bij de afstemming over klanten. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen afstemming met andere verpleegkundigen en afstemming met verzorgenden en huishoudelijk verzorgenden. De afstemming met andere verpleegkundigen (zoals bij ziekte, vrije dagen, in de avond- of weekenddienst) over klanten loopt hoofdzakelijk via het zorgdossier. Dat is vaak niet volledig of niet up to date.

Deze gebrekkige afstemming leidt tot irritaties en kwaliteitsverlies (‘de ene collega signaleert bijvoorbeeld een bepaalde ontwikkeling bij een klant, maar de ander pikt dit niet goed op omdat het niet duidelijk overkomt van papier’). De verpleegkundigen hebben iedere ochtend
even overleg over de planning van de dag. Hierbij kan soms kort worden afgestemd met een collega over een bepaalde klant.

De afstemming met verzorgenden en (in mindere mate) met huishoudelijk verzorgenden vindt louter via het zorgdossier plaats. Als er overlegd moet worden, dan wordt dit doorgegeven aan de betreffende zorgmanager (‘Deze is namelijk altijd bereikbaar. Zij zal het dan verder regelen.’). De medewerkers geven echter aan dat ze liever direct met een collega (verzorgende of huishoudelijk verzorgende) afstemmen in plaats van dit via de zorgmanager te regelen.

**Experimentele groep**

Door het werken in teams is de planning niet langer de verantwoordelijkheid van één of enkele medewerkers (zoals in de traditionele organisatie het geval was) maar nu de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle teamleden. Planning is dus een structureel onderdeel van elke functie geworden. Eens per week vindt er overleg met het miniteam plaats; in eerste instantie worden planning en planningsvraagstukken voor de komende week met de directe collega’s uit het miniteam behandeld. ‘Iedereen is dus in principe zelf verantwoordelijk voor de eigen planning. Hierdoor heeft iedereen meer overzicht over de werkzaamheden.’ Indien niet alles binnen het miniteam opgelost kan worden, zoekt de sterrolhouder planning bij de andere miniteams in het zorgteam naar een oplossing. Als ook dan nog geen oplossing voor handen is, wordt er bij de andere zorgteams naar oplossingen gezocht. Daarnaast is er elke dag een medewerker verantwoordelijk voor de ad hoc-planningsvraagstukken (nieuwe aanmeldingen, overleden klanten, et cetera). Deze zoekt dan een oplossing en stemt dit af met de collega’s op wie het betrekking heeft. Niet alle medewerkers zijn dus op een vaste dag aanspreekpunt namens het miniteam, maar iedere medewerker is in principe verantwoordelijk voor de weekplanning. Hierbij is ook een enkele kanttekening te horen: ‘sommige planners plannen alleen in hun eigen voordeel; ze zijn zelf niet flexibel’. Zo wordt er minder geschoven met klanten.

In de traditionele organisatie ‘ging de volledige planning om’ bij elke wijziging (bijvoorbeeld een klant valt uit omdat deze ziek is, of er is juist meer zorg nodig, nieuwe aanmeldingen et cetera). Er was dus wel de mogelijkheid om zelf de volgorde van klanten te bepalen, maar door wijzigingen van eigen klanten of door wisselingen met collega’s, was de medewerker telkens overgeleverd aan de verstoring van dat moment. Daarom werd er in teams gewerkt is er nu een stabielere situatie gecreëerd. Voor nieuwe grote aanmeldingen is een speciaal team (op rayonniveau) opgericht. Daarnaast is er een flexibele dienst die wijzigingen in zorgvraag opvangt, zodat de medewerkers zo veel mogelijk hun normale dienst kunnen draaien en betrouwbare zorg kunnen leveren. Hierdoor fluctueert het aantal klanten/behandelingen per medewerker minder sterk dan in de traditionele organisatie het geval was, zodat er minder stressrisico’s zijn voor de verpleegkundigen.

Bij de wekelijkse bespreking is er bovendien contact met de directe collega’s over het overnemen van klanten, et cetera. ‘De planning ligt bij onszelf dus lossen we dingen nu zelf op die voorheen door de zorgmanager werden gedaan. Het nadeel is echter dat we daardoor veel flexibeler moeten zijn: de werktijden lopen meer uiteen.’

‘Doordat we nu onze eigen wijk hebben en zelf onze planning doen zijn we veel minder tijd kwijt met reizen. Hierdoor hoeft je veel minder te jagen dan vroeger. Bovendien word je een bekend gezicht in de wijk en een soort aanspreekpunt.’

Het bijwerken van de dossiers blijft volgens de verpleegkundige een probleem. ‘Voorheen werkten alleen verzorgenden en verplegers het dossier bij; nu ook de huishoudelijk helpenden. Omdat we elkaar beter kennen spreken we elkaar er wel makkelijker op aan.’

**Beoordeling autonomie**

In de controlegroep ligt de volgorde van handelingen in grote lijnen vast, omdat kenmerken van behandelingen deze volgorde met zich meebrengen. Als het aantal klanten toeneemt, nemen de stressrisico’s voor verpleegkundigen ook toe. Binnen dezelfde tijd moeten immers meer klanten worden behandeld. Verpleegkundigen hebben dus geen invloed op het werktijm. De werkmethode ligt deels vast, maar in de omgang met terminale patiënten, het
inschatten van complicaties, het onderhouden van relaties met klanten en familie, et cetera is
wel ruimte om het werk naar eigen inzicht in te vullen. De invloed op de werkvolgorde is
beperkt door wijzigingen in de planning. Regelproblemen zijn er vooral in de afstemming met
verzorgenden en huishoudelijk helpenden; die verloopt via het zorgdossier. Er kan daarom
worden geconcludeerd dat de autonomie onvoldoende is.

In de experimentele groep hebben de verpleegkundigen meer invloed op de planning. Er is
een stabielere situatie gecreëerd waardoor het werkt tempo stabiel is. Hierdoor zijn er geen
stressrisico’s meer. Door deze stabiele situatie is er ook meer invloed op de werkvolgorde.
Door het werken in teams is de afstemming met verzorgenden en huishoudelijk helpenden
niet meer anoniem (via het zorgdossier). Hierdoor zijn er minder misverstanden en meer
wederzijds begrip. Er kan daarom worden geconcludeerd dat de autonomie voldoende is.

Contactmogelijkheden

Controlegroep

Verpleegkundigen zien elkaar nooit bij een klant. Verpleegkundigen zitten wel bij elkaar in
een dienst waardoor er indirect wel beperkt zicht is op elkaar werkzaamheden; iedere
ochtend wordt namelijk bijeengekomen om de planning te bespreken. Hierdoor zijn er wel
mogelijkheden om sociale contacten met andere verpleegkundigen op te bouwen.
Afstemming over een klant vindt vooral per zorgdossier plaats omdat verpleegkundigen geen
klanten ‘delen’. De verpleegkundige voert de werkzaamheden geïsoleerd van collega’s uit
waaroor er nauwelijks van elkaar geleerd kan worden. Functioneel contact met
verpleegkundigen is er dus niet omdat er geen functionele afhankelijkheid is. De afstemming
met verzorgenden en huishoudelijk verzorgenden vindt alleen via het zorgdossier plaats of er
wordt gecommuniceerd via de zorgmanager. Incidenteel treft men soms iemand bij een
klant. Feitelijk is er met verzorgenden en huishoudelijk verzorgenden geen functioneel
contact. Ook worden er geen condities gecreëerd om sociaal contact op te bouwen.

Experimentele groep

De contactmogelijkheden met de collega’s uit het team zijn intensiever geworden. Er is
immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een aantal klanten. Dit betekent dat er
nu wel functionele contacten met verzorgenden en huishoudelijk verzorgenden zijn.
Functioneel contact met andere verpleegkundigen blijft beperkt, omdat er meestal één
verpleegkundige in een team zit. ‘Er moet vaker overlegd worden waardoor de teamleden
beter op elkaar ingespeeld raken: je weet wat je aan elkaar hebt’. ‘De ontmoegingskans is
groter en de verbondenheid met collega’s is hierdoor toegenomen. Hierdoor zijn ook de
sociale contactmogelijkheden verbeterd’ In de traditionele organisatie had men immers
continu met verschillende collega’s te doen waardoor het contact veel anoniemer was. ‘Ook
de klanten ken ik nu beter omdat er sprake is van vaste relaties.’

Beoordeling contactmogelijkheden

Verpleegkundigen in de controlegroep hebben tijdens hun werkzaamheden weinig contact
met hun collega’s. Wel treffen ze elkaar iedere ochtend kort op kantoor. Hierdoor zijn er wel
sociale contactmogelijkheden, maar geen functionele contactmogelijkheden met andere
verpleegkundigen. De verzorgenden en huishoudelijk helpenden worden soms (per toeval)
onmoet bij een klant maar meestal verloopt het contact via het zorgdossier of de
zorgmanager. Er zijn daardoor nauwelijks sociale contactmogelijkheden met verzorgenden
en huishoudelijk helpenden. Bovendien is er geen functioneel contact met verzorgenden en
huishoudelijk helpenden omdat er geen klanten ‘gedeeld’ worden. De contactmogelijkheden
zijn daarom beperkt voldoende.

In de experimentele groep is men door het werken in miniteams in een klein groepje
verantwoordelijk voor een bepaald aantal vaste klanten. Hierdoor zijn er functionele
contacten met verzorgenden en huishoudelijk helpenden. Dit heeft tot gevolg dat er meer
terloops wordt afgestemd (op het schoolplein of door middel van een telefoonje). Hierdoor is
er ook meer zicht op hoe het persoonlijk met een collega gaat. De sociale

‘Teams beter in thuiszorg?’
contactmogelijkheden met verzorgenden en huishoudelijk helpenden zijn daarmee verbeterd. Sociale contactmogelijkheden met verpleegkundigen blijven bestaan door speciale vakgerichte bijeenkomsten. De contactmogelijkheden zijn voldoende.

Organiserende taken

Functionele contacten met leidinggevende en derden

Controlegroep

Doordat de verpleegkundigen ’s ochtends op kantoor bijeenkomen, is er dagelijks contact met de zorgmanager. Daarnaast is er weinig contact met andere afdelingen. De P&O-afdeling is elders gevestigd. Wel kan worden binnengelopen bij de administratie. Er is wel veel contact met externe partijen. De verpleegkundigen onderhouden contact met huisartsen over het voorschrijven van medicijnen. Ook is er contact met specialisten over zaken zoals wondverzorging na een operatie. Met mantelzorgers wordt afgestemd over het ophalen van medicijnen. De verpleegkundigen overleggen met het RIO over de gestelde indicatie, gewijzigde zorgvraag of ontbrekende informatie. Bovendien is er af en toe contact met familieleden over de behandeling van de klant.

Experimentele groep

Het functionele contact met de leidinggevende is onveranderd. Ook in het contact met de overige afdelingen hebben geen wijzigingen plaatsgevonden. Ook de externe functionele contacten (verzorgingshuis, verpleeghuis, RIO, specialisten, huisarts) zijn nauwelijks gewijzigd. ‘Doordat ik nu alleen in een bepaalde buurtschap actief ben, heb ik nog met één huisarts te maken. Daardoor heb ik een beter contact met die huisarts.’ Er zal met minder families van klanten contact zijn, omdat de verpleegkundige een kleinere groep vaste klanten heeft. Het contact met de families van die klanten zal wel intensiveren, omdat de verpleegkundige een vast aanspreekpunt voor hen wordt.

Werkoverleg

Controlegroep

Iedere ochtend starten de medewerkers vanuit kantoor en komen dan bijeen. Dit gebeurt enerzijds omdat de vraag onvoorspelbaar is waardoor de planning per dag kan verschillen en anderzijds omdat de nachtdienst via de fax bijzonderheden van de afgelopen nacht vermeldt. Deze bijeenkomst is vooral gericht op het doorlopen van de afgelopen dag en nacht en de planning voor de komende dag. De behandeling van klanten komt hierbij minder ter sprake. Er wordt tevens met afgevaardigden gewerkt tijdens dit overleg met als gevolg dat de informatieoverdracht niet altijd volledig is. Het overleg is niet specifiek gericht op het uitwisselen van ervaringen en vergroten van de vakkennis. Daarnaast is er eens per maand een grote vergadering (zonder avond- en weekenddienst).

Experimentele groep

Tijdens het wekelijkse overleg met het miniteam wordt vooral over de planning gesproken. Aansluitend zoeken de teamleden elkaar op om onderling bepaalde klanten of bepaalde situaties te bespreken. Door de functionele afhankelijkheid (de gezamenlijke klanten) is overleg met collega’s noodzakelijker en daarmee zinvoller geworden. Daarnaast is er ongeveer tien keer per jaar een teamoverleg. Die kunnen over inhoudelijke thema’s gaan (bijvoorbeeld verschillende soorten insuline), maar ook organisatorische problemen of problemen in het team. ‘Zo is er bijvoorbeeld een overleg geweest over wat flexibiliteit is. Wat verwachten we dan van elkaar?’ ‘Niet iedereen lijkt zich bewust van het belang van het overleg. Omdat het niet verplicht is komen sommigen niet opdagen bijvoorbeeld omdat ze op die dag niet werken’.

Beoordeling organiserende taken

Zowel in de experimentele als in de controlegroep is er dagelijks contact met de leidinggevende. Verder is er nauwelijks contact met andere afdelingen. Wel zijn er veel contacten met externe partijen.
Met betrekking tot het werkoverleg is er echter een verschil tussen de experimentele en de controlegroep. In de controlegroep wordt dagelijks de planning besproken, maar wordt er niet over specifieke klantsituaties gesproken. Dit kan ook niet omdat klanten alleen bij toeval worden ‘gedeeld’; er is geen functionele afhankelijkheid. Daarom wordt de functie beperkt voldoende beoordeeld.

In de experimentele groep is er wekelijks een overleg met het miniteam waarin het wel zinvol is om dit te bespreken. Door de functionele afhankelijkheid (de gezamenlijke klanten) is overleg met collega’s immers noodzakelijker en daarmee zinvolleer geworden. Daarom wordt de functie in de experimentelegroep als voldoende beoordeeld.

Informatievoorziening

*Werinstructies*

**Controlegroep**
Er wordt gewerkt met een protocollenboek. Hierin staat beschreven welke behandelingen mogelijk zijn en hoe die gedaan moet worden. ‘Dit geldt als naslagwerk, want iedere verpleegkundige heeft tijdens de opleiding geleerd hoe de handelingen uitgevoerd moeten worden.’

Daarnaast wordt drie à vier keer per jaar een themamiddag georganiseerd. Op deze middag komt een deskundige uitleg geven over een bepaald thema zoals bijvoorbeeld reuma of diabetes. ‘Op deze manier worden onze kennis bijgespijkerd en zijn we weer op de hoogte van nieuwe behandelmethden.’

**Experimentele groep**
Met betrekking tot het protocollenboek zijn er geen wijzigingen. Wel worden nieuwe medewerkers nu gestructureerder ingewerkt door collega’s waardoor duidelijker is wat er van hen verwacht wordt.

*Informatie over beleid*

**Controlegroep**
De verpleegkundigen worden via de zorgmanager op de hoogte gehouden van ontwikkelingen binnen Sensire. ‘Dit blijft echter beperkt; dat ligt aan onze zorgmanager.’ Daarnaast komt regelmatig het personeelsblad Sensor uit waarin geschreven staat wat er met Sensire in de andere werkmatschappijen in het algemeen gebeurt. Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan meer informatie: ‘Ik mis een stukje voorlichting, zodat het moeilijk is om binding te hebben met de organisatie.’

**Experimentele groep**
Er zijn geen wijzigingen met betrekking tot informatie over de ontwikkelingen binnen Sensire. De beleving met betrekking tot informatie over beleid verschilt echter: ‘de zorgmanagers betrekken ons bij veel zaken.’ Dit heeft ook te maken met de participatieve vorm waarmee het veranderingsproces is gerealiseerd. ‘We krijgen nu eerder te veel dan te weinig informatie’.

*Feedback*

**Controlegroep**
Verpleegkundigen krijgen over het algemeen weinig feedback van collega’s over hun functioneren, omdat ze geen zicht hebben op elkaars werkzaamheden. Feedback wordt vooral verkregen van klanten (‘als bijvoorbeeld na een spuit een grote blauwe plek is ontstaan’). Het komt af en toe voor dat het zorgdossier wordt ‘gebruikt’ om feedback te geven aan een collega (‘bijvoorbeeld als een verband te strak heeft gezeten’). Dit leidt dan meestal tot irritaties, omdat bij geschreven teksten de non-verbale communicatie niet tot uiting komt waardoor niet duidelijk wordt op welke toon het is bedoeld.

‘Teams beter in thuiszorg?’ 261
Experimentele groep
Feedback vindt niet meer louter via het zorgdossier plaats. ‘Door het werken in teams zie je vaker dezelfde gezichten en weet je wat je aan elkaar hebt; het is minder anoniem. Daardoor zijn we beter in staat om elkaar te ondersteunen of adviseren in moeilijke situaties. Dit geldt vooral voor het miniteam want het gehele zorgteam is onderhand te groot; zo’n 18 personen.’ ‘Huishoudelijk helpenden lopen makkelijker bij je binnen: je bent makkelijker aanspreekbaar. In de oude organisatie was het veel moeilijker om contact te zoeken met andere functiegroepen. Door middel van cursussen hebben we hier veel op geoefend.’ ‘Van mijn collega’s uit het team heb ik een goed zicht op de manier hoe zij werken en wat ze prettig vinden en wat niet.’

Beoordeling informatievoorziening
Met betrekking tot werkinstructies zijn er geen grote verschillen tussen de experimentele en de controlegroep. Wel worden nieuwe medewerkers in de experimentele groep meer gestructureerd ingewerkt door collega’s zodat duidelijker is wat er van hen verwacht wordt. Ook in de informatie over beleid zijn er geen grote verschillen. Wel is door het participatieve veranderingsproces de beleving in de experimentele groep anders. Er zijn wel verschillen met betrekking tot feedback. In de controlegroep zijn er weinig mogelijkheden om feedback te krijgen van collega’s over het functioneren, omdat er geen zicht is op elkaars werkzaamheden. Door het delen van een aantal klanten is deze mogelijkheid er in experimentele groep wel; het is niet meer anoniem. Daarom wordt de informatievoorziening in de controlegroep beperkt als voldoende beoordeeld. In de experimentele groep is die voldoende.

Welzijnsprofiel verpleegkundigen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt</th>
<th>voldoende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volledigheid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kort-cyclische taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijkheidsgraad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Contactmogelijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organiserende taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatievoorziening</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Voor het organisatievernieuwingsproces
Na het organisatievernieuwingsproces

Figuur G.1   Weergave van de welzijnsprofielen van de functie Verpleegkundige voor en na wijziging
Verzorgende

Functievolledigheid
Uiitvoerende taken
Controlegroep
De verzorgenden verrichten zowel huishoudelijke als verzorgende taken. De verzorgende helpt klanten met wassen, aan- en uitkleden, douchen, boodschappen doen, behandelen kleine wondjes, klaarzetten/toedienen medicijnen, etc. De verzorgende ziet toe op het opvolgen van verpleegkundige instructies en stimuleert de zelfredzaamheid van de klant.

Experimentele groep
Voor B en C verzorgenden is er sprake van een taakverrijking. Ze gaan nu ook licht verzorgend werk doen. Bij verzorgenden D vindt er voor een deel taakverbreding plaats; er komt huishoudelijk werk bij. Door sommigen wordt dit als een devaluatie van het vak beschouwd. Maar ook voor verzorgenden D is er taakverrijking door bepaalde werkzaamheden van de VIG'er (Verpleegkundige Individuele Gezondheidszorg) op te pakken. ‘We worden gestimuleerd om hiervoor gerichte aanvullende opleidingen te doen (zoals medicijnen uitzetten, insuline spuiten, etc.)’

Voorbereidende taken
Controlegroep
De voorbereidende taken komen grotendeels overeen met die van de verpleegkundige. De eerstverantwoordelijke stelt een zorgplan op in het zorgdossier en houdt overzicht over het behandelproces van de klant en de ontwikkeling van de gezondheid van de klant. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs de verzorgende te zijn maar deze is het wel vaak (uit de dagdienst) omdat de verzorgende dikwijls bij een klant komt. In principe heeft iedere verzorgende dan ook vaste klanten en weet zij dus precies wat er gebeuren moet. Toch wordt het zorgdossier wel degelijk bijgehouden. Dit gebeurt om verschillende redenen. Ten eerste voor verpleegkundigen en huishoudelijk helpenden (die er ook over de vloer komen). Ten tweede voor het geval de verzorgende ziek of vrij is (bijvoorbeeld bij vakantie) en een collega invult. Ten derde om het proces van de klant in kaart te houden (ook voor familie van de klant). De betreffende medewerker kan dus, ter voorbereiding, uit het zorgdossier halen wat er gebeuren moet. Op basis hiervan wordt en werkmethodie en volgorde bepaald. ‘Het is hierbij belangrijk dat je prioriteiten kunt stellen.’ Indien de verzorgende de eerst verantwoordelijke is, dan regelt deze het materiaal en medicijnen. Dit betekent dat ze die laat bezorgen (door bijvoorbeeld de apotheek) of zelf inkopen gaan doen van bijvoorbeeld schoonmaakmateriaal of etenswaren.

Experimentele groep
Bij de experimentele groep komt hier geen verandering in.

Ondersteunende taken
Controlegroep
Iedere verzorgende heeft een administratieve taak door na ieder bezoek het zorgdossier bij te werken. Als een verzorgende signaleert dat een wondje van een klant begint te ontsteken of dat een bloeduitstorting steeds groter wordt dan wordt contact opgenomen met de zorgmanager. Hiermee bewaakt de verzorgende de kwaliteit van het zorgproces. De zorgmanager neemt dan vervolgens weer contact op met de verpleegkundige en vraagt die om ook naar de klant te gaan. De verzorgenden meten daarnaast hun kwaliteit af aan de tevredenheid van de klanten. ‘De meeste klanten zijn heel dankbaar. Ze hebben vaak nog het meest behoefte aan een sociaal praatje. Ze vertellen me nog meer dan aan hun eigen kinderen.’

‘Teams beter in thuiszorg?’
Als het echt niet klikt met een klant, wordt dat doorgegeven aan de zorgmanager. Deze zoekt dan naar mogelijkheden om te ruilen met een andere verzorgende.

Nieuwe medewerkers worden ingewerkt door mee te lopen met een ervaren collega. Dit gebeurt echter niet op gestructureerde wijze. De verzorgenden vinden dat ze al veel regelen: ‘ik zou niet weten wat we nog meer zouden moeten regelen.’ Het verrichten van reparatie en onderhoud is irrelevant voor de functie van verzorgende.

**Experimentele groep**

De ondersteunende taken komen overeen met die van de verpleegkundige in de experimentele groep; ze zitten immers gezamenlijk in het zorgteam.

**Beoordeling functievolledigheid**

De uitvoerende werkzaamheden in de controlegroep bestaan uit zowel huishoudelijke als verzorgende taken. De verzorgende ziet toe op het opvolgen van verpleegkundige instructies en stimuleert de zelfredzaamheid van de klant. In de experimentele groep is er sprake van een verbreding en verrijking (voor verschillende niveaus verzorgenden). Zowel in de controle als in de experimentele groep bestaan de voorbereidende taken uit het inlezen in het zorgdossier en, indien de verzorgende eerstverantwoordelijke is, het opstellen van het zorgplan. In dat geval worden ook materiaal en middelen geregeld of gekocht. Ook de werkmethode en taakvolgorde worden bepaald.

In de controlegroep bestaan de ondersteunende taken uit administratieve taken (zorgdossier bijwerken) en kwaliteit bewaken. Nieuwe collega’s lopen weliswaar een keer mee, maar worden niet structureel ingewerkt. In de experimentele groep zijn er diverse ondersteunende taken in het team belegd en daarmee een verantwoordelijkheid voor alle functionarissen (stage- en leerlingbegeleiders, inwerken, et cetera). Het aantal ondersteunende taken is hiermee uitgebreid.

Er kan worden gesteld dat het aantal uitvoerende taken in de controlegroep enigszins beperkt is. De ondersteunende taken worden vooral incidenteel uitgevoerd. Daarom scoort de functie beperkt voldoende. In de experimentele groep is er sprake van functieverbreding en -verrijking. Bovendien worden de ondersteunende taken meer gestructureerd uitgevoerd. Daarom scoort de functie voldoende.

**Hoeveelheid kortcyclische taken**

**Controlegroep**

Een bezoek van een verzorgende aan een klant duurt minstens anderhalf uur. Het aantal klanten op een dag is daardoor beperkt.

**Experimentele groep**

Doordat er nu meer directe afstemming is met collega’s over klanten gebeurt het regelmatig dat de verzorgende tevens enkele werkzaamheden uitvoert waar in de traditionele organisatie een ander (bijvoorbeeld een verpleegkundige) voor zou zijn gekomen. Door de taakverbreding- en verrijking is de behandeltijd per klant eerder langer geworden dan gelijk gebleven.

**Beoordeling kortcyclische taken**

Ervanuitgaande dat een medewerker fulltime werkt (de meesten zijn parttimers) dan betekent dit dat hoogstens vier à vijf klanten op een dag worden bezocht door medewerkers uit de controlegroep. Dit is veel te weinig om te spreken van een kortcyclische taak. In de experimentele groep is de functie breder en rijker waarmee de kans dat een aantal keer dezelfde handeling wordt verricht alleen maar is verkleind. Zowel in de controle- als in de experimentele groep scoort de functie voldoende.

‘Teams beter in thuiszorg?’
**Moeilijkheidsgraad**

**Controlegroep**

De meeste werkzaamheden (klant wassen, aan- en uitkleden, et cetera) zijn eenvoudige klussen. ‘Het is veel routinewerk; het bevat nauwelijks moeilijke handelingen.’ Het opbouwen van een relatie met een klant is echter moeilijker. Enerzijds contact maken maar anderzijds ook afstand houden. Je moet ook prioriteiten kunnen stellen, zodat de belangrijke zaken eerst worden gedaan (zoals eerst het bed verschonen voordat je aan het stofzuigen begint’). Daarnaast is het ook belangrijk dat wordt gestreefd naar kleine gedragsveranderingen en dat de klant zoveel mogelijk wordt geactiveerd.

**Experimentele groep**

Het uitvoerende werk van verzorgenden B, C en D is wat moeilijker geworden. Soms zijn hier wel extra diploma’s voor nodig. Door een uitbreiding van de ondersteunende taken is er bovendien een extra uitdagende taak bijgekomen: ‘we regelen zelf de planning, onze vrije dagen en dragen zelf over bij vakanties’. ‘Vroeger was het werk veel meer sleur: nu worden we meer uitgedaagd om na te denken.’ ‘Een relatie met een klant opbouwen blijft lastig.’

**Beoordeling moeilijkheidsgraad**

In de controlegroep zijn de meeste werkzaamheden eenvoudige handelingen. De sociale handelingen (een relatie opbouwen) zijn moeilijker. Daarom scoort de functie beperkt voldoende. Bij de experimentele groep is de functie breder en rijker. De functie is ook moeilijker door de toevoeging van ondersteunende taken (planning en vakantiedagen regelen). De sociale handelingen blijven lastig. De functie scoort voldoende.

**Autonomie**

**Controlegroep**

Twee verzorgenden plannen voor alle verzorgenden. Dit gebeurt samen met de zorgmanager. Elke verzorgenden krijgt dus enkele klanten toegewezen. Dit gebeurt aan de hand van de beschikbaarheid van verzorgenden aangezien de meesten parttimers zijn. In overleg met de klant wordt vastgesteld welke verzorgende wanneer komt. De verzorgenden bepalen dus niet zelf de volgorde van de klanten.

Als een verzorgende ziek is dan belt deze zelf de eerste klant van die dag om af te zeggen of te verschuiven. Vervolgens wordt de zorgmanager opgebeld; deze verplaatst de andere afspraken die voor die dag ingepland stonden. Niet alleen door uitval van verzorgenden zelf maar ook door uitval van klanten, komt het vaak voor dat de volgorde op het laatste moment wordt verstoord.

De volgorde van sommige handelingen ligt enerzijds redelijk vast. ‘Het is logisch dat een klant eerst wordt geholpen met wassen en daarna met aankleden.’ Terwijl de volgorde van andere handelingen minder vast staat: ‘of ik eerst het bed verschoon en daarna de boodschappen doe of andersom gebeurt in overleg met de klant.’

Het werktempo wordt bepaald door de mate waarin het druk is. Als het erg druk is, is er minder tijd per klant per over. ‘Vooral de weekenddienst zit momenteel erg vol. Daarom is onderling geregeld dat iemand in het weekend bijspringt’. ‘We proberen altijd alle klanten te helpen en als het echt niet anders kan dan gaat de klant naar het stationaire team.’ Dit heeft tot gevolg dat in eerste instantie de behandeling van nieuwe klanten ten koste kan gaan van de beschikbare tijd voor de bestaande klanten.’ Het werktempo hangt bovendien af van wat de klant vraagt: ‘soms was ik alleen de klant en kleed hem aan en drinken we gezellig een kopje koffie en een andere keer doe ik ook alle keukenkastjes en de hele badkamer er nog bij.’

Net als bij verpleegkundigen, ervaren verzorgenden soms problemen in de afstemming met het RIO. Dit speelt vooral bij de intake en heeft geen invloed op het dagelijks proces van de verzorgende. Het is daarom geen regelprobleem.

Er worden problemen ervaren bij de afstemming over klant. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen afstemming met andere verzorgenden en afstemming met verpleegkundigen, huishoudelijk helpenden. De afstemming met andere verzorgenden (bij ziekte, vrije dagen, in

‘Teams beter in thuiszorg?’
de avond- of weekenddienst) over klanten loopt hoofdzakelijk via het zorgdossier. Dat is vaak niet volledig of up to date. Deze gebrekkige afstemming leidt tot irritaties en kwaliteitsverlies. Daarnaast is er nog het maandelijkse werkoverleg waar de situatie van klanten besproken kan worden. Dit gebeurt echter niet zo vaak, want in principe heeft iedere verzorgende haar eigen klanten. De afstemming met verpleegkundigen, VIG'ers, en met huishoudelijk helpenden vindt louter via het zorgdossier plaats waarbij eveneens irritaties kunnen ontstaan. Als er overlegd moet worden, dan wordt dit doorgegeven aan de betreffende zorgmanager. Verzorgenden ervaren ook problemen met betrekking tot flexibiliteit ten opzichte van werktijden. ‘Sommige collega’s zijn veel meer bereid dan anderen om op afwijkende tijden te werken waardoor een onevenredig beroep op hen wordt gedaan. Door dit bespreekbaar te houden met collega’s wordt dit opgelost.’

_Experimentele groep_
De autonomie is hetzelfde als bij verpleegkundigen in de experimentele groep; ze maken immers deel uit van hetzelfde verzorgingsteam.

_Beoordeling autonomie_
In de controlegroep heeft de verzorgende geen invloed op de volgorde van klanten. De volgorde van handelingen en werkmethode wordt enerzijds beperkt door de aard van de werkzaamheden, maar anderzijds kunnen er wel zelf prioriteiten worden gesteld bij het verrichten van handelingen en de manier waarop ze worden verricht. De behandeling van nieuwe klanten kan ten koste gaan van de zorgtijd voor de bestaande klanten. Doordat verzorgenden langere tijd bij een klant verblijven (minstens anderhalf uur), hebben ze de mogelijkheid (interne regelcapaciteit) om dit binnen de geplande werktijd op te vangen. Dit betekent dat een nieuwe klant vooral effect heeft op de productiviteit (meer reistijd) en niet direct op de werkduur van de medewerker. Regelproblemen zijn er vooral in de afstemming met verpleegkundigen, huishoudelijk helpenden en ook de andere verzorgenden (die ze eens per maand zien). De autonomie is daarom onvoldoende.

In de experimentele groep hebben de verzorgenden meer invloed op de planning. De verzorgende heeft nu invloed op de volgorde van de klanten. Tevens is een stabielere situatie gecreëerd waardoor de planning niet telkens wordt gewijzigd. De invloed op de volgorde van handelingen en de werkmethode blijft ongewijzigd. Door het werken in teams gebeurt de afstemming met verpleegkundigen en huishoudelijk helpenden (en ook verzorgenden) niet meer anoniem via het zorgdossier. Hierdoor zijn er minder misverstanden en meer wederzijds begrip. De autonomie is daarom voldoende.

_Contractmogelijkheden_
_Contoegroep_
Verzorgenden zien elkaar nooit bij een klant. Verzorgenden werken wel in dezelfde dienst (bijvoorbeeld dagdienst of avonddienst) waardoor er indirect wel beperkt zicht is op elkaars werkzaamheden. Afstemming vindt ook per zorgdossier plaats. De afstemming met verpleegkundigen en huishoudelijk helpenden vindt alleen via het zorgdossier plaats of er wordt gecommuniceerd via de zorgmanager (‘bij onduidelijkheden bel ik op’). De verzorgende voert de werkzaamheden dus geïsoleerd van collega’s uit waardoor er nauwelijks van elkaar geleerd kan worden. Daardoor is er ook geen mogelijkheid om sociale contacten met collega’s op te bouwen. Er wordt vooral afgestemd met de zorgmanager.

_Experimentele groep_
Er kan onderscheid worden gemaakt tussen een verzorgende in een dienstenteam en een verzorgende in een zorgteam. In het dienstenteam zijn de functionele contacten met de collega’s uit het kwartetje (huishoudelijk helpenden en verzorgenden) intensief geworden. Er is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een aantal klanten. Dit betekent dat er vaker overlegd moet worden en de medewerkers wat beter op elkaar ingespeeld raken. In de
In het miniteam (als onderdeel van het zorgteam) is de afstemmingsbehoefte nog groter omdat de behandelduur van de klanten gemiddeld wat korter is en de verzorging intensiever. Hierdoor moet er meer overlegd worden met verpleegkundigen en andere verzorgenden. Afstemming gebeurt nu op drie manieren: planningsoverleg (hierbij worden ook problemen besproken), het zorgdossier en tenslotte telefonisch. 'Er wordt nu meer telefonisch overlegd; vroeger kende je elkaar niet. Daarom heb je ook eerder in de gaten of een collega lekker in haar vel zit of dat er iets is.' Ook de sociale contactmogelijkheden zijn daarmede verbeterd.

**Beoordeling contactmogelijkheden**

In de controlegroep werken verzorgenden geïsoleerd van hun collega’s. Ze treffen hoogstens (bij toeval) een verpleegkundige bij een klant. Er worden geen klanten gedeeld zodat er geen functionele contacten zijn. Hierdoor worden ook geen condities gecreëerd om sociale contacten met collega’s op te bouwen. De contactmogelijkheden zijn daarom onvoldoende.

Bij de experimentele groep is men door het werken in teams met een kleine groep verantwoordelijk voor een vaste groep klanten. Dit heeft tot gevolg dat ook meer terloops wordt afgestemd. Een verzorgende in een dienstenteam (kwartetje) heeft intensieve contacten met collega’s door het delen van enkele klanten (dikwijls in duo’s). In het zorgteam is de afstemmingsbehoefte nog groter omdat de zorg voor de klanten gemiddeld wat intensiever is. Doordat verzorgenden hun collega’s regelmatiger zien worden tevens mogelijkheden gecreëerd om sociale contacten op te bouwen. De contactmogelijkheden zijn daarom voldoende.

**Organiserende taken**

**Functionele contacten met leidinggevende en derden**

**Controlegroep**

Verzorgenden hebben voornamelijk contact met de zorgmanager. Deze coördineert bij wijzigingen in de planning. Verder is er weinig contact met andere afdelingen. De meeste verzorgenden komen niet vaker dan eens per maand op kantoor.

Verzorgenden hebben voornamelijk contact met de klanten. Dit vinden ze ook het belangrijkste ‘het belang van de klant gaat voor alles’. Daarnaast is er regelmatig contact met familieleden van klanten. Deze worden dan voorgelicht (en eventueel geadviseerd) over de situatie van de klant. Ook is er contact met het RIO, verpleegtehuizen, etc.

**Experimentele groep**

Het functionele contact met de zorgmanager is iets minder intensief omdat de planning meer onderling wordt geregeld. De externe functionele contacten (verpleeghuis, RIO) wijzigen niet.

**Werkoverleg**

**Controlegroep**

Er is maandelijks een werkoverleg. Hierin worden onduidelijkheden besproken (bijvoorbeeld ten aanzien van tijdregistratie). Ook wordt besproken of er nieuwe klanten zijn en bij welke klant de zorg is gestopt. De verzorgenden hebben geen inzicht in de prestaties (gerealiseerde zorguren) en hebben geen zicht op de werkzaamheden van collega’s bij hun klanten. Daarom is het ook weinig zinvol een specifieke klantsituatie te bespreken.

**Experimentele groep**

Er is een onderscheid tussen het werkoverleg van een verzorgende in een dienstenteam en in een zorgteam. In het dienstenteam is overleg met het kwartetje nodig, omdat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor een bepaalde groep klanten. Dit maakt het werkoverleg veel functioneler dan bij de controlegroep en is er minder sprake van éénrichtingsverkeer. In het dienstenteam is de zorgvraag stabiler en de relatie met de klant langduriger dan in het zorgteam. Frequentie van het overleg is daarom minder hoog dan in het zorgteam. Het miniteam in het zorgteam komt zeer regelmatig bijeen om de planning en

‘Teams beter in thuiszorg?’
status van de klanten te bespreken. ‘Er wordt nu wel meer tegen elkaar gezegd tijdens het werkoverleg. Ook wijkverpleegkundigen spreek je aan; er is minder sprake van statusverschillen.’ ‘Het werkoverleg heeft nu meer inhoud, het is niet meer alleen bijkletsen.’

Beoordeling organiserende taken
In de controlegroep heeft de verzorgende regelmatig contact met de zorgmanager (bij wijzigingen in de planning bijvoorbeeld bij het invallen voor een collega). Verder is er nauwelijks contact met andere afdelingen. Er zijn wel externe functionele contacten (bijvoorbeeld met het RIO, maar ook met familie van de klant). Eens in de maand is er werkoverleg; hierbij worden vooral organisatorische en planningtechnische mededelingen gedaan. Er is sprake van éénrichtingsverkeer, klantspecifieke situaties worden niet besproken omdat klanten niet worden gedeeld. De functie scoort daarom onvoldoende.

In de experimentele groep is het functionele contact met de zorgmanager iets minder intensief omdat de planning meer onderling wordt geregeld. De externe functionele contacten zijn hetzelfde. De verzorgende heeft zowel in een kwartetje als in een miniteam intensiever overleg omdat de planning onderling wordt geregeld. Bovendien worden specifieke klantsituaties besproken omdat er sprake is van functionele afhankelijkheid (gedeelde klanten). Hierdoor kan er van elkaar worden geleerd. In het miniteam is het overleg nog intensiever dan in het kwartetje. In de experimentele groep scoort de functie beperkt voldoende.

Informatievoorziening

Werkinstructies
Controlegroep
Er staat niet omschreven hoe bepaalde handelingen verricht moeten worden. ‘Ik ga ervan uit dat iedereen weet hoe een klant gewassen moet worden. En als het niet goed is krijg je het wel van de klant te horen. Iedereen heeft z’n eigen werkmethode: als het uiteindelijk maar veilig en goed gebeurt.’ Door een keer met een collega mee te lopen weten nieuwe verzorgenden wat er van hen verwacht wordt.

Experimentele groep
Nieuwe medewerkers worden nu gestructureerder ingewerkt door collega’s zodat duidelijker is wat van hen verwacht wordt.

Informatie over beleid
Controlegroep
De verzorgenden worden via de zorgmanager op de hoogte gehouden van ontwikkingen binnen Sensire. Daarnaast komt regelmatig het personeelsblad Sensor uit waarin beschreven staat wat er met Sensire en de andere werkmaatschappijen in het algemeen gebeurt. ‘Hoewel ik de Sensor lees heb ik behoefte aan meer informatie over Sensire.’ ‘Er zijn continu veranderingen; dit zijn allemaal randzaken, het gaat gewoon om het verzorgen van de klant.’ ‘De meeste medewerkers hebben weinig binding met Sensire.’

Experimentele groep
Er zijn geen wijzigingen in de informatie over de ontwikkelingen binnen Sensire. Voor sommigen geldt dat er meer betrokkenheid met de organisatie is. Dit komt omdat er meer binding is met collega’s uit het team.

Feedback
Controlegroep

‘Teams beter in thuiszorg?’
**Experimentele groep**

Feedback vindt niet meer louter via het zorgdossier plaats. Door het werken in teams is het werk veel minder anoniem. ‘Je weet nu wie slordig is en wie niet.’ ‘Medewerkers spreken elkaar meer aan; er zijn minder statusverschillen.’ Hierdoor kan men meer van elkaar leren.

**Beoordeling informatievoorziening**

Net als bij verpleegkundigen zijn er geen grote verschillen tussen de controle- en de experimentele groep met betrekking tot werkinstructies. Wel worden nieuwe medewerkers in de experimentele groep meer gestructureerd ingewerkt zodat duidelijker is wat van hen verwacht wordt. Sommigen hebben meer binding met de organisatie, omdat ze meer binding met collega’s hebben. Ook de participatieve stijl van veranderen heeft bijgedragen aan het grotere gevoel van betrokkenheid met de organisatie.

Er zijn wel verschillen met betrekking tot feedback. In de controlegroep zijn er weinig mogelijkheden om feedback te krijgen van collega’s over hoe zij functioneren, omdat er geen zicht is op elkaars werkzaamheden. Door het delen van een aantal klanten is deze mogelijkheid er bij de experimentele groep wel; het is niet meer anoniem. Daarom wordt de informatievoorziening in de controlegroep beperkt voldoende beoordeeld. In de experimentele groep is die voldoende.

**Welzijnsprofiel verzorgenden**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt</th>
<th>voldoende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volledigheid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kort-cyclische taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijkheidsgraad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Contactmogelijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organiserende taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatievoorziening</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Figuur G.2   Weergave van de welzijnsprofielen van de functie Verzorgende voor en na wijziging
**Huishoudelijk helpende**

**Functievolledigheid**

*Uitvoerende taken*

**Controlegroep**

De huishoudelijk helpende of thuisverzorgende (TV'er) verricht uitsluitend huishoudelijke taken. De helpende assisteert klanten door het klaarmaken van maaltijden, boodschappen te doen, te stofzuigen, het verschonen van bedden, strijken, et cetera.

**Experimentele groep**

Er worden dezelfde handelingen uitgevoerd als in de traditionele organisatie het geval was. ’Er zijn geen andere taken bijgekomen: verzorgende taken mag ik niet doen.’

*Voorbereidende taken*

**Controlegroep**

Voorbereidende taken komen grotendeels overeen met die van verpleegkundigen en verzorgenden. De eerstverantwoordelijke stelt een zorgplan op in het zorgdossier en houdt overzicht over het behandelproces van de klant en de ontwikkeling van de gezondheid van de klant. Het zorgplan is echter niet zo veelomvattend omdat het om laag-complexe, stabiele zorg gaat.

In principe heeft iedere TV'er net als de verzorgende vaste klanten en weet dus precies wat er gebeuren moet. Toch wordt het zorgdossier wel degelijk bijgehouden. De TV'er kan, ter voorbereiding, in ieder geval uit het zorgdossier halen wat er gebeuren moet ‘dit is een vooruitgang, vooral voor als je moet invallen tijdens vakanties.’ Op basis hiervan wordt de werkmethode en volgorde bepaald. De TV'er moet hierbij het inzicht hebben om prioriteiten te kunnen stellen.

Indien de TV'er de eerst verantwoordelijke is, dan regelt deze het materiaal en de middelen (zoals schoonmaakmateriaal, voedsel, et cetera) voor de TV'er. Het kan ook zijn dat het materiaal en de middelen al bij de klant aanwezig omdat deze er zelf voor zorgt.

**Experimentele groep**

De voorbereidende taken zijn dezelfde als in de traditionele organisatie bij de controlegroep het geval was.

*Ondersteunende taken*

**Controlegroep**

De TV'er heeft een administratieve taak door na ieder bezoek het zorgdossier bij te werken. De TV'ers meten hun kwaliteit af aan de tevredenheid van de klanten. ‘Je werkt zoals de klanten het willen. Inwerken van nieuwe collega’s in daarom niet nodig.’ ‘Veel klanten hebben vooral ook behoefte aan een gesprek. Er is vaak een vertrouwensrelatie met de klant.’

Als het niet klikt met een klant, dan worden klachten doorgegeven aan de zorgmanager. Deze zoekt dan naar mogelijkheden om te ruilen met een andere verzorgende. ‘Maar een moeilijke klant hebben is ook een uitdaging, dus laat ik dat niet snel gebeuren.’ Het verrichten van onderhoud en reparatie en onderhoud is irrelevant voor de functie van huishoudelijk helpende.

**Experimentele groep**

Eén van de collega’s doet de tussenevaluaties en de eindevaluatie bij de klant van een collega. ‘Op deze manier wordt meer objectief vastgesteld wat de kwaliteit van dienstverlening is.’

‘Sinds het werken in teams is de papieren rompslomp toegenomen. Je moet nu overal zelf achteraan. Hier wordt veel over geklaagd en voor een enkeling is dit reden om ander werk te zoeken.’

Andere ondersteunende taken zijn er niet binnen de functie van huishoudelijk helpende.
Beoordeling functievolligheid
Zowel in de controle- als in de experimentele groep bestaan de uitvoerende taken uit huishoudelijke werkzaamheden. De voorbereidende taken bestaan in de controle- en experimentele groep uit het inlezen in het zorgdossier en, indien de huishoudelijk verzorgende de eerstverantwoordelijke is, uit het opstellen van het (beperkte) zorgplan. In dat geval worden ook de materialen en middelen geregeld of gekocht. Ook de werkmethode en taakvolgorde worden (al dan niet in overleg met de klant) bepaald. Met betrekking tot de ondersteunende taken is er eveneens geen onderscheid tussen de controle- en de experimentele groep. Ondersteunende taken bestaan uit het bijwerken van het zorgdossier. De kwaliteit wordt gerelateerd aan de tevredenheid van de klant. In de experimentele groep wordt de kwaliteitsmeting meer gestructureerd aangepakt. Men gaat bij klanten van collega’s evaluaties uitvoeren. Hiermee wordt het echter geen onderdeel van de behandeling van de eigen klant. Het aantal administratieve handelingen is in de experimentele groep wel uitgebreid. Hierdoor is de functie enigszins verbreed. De functievolligheid is zowel in de controle- als in de experimentelegroep beperkt voldoende.

Hoeveelheid kortcyclische taken
Controlegroep
Een bezoek van een TV’er aan een klant duurt meestal een ochtend of een middag. ‘Ik heb meestal één klant per dag.’

Experimentele groep
Er zijn geen veranderingen ten opzichte van de traditionele organisatie.

Beoordeling kortcyclische taken
Ervan uitgaande dat een medewerker fulltime werkt (de meesten zijn parttimers) dan betekent dit hoogstens twee à drie klanten per dag. Dit is veel te weinig om te spreken van een kortcyclische taak in de controlegroep. Voor de experimentele groep geldt hetzelfde. Zowel in de controlegroep als in de experimentele groep scoort de functie voldoende.

Moeilijkheidsgraad
Controlegroep
De meeste werkzaamheden (dweilen, stofzuigen, boodschappen doen, et cetera) zijn eenvoudig. ‘Omgaan met moeilijke klanten is wel een uitdaging.’ ‘Bovendien geeft het voldoening om een vertrouwensrelatie met klanten op te bouwen door te luisteren en te helpen met problemen. De ene keer moet je afstand houden en de andere keer juist toenadering zoeken. Sommige klanten zijn gewoon lastig en andere weer te makkelijk. Daarnaast is het een uitdaging om klanten zo zelfstandig mogelijk te houden binnen de mogelijkheden die ze nog hebben. Het geeft bijvoorbeeld veel voldoening als ik een klant toch weer zover krijg dat hij zelf koffie gaat zetten.’

Experimentele groep
Het uitvoerende werk van de huishoudelijk helpende is onveranderd. Ook de relatie opbouwen en de sociale activering blijft belangrijk. Door in kwartetjes zelf de planning te regelen en meer administratieve handelingen te verrichten is het voor huishoudelijk verzorgenden wel moeilijker geworden.

Beoordeling moeilijkheidsgraad

‘Teams beter in thuiszorg?’
Autonomie

Controlegroep

TV'ers krijgen enkele klanten toegewezen door de zorgmanager. Dit gebeurt aan de hand van de beschikbaarheid van TV'ers, aangezien de meesten parttimers zijn. De TV'er en de klant overleggen wanneer deze langskomt.

De volgorde van handelingen staat niet vast. ‘Of ik eerst de keuken opruim of eerst de bedden opmaak maakt niet uit. Ik heb alle ruimte om zelf te bepalen hoe ik werk. Uiteraard overleg ik wel even met de klant.’ Er is sprake van vraaggerichte zorg; dit betekent dat in feite dat gebeurt wat de klant wenst.

Regeltaken als vrije dagen en vervanging bij ziekte worden in principe door de zorgmanager gedaan. Het komt echter dikwijls voor dat de huishoudelijk helpende in overleg met de klant een ander tijdstip bepaalt of dat wordt besloten om een week over te slaan. Dit gaat dan ten koste van de productiviteit. ‘Sommige klanten willen alleen hun eigen huishoudelijke helpende.’

Normaal gesproken heeft de TV'er één klant per halve dag. Dit betekent dat de productie toeneemt bij een toename van het aantal klanten; het werkt tempo blijft dus gelijk. Het werkt tempo bij een klant hangt af van wat de klant vraagt: ‘soms doe ik alleen wat boodschappen, ruim ik de slaapkamer op en help ik bovendien met koken; de andere keer maak ik het hele huis schoon.’

Zoals bij verpleegkundigen en verzorgenden al genoemd ervaren ook huishoudelijk helpenden problemen in de afstemming met het RIO. Dit speelt vooral bij de intake en heeft geen invloed op het dagelijkse proces van de huishoudelijk helpende. Het is daarom geen regelprobleem.

Er worden ook problemen ervaren met de afstemming over de klant. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen afstemming met andere TV'ers en afstemming met verpleegkundigen en verzorgenden. De afstemming met andere TV'ers (bijvoorbeeld bij ziekte of vakantie) over klanten loopt hoofdzakelijk via het zorgdossier. Dat is vaak niet volledig of up to date. Deze gebrekkige afstemming kan tot irritaties leiden. Werkoverleg vindt te weinig plaats om dit te bespreken (‘dat kan twee maanden later zijn.’)

De afstemming met verpleegkundigen en met verzorgenden vindt louter via het zorgdossier plaats. Hier schuilt hetzelfde gevaar. Als er overleg moet worden, dan wordt dit doorgegeven aan de zorgmanager.

Experimentele groep

In principe heeft iedere medewerker vaste klanten op een vast tijdstip. De medewerker heeft dit zelf met de klant afgestemd. Dit verandert ook niet dagelijks.

De planningssystematiek is hetzelfde als in het zorgteam. In eerste instantie wordt eens per vier weken onderling in het kwartetje overlegd. Er is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor klanten in een bepaalde regio (het gebied van het kwartetje). Wijzigingen in deze regio worden in eerste instantie zelf opgelost (bijvoorbeeld collega op vakantie, klant moet naar het ziekenhuis, et cetera). ‘In principe regelen we de planning zoveel mogelijk zelf’. Als er bepaalde dingen overblijven dan wordt binnen het hele team gekeken (dit doet de sterrolhouder ‘planning’). Als ook dit nog geen oplossing biedt dan worden oproepkrachten ingeschakeld. ‘Veel mensen doen het liefst alleen de uitvoerende taken. Ik ben nieuw en één van de weinigen die sterrolhouder ‘planning’ wil zijn.’ Er is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de planning, maar namens de groep houdt de sterrolhouder ‘planning’ zich hiermee bezig.

Als er nog problemen zijn dan worden deze door de zorgmanager opgelost.’

Beoordeling autonomie

In de controlegroep heeft de huishoudelijk helpende geen invloed op de klanten die toegewezen worden. Vervanging bij ziekte en vakantie wordt in principe via de zorgmanager geregeld, maar in de praktijk wordt dit vaak direct met de klant geregeld: deze heeft vaak liever niemand in plaats van een vervanger. Dit gaat dan ten koste van de productie. Op de volgorde van handelingen heeft de huishoudelijk helpende eveneens invloed. Er kunnen
prioriteiten worden bij het verrichten van handelingen en de manier waarop dit wordt verricht. De huishoudelijk helpende is meestal drie uur aaneengesloten bij een klant. Drukte is dus niet van invloed op het aantal klanten per dag. Het werktempo bij een klant wordt in overleg met de klant vastgesteld, er is immers sprake van vraaggerichte zorg. Regelproblemen zijn er vooral in de afstemming met verpleegkundigen en verzorgenden en ook andere huishoudelijk helpenden (ook deze zien ze incidenteel). De autonomie is daarom beperkt voldoende.

In de experimentele groep behoudt de huishoudelijk helpende invloed op werkvolgorde (van de klanten), taakvolgorde (prioriteiten stellen bij de te verrichten handelingen), werktempo en werkmethode. Wijzigingen in de planning worden niet meer via de zorgmanager geregeld of zelfstandig met de klant geregeld. Regelproblemen zijn er voornamelijk in de afstemming met verzorgenden en verpleegkundigen. De autonomie is daarom beperkt voldoende.

**Contactmogelijkheden**

**Controlegroep**
TV’ers hebben tijdens hun werkzaamheden weinig te maken met hun collega’s. Met ziet elkaar bijvoorbeeld nooit bij een klant. Afstemming is alleen bij ziekte of vakantie nodig en vindt dan per zorgdossier plaats. Ook de afstemming met verpleegkundigen en verzorgenden vindt via het zorgdossier plaats. De huishoudelijk helpende voert de werkzaamheden dus geïsoleerd uit, waardoor er geen leermogelijkheden zijn. Er zijn daardoor nauwelijks functionele contacten. Bovendien zijn er geen sociale contactmogelijkheden, omdat de huishoudelijk helpende haar collega’s zelden ontmoet en dus niet kent.

**Experimentele groep**
Er kan onderscheid worden gemaakt tussen een huishoudelijk helpende in een dienstenteam en een huishoudelijk helpende in een zorgteam. In het dienstenteam zijn de functionele contacten met de collega’s (TV’ers en verzorgenden) intensief geworden. Men is in duo’s gezamenlijk verantwoordelijk voor een aantal klanten. ‘Door in te vallen bij mijn directe collega’s zie ik hoe zij werken.’ Hierdoor is er functioneel contact met een collega. Dit betekent dat er vaker informeel afgestemd moet worden en dat de medewerkers wat meer op elkaar in gespeeld raken. Zo leert de TV’er de collega beter kennen en ontstaat er ook sociaal contact. In het zorgteam is de afstemningsbehoefte nog groter omdat de behandeling van de klanten gemiddeld vaker aangepast moet worden, frequenter en korter per keer is. Hierdoor moet er meer overlegd worden met verpleegkundigen en verzorgenden bijvoorbeeld door even te bellen of op het schoolplein even te overleggen. Hiermee leert de huishoudelijk helpende ook in het zorgteam de collega’s beter kennen; er ontstaan meer sociale contacten.

**Beoordeling contactmogelijkheden**
In de controlegroep worden geen klanten gedeeld. Bij ziekte en vakantie wordt dit onderling met de klant geregeld of met de zorgmanager afgestemd. Hierdoor is er geen functioneel contact met collega’s. Collega’s ontmoet men niet, omdat de huishoudelijk helpende nauwelijks op kantoor komt. Er zijn dus ook geen mogelijkheden om een sociaal contact met collega’s op te bouwen. De contactmogelijkheden zijn onvoldoende.

In de experimentele groep worden klanten, zowel in een miniteam als in een kwartetje, met collega’s gedeeld. Hierdoor zijn er wel functionele contacten. In beide gevallen wordt er
regelmatig afgestemd (in het miniteam is de behoefte hieraan nog groter) en ontmoet men dus collega’s. Hierdoor leert men elkaar beter kennen; er zijn tevens sociale contactmogelijkheden. De contactmogelijkheden zijn voldoende.

Organiseringe taken

*Functionele contacten met leidinggevende en derden*

**Controlegroep**
TV’ers hebben contact met de zorgmanager indien er vervanging geregeld moet worden en dit niet onderling met de klant wordt geregeld. Indien er niets geregeld hoeft te worden, is het goed mogelijk dat er enkele weken geen contact is. Er is verder ook weinig contact met andere afdelingen. ‘De meeste huishoudelijk helpenden komen nauwelijks op kantoor.’ TV’ers hebben voornamelijk contact met de klanten. Dit vinden ze ook het belangrijkste: ‘het belang van de klant gaat voor alles’. Hierbij kan zelfs een vertrouwensband ontstaan. Doordat huishoudelijk helpenden soms als enige gedurende een lange periode bij een bepaalde klant komen kan er weleens sprake zijn van scheefgroei. De klant vraagt dan zaken van de TV’er die niet gangbaar zijn (bijvoorbeeld buiten werktijden actief zijn, niet-geïndiceerde handelingen verrichten, et cetera): ‘dit sluipt er vaak in’. Daarnaast is er contact met familieleden van klanten. Deze worden dan voorgelicht (en eventueel geadviseerd) over de situatie van de klant. Ook is er contact met externe partijen als het RIO, de apotheek.

**Experimentele groep**
Doordat er nu vaker overleg is komen de huishoudelijk helpenden regelmatiger op kantoor. De TV’ers in een miniteam komt vaker op kantoor dan de TV’ers in een kwartetje. Daardoor zien de huishoudelijk helpenden hun zorgmanager vaker. De externe functionele contacten wijzigen niet.

**Werkoverleg**

**Controlegroep**
Er is drie à vier keer per jaar een werkoverleg. Daarin wordt medegedeeld welke ontwikkelingen er binnen Sensire zijn (bijvoorbeeld uitleg over de elektronische tijdregistratie). Soms wordt er ook een probleem voorgelegd. Er is echter weinig uitwisseling van ervaringen met collega’s en het overleg kan dan ook getypeerd worden als eenrichtingsverkeer.

**Experimentele groep**
Er is een onderscheid tussen het werkoverleg van een huishoudelijk helpende in een dienstenteam en in een zorgteam. In het dienstenteam is overleg met het kwartetje nodig, omdat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor een bepaalde groep klanten. Dit maakt het werkoverleg veel functioneler dan bij de controlegroep en er is minder sprake van eenrichtingsverkeer. ‘Het is wel jammer dat de oproepkrachten niet bij het overleg zijn. Zij zitten namelijk ook bij onze klanten; dus is het voor hen ook relevant om de planning en bijzonderheden mee te bespreken.’ In het dienstenteam is de zorgvraag stabieler en de relatie met de klant langduriger dan in het zorgteam. Frequentie van het overleg is daarom minder hoog dan in het zorgteam. Het miniteam in het zorgteam komt zeer regelmatig bijeen om de planning en status van de klanten te bespreken.

**Beoordeling organiserende taken**
In de controlegroep heeft de huishoudelijk helpende incidenteel contact met de zorgmanager. Er is weinig contact met andere afdelingen. De meeste huishoudelijk helpenden komen nauwelijks op kantoor. Er zijn wel externe functionele contacten (bijvoorbeeld met het RIO, maar ook met familie van de klant). Er is drie à vier keer per jaar werkoverleg. Doordat er geen functionele afhankelijkheid is en de zorgvraag stabiel is (dus over de planning hoeft ook niet afgestemd te worden) is er voornamelijk sprake van eenrichtingsverkeer. De functie scoort daarom onvoldoende.

‘Teams beter in thuiszorg?’
In de experimentele groep is het functionele contact met de zorgmanager wat frequenter. Dit komt omdat er nu vaker overleg is waardoor de huishoudelijk helpenden regelmatiger op kantoor komen. De externe functionele contacten veranderen niet. Zowel in het dienstenteam als in het zorgteam is het werkoverleg functioneler. Er is geen sprake meer van éénrichtingsverkeer. In het zorgteam moet vaker worden overlegd dan in het dienstenteam. In de experimentele groep scoort de functie beperkt voldoende.

**Informatievoorziening**

**Werkinstructies**

**Controlegroep**

Door middel van een cursus ‘E3’ weet iedereen hoe de werkzaamheden het beste verricht kunnen worden. ‘Toch doet iedereen het vooral op z’n eigen manier; als het niet goed is krijg je het wel van de klant te horen.’

**Experimentele groep**

Er zijn geen veranderingen ten opzichte van de traditionele organisatie.

**Informatie over beleid**

**Controlegroep**

Net als bij verpleegkundigen en verzorgenden worden de TV’ers via de zorgmanager tijdens het periodieke overleg op de hoogte gehouden van ontwikkelingen binnen Sensire. Daarnaast komt regelmatig het personeelsblad Sensor uit waarin beschreven staat wat er met Sensire in het algemeen en bij de andere werkmaatschappijen gebeurt. ‘Vroeger was de informatie over de organisatie beter.’ ‘De meeste TV’ers komen alleen bij de klant en zelden op kantoor van Sensire; ze hebben dan ook nauwelijks binding met de organisatie’.

**Experimentele groep**

Er zijn geen wijzigingen in de informatie over de ontwikkelingen binnen Sensire. Respondenten geven aan: ‘Er is meer betrokkenheid. Zeker nu de zorg duurder is geworden is het belangrijk dat we een goed product leveren.’

**Feedback**

**Controlegroep**

Net als verpleegkundigen en verzorgenden krijgen ook TV’ers weinig feedback van collega’s over hun functioneren, omdat ze geen zicht hebben op elkaars werkzaamheden. Feedback wordt vooral van de klant gekregen. Net als bij verpleegkundigen en verzorgenden komt het af en toe voor dat het zorgdossier wordt ‘gebruikt’ om feedback te geven aan een collega (‘bijvoorbeeld als het toilet niet was schoongemaakt’). Dit leidt dan meestal tot irritaties, omdat bij geschreven teksten de non-verbale communicatie niet tot uiting komt waardoor niet duidelijk wordt op welke toon het is bedoeld.

**Experimentele groep**

Feedback vindt niet meer louter via het zorgdossier plaats. Door het werken in teams is het werk veel minder anoniem. ‘Je weet nu welke collega voor jou is ingevallen en wat de situatie is bij de klant van mijn collega. Dan krijg je ook wat meer feedback.’ Op deze manier worden tips uitgewisseld zodat men van elkaar leert.

**Beoordeling informatievoorziening**

Zowel in de controle- als in de experimentele groep geldt het ‘E3-systeem’ als uitgangspunt voor de manier van werken. Daarnaast werkt iedereen vooral op z’n eigen manier. Een relatie opbouwen met een klant, een klant activeren, et cetera wordt vooral geleerd door ervaring op te doen. Hoewel er geen structurele wijzigingen zijn in de informatie over het beleid, lijkt er wel een verschil in binding met de organisatie. Medewerkers die werken in de controlegroep geven aan geen binding met collega’s en de organisatie te hebben. In de experimentele groep hebben de medewerkers die door het werken in teams wel. Mogelijk

‘Teams beter in thuiszorg?’
speelt ook de verhoogde aandacht door het participatieve veranderingsproces hierbij een rol. In de controlegroep zijn er weinig mogelijkheden om feedback te krijgen van collega’s, omdat er geen zicht is op elkaars manier van werken. Door het delen van enkele gezamenlijke klanten is deze mogelijkheid er bij de experimentele groep wel. De informatievoorziening in de controlegroep wordt beperkt voldoende beoordeeld. In de experimentele groep is die voldoende.

**Welzijnsprofiel huishoudelijk helpende**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt voldoende</th>
<th>voldoende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Volledigheid</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kort-cyclische taken</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Moelijkheidsgraad</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Autonomie</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Contactmogelijkheden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Organiserende taken</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Informatievoorziening</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Figuur G.3   Weergave van de welzijnsprofielen van de functie Huishoudelijk helpende voor en na wijziging

**Thuiszorgmanager**

**Functievolledigheid**

**Uitvoerende taken**

**Controlegroep**

Organiseren en regelen van het TV-proces. Dit betekent dat de thuiszorgmanager voornamelijk bezig is met het inplannen van medewerkers bij klanten, regelen van vervanging bij ziekte, doorgeven van vragen, klachten en verzoeken die via het call center binnenkomen, afstemmen met het RIO over herindicatie, werken met dossiers, bespreken, functioneringsgesprekken, sollicitatiegesprekken, etc. De leidinggevende is dus voornamelijk bezig met operationeel regelen. Er is weinig zicht op het functioneren van medewerkers en weinig tijd om medewerkers te coachen bij hun ontwikkeling.

**Experimentele groep**

De uitvoerende werkzaamheden van de thuiszorgmanager zijn totaal verschillend in vergelijking met de traditionele organisatie. Waar voorheen de thuiszorgmanager vooral bezig was met operationele zaken zoals inplannen van medewerkers, vervanging regelen, wordt dit nu door de teams gedaan. De thuiszorgmanager heeft daardoor tijd om vooruit te kijken en medewerkers te begeleiden, vragen te beantwoorden, coachen, personeel werven,
et cetera. Hierdoor is er meer overzicht: ‘elk team is anders en heeft andere begeleiding nodig’, ‘medewerkers komen beter uit de verf’.

**Voorbereidende taken**

**Controlegroep**

Zorgdossiers controleren, dossiers van medewerkers controleren en bijwerken, werkoverleg organiseren. Bij het bepalen van de werkmethode is de thuiszorgmanager deels gebonden aan voorschriften (dossiers bijwerken, lijsten invullen, invullen beoordelingsformulieren, et cetera gebeurt volgens de richtlijnen), maar er is vooral de vrijheid om zelf te bepalen hoe iets georganiseerd wordt. De zorgmanager bepaalt bijvoorbeeld zelf wanneer en hoe het werkoverleg zal plaatsvinden. Veel materiaal is standaard op kantoor aanwezig: klachtenformulieren, beoordelingsformulieren, et cetera De volgorde waarin de zorgmanager zaken afhandelt staat in principe vrij. Dit wordt echter wel beperkt, omdat de zorgmanager verantwoordelijk is voor de planning. Dit betekent in de praktijk dat eerst de planning voor de komende dag rond moet zijn (bijvoorbeeld gaten door ziekte van medewerkers moeten zijn opgevuld), voordat kan worden begonnen met andere zaken.

**Experimentele groep**

Doordat de medewerkers in teams zelf de planning regelen heeft de zorgmanager meer invloed op het bepalen van de eigen taakvolgorde. Er is immers een stabielere situatie gecreëerd. Invloed op de werkmethode en materiaal en middelen voorbereiden is onveranderd.

**Ondersteunende taken**

**Controlegroep**

De ondersteunende taken bestaan vooral uit administratie en registratie. Zo worden functioneringsgesprekken en sollicitatiegesprekken geregistreerd. Ook afspraken met het RIO worden geregistreerd.

Er vind uiteraard overleg plaats met andere zorgmanagers. Ook kijken nieuwe zorgmanagers mee hoe bepaalde zaken het beste aangepakt kunnen worden. Nieuwe collega’s worden echter niet gestructureerd ingewerkt door collega’s. ‘Kwaliteit bewaken’ en ‘onderhoud & reparatie’ zijn niet van toepassing voor deze functie.

**Experimentele groep**

Vergelijkbaar met de situatie van voor de kanteling.

**Beoordeling functievoldoening**

In de controlegroep is de leidinggevende voornamelijk bezig met operationeel regelen. Er is weinig zicht op het functioneren van de medewerkers en weinig tijd om medewerkers te coachen bij hun ontwikkeling. De werkmethode kan de zorgmanager grotendeels zelf bepalen, maar er is weinig invloed op de taakvolgorde omdat de verstoringen van de planning veel ad hoc regelen vereist. Dit heeft veel invloed op de volgorde van werkzaamheden. Ondersteunende taken bestaan vooral uit registratiehandelingen (beoordelingsformulieren, sollicitatieformulieren, et cetera). De functie scoort onvoldoende.

In de experimentele groep is de zorgmanager niet dagelijks bezig met operationeel regelen. Er is meer mogelijkheid om vooruit te kijken. Er is bovendien meer zicht op het functioneren van de medewerkers en meer tijd om medewerkers te begeleiden bij hun ontwikkeling. Er is een stabiele situatie gecreëerd waardoor er meer invloed is op de taakvolgorde. Bij overige voorbereidende taken en de ondersteunende taken zijn er geen grote verschillen. In de experimentele groep scoort de functie voldoende.

**Hoeveelheid kortcyclische taken**

**Controlegroep**

‘Teams beter in thuiszorg?’
De thuiszorgmanager is vooral bezig met regelen en organiseren. Dit betekent vervanging regelen, afspraken maken, controleren, klachten doorgeven, et cetera. Het zijn vooral ad hoc werkzaamheden voor de korte termijn. Het zijn echter geen repeterende werkzaamheden; elk telefoontje is anders, elke klacht uniek, etc.

**Experimentele groep**

De werkzaamheden zijn meer op de lange termijn gericht: plannen uitwerken, medewerkers coachen, uitleggen wat de verwachtingen zijn, et cetera. Bovendien zijn de werkzaamheden diverser.

**Beoordeling kortcyclische taken**

Zowel bij de controle- als in de experimentele groep is er geen sprake van kortcyclische taken; ieder planningsvraagstuk staat op zichzelf (in de controlegroep) en elk coachingsgesprek is anders. Deze welzijnsconditie wordt zowel in de controle als in de experimentele groep als voldoende beoordeeld.

**Moeilijkheidsgraad**

**Controlegroep**

De taak van de thuiszorgmanager bestaat uit het rond krijgen van de planning. Het is hierbij de bedoeling om zoveel mogelijk zorguren te verlenen en de medewerkers zo efficiënt mogelijk in te zetten.

**Experimentele groep**

Het werk van de thuiszorgmanager is veel minder tastbaar geworden. 'Waar het voorheen de bedoeling was om de planning rond te krijgen, probeer ik nu medewerkers te begeleiden bij hun ontwikkeling. Vooral het dienstenteam heeft veel begeleiding nodig. Het is een ander niveau van werken; minder praktisch. Dit is best moeilijk, maar ook een grote uitdaging.'

'De telkens veranderende wetgeving en financiering maakt de functie moeilijk.'

'Het is soms nog zoeken in de nieuwe rol. Zo heb ik nog nauwelijks resultaten teruggekoppeld, terwijl ik weet dat het belangrijk is. Een andere uitdaging is om meer ondernemerschap in het team te krijgen; dit zal een hot item worden.'

'Van het leiden, managen en coachen vind ik ik managen het moeilijkst: je moet iedere keer weer vooruit denken.'

**Beoordeling moeilijkheidsgraad**

In de controlegroep is het telkens weer een uitdaging om de planning rond te krijgen en mensen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Dit is wel een uitdaging maar niet echt moeilijk. De functie scoort beperkt voldoende. In de experimentele groep is de zorgmanager ervoor verantwoordelijk om vooruit te kijken en medewerkers te begeleiden bij hun ontwikkeling. Dit is een ander niveau van werken; minder praktisch. Bovendien is het voor de zorgmanagers ook nog zoeken naar de invulling aan deze nieuwe rol. De functie scoort voldoende.

**Autonomie**

**Controlegroep**

De thuiszorgmanager kan in principe zelf bepalen hoe er gepland wordt, afgestemd wordt met medewerkers, het RIO, et cetera. De volgorde waarin dit gebeurt is wel sterk afhankelijk van de noodzaak. 'Als een medewerkers bijvoorbeeld vlak van tevoren zich ziek meldt dan moet nog snel iemand anders opgetrommeld worden.' Volgorde en tempo zijn dus sterk situatieafhankelijk, waardoor er in feite weinig autonomie overblijft. De oorzaak hiervoor is dat de thuiszorgmanager als enige verantwoordelijk is voor het planningsproces. De voortgang van TV is hierdoor afhankelijk van de thuiszorgmanager. Dit maakt het proces erg
Teams beter in thuiszorg? 'Je leeft bij de waan van de dag.' Hierdoor voelt de thuiszorgmanager continu druk en is het moeilijk om afwezig te zijn.

**Experimentele groep**
'Ik besteed mijn tijd aan leiden, managen en coachen. Druk om de planning rond te krijgen heb ik niet meer. Dit geeft meer tijd, rust en overzicht. Hierdoor kan ik me meer bezig houden met het verbeteren van het proces.' 'De planners delen nu de druk die ik in de oude situatie in m'n eentje had.' Hierdoor is er meer invloed op werktempo en werkvolgorde. Als de zorgmanager problemen heeft, de teams worden nu bijvoorbeeld te groot, dan wordt dit voorgelegd tijdens het rayonoverleg. Er is dus externe globale regelcapaciteit waardoor er geen regelprobleem is. 

**Beoordeling autonomie**
In de controlegroep heeft de zorgmanager weinig invloed op werktempo en werkvolgorde. De oorzaak hiervoor is dat de thuiszorgmanager als enige verantwoordelijk is voor het planningsproces. De voortgang is hierdoor afhankelijk van de thuiszorgmanager. Hierdoor voelt de thuiszorgmanager continu druk en is het moeilijk om afwezig te zijn. De taakvolgorde van de werkzaamheden is altijd ondergeschikt aan het rond krijgen van de planning. Hierdoor leeft de zorgmanager bij de waan van de dag. Er is wel invloed op de werkmethode. De autonomie is onvoldoende. 

In de experimentele groep is er geen druk meer om de planning rond te krijgen. Er zijn minder ad hoc werkzaamheden. Dit geeft meer tijd, rust en overzicht. De zorgmanager besteedt bijvoorbeeld veel tijd aan procesbegeleiding bij het werkoverleg. De focus ligt op het verbeteren van het proces. Er is dus meer invloed op taakvolgorde en werktempo. De invloed op de werkmethode is hetzelfde als bij de controlegroep. In de experimentele groep scoort de functie voldoende. 

**Contactmogelijkheden**

**Controulegroep**
Doordat de zorgmanagers dagelijks op kantoor zijn, zien ze dagelijks de andere zorgmanagers binnen de gemeente. Mogelijkheden voor sociale contacten zijn er voldoende. Er is beperkt functioneel contact met de andere zorgmanagers. Dit zit vooral in de afstemming over de planning bijvoorbeeld door te schuiven met medewerkers.

**Experimentele groep**
Sociale contactmogelijkheden zijn er onverminderd, omdat de thuiszorgmanagers elkaar nog steeds dagelijks ontmoeten op kantoor (indien ze zorgmanager van dezelfde gemeente zijn). 'Het gaat er nu niet meer alleen om het eigen team draaiende te houden. We worden geacht vooruit te kijken en op een hoger niveau te acteren'. 'We oefenen meer invloed uit op de omgeving en stemmen meer met collega zorgmanagers op gemeentelijk niveau af; hierbij ontwikkelen we een beleid op gemeentelijk niveau. Ook stippelen we een gezamenlijk beleid uit op rayonniveau (waardoor ook overleg nodig is met rayonmanagers van andere gemeenten); wij vormen gezamenlijk ook een team. Dit alles gebeurt binnen het beleid van Sensire.' 'We zijn nu meer extern gericht.' '.Hiermee is er nu ook sprake van functioneel contact tussen zorgmanagers.' 

**Beoordeling contactmogelijkheden**
In de controlegroep is er voornamelijk sprake van sociaal contact tussen de zorgmanagers binnen een gemeente. Iedere zorgmanager past op het eigen team. Er is dus geen functionele afhankelijkheid tussen zorgmanagers en daarmee geen functioneel contact. De contactmogelijkheden zijn beperkt voldoende. In de experimentele groep zien de zorgmanagers elkaar ook dagelijks. Sociale contactmogelijkheden zijn hetzelfde. Daarnaast vormen de zorgmanagers in de experimentele groep ook een team: ze stippelen bijvoorbeeld gezamenlijk een gemeentelijk-
en rayonbeleid uit en zijn meer extern gericht. Er is dus ook sprake van functioneel contact. De contactmogelijkheden in de experimentele groep zijn voldoende.

**Organiserende taken**

*Functionele contacten met leidinggevende en derden*

**Controlegroep**

De thuiszorgmanager heeft regelmatig contact met de rayonmanager. Deze is ook vaak op het kantoor aanwezig. Daarnaast is er vaak contact met de P&O-afdeling (over arbeidsovereenkomsten, beoordelingen, lonen, et cetera) en het call center. Uiteraard is er ook contact met de medewerkers. Tevens is er contact met externe partijen als het RIO.

**Experimentele groep**

Het contact met de rayonmanager is onveranderd. Zorgmanagers zijn nu wel pro-actiever ingesteld: ‘Er wordt zelfstandig contact opgenomen met externe partijen als gemeenten, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen en andere zorginstellingen.’ Daarnaast zijn er nog contacten met andere afdelingen als het call center, het RIO, de P&O-afdeling, et cetera. Door de pro-actieve houding zijn de contacten toegenomen en intensiever geworden.

**Werkoverleg**

*Controlegroep*

Eens in de twee weken is er werkoverleg met de thuiszorgmanagers en de rayonmanager. Hierbij worden cijfers besproken als ziekteverzuim- en verloop, zorguren, reistijd, et cetera. Ook worden de zorgmanagers op de hoogte gebracht van ontwikkelingen binnen het rayon en heel Sensire.

Daarnaast is er eens in de acht weken een individuele voortgangsbespreking met de rayonmanager. Ook hierbij worden cijfers besproken als ziekteverzuim, verloop, aantal zorguren en reistijd.

*Experimentele groep*

Er zijn weinig verschillen in het werkoverleg.

**Beoordeling organiserende taken**

In de controlegroep is er regelmatig contact met de rayonmanager. Daarnaast is er vaak contact met andere afdelingen als P&O, call center, et cetera. Tevens is er contact met externe partijen als het RIO. Er zijn twee typen overleg. Het eerste is er een tweewekelijks overleg met de rayonmanager en alle thuiszorgmanagers. Daarnaast is er iedere acht weken een individueel voortgangsoverleg met de rayonmanager. In beide gevallen worden voornamelijk de cijfers besproken. De organiserende taken worden als beperkt voldoende beoordeeld.

In de experimentele groep zijn in grote lijnen dezelfde vormen van overleg. Wel is er een verschil geconstateerd in de functionele contacten met externe partijen. De zorgmanagers hebben in de experimentele groep een meer pro-actieve rol. Er wordt contact opgenomen met gemeenten, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen en andere zorginstellingen zodat geanticipeerd kan worden op ontwikkelingen in de markt. Door de pro-actieve houding (ook intern bijvoorbeeld naar P&O) zijn de contacten toegenomen en intensiever geworden. Dit kan omdat er bij de experimentele groep door de zorgmanager minder tijd besteed hoeft te worden aan planning en aan verstoringen. De organiserende taken worden voldoende beoordeeld.

**Informatievoorziening**

*Werkinstructies*  

**Controlegroep**

Er zijn geen duidelijke werkinstructies. Kennis wordt vooral opgedaan door ervaring en tips van andere thuiszorgmanagers.

‘Teams beter in thuiszorg?’
Experimentele groep
Er zijn geen specifieke werkinstructies, maar tijdens het organisatieveranderingsproces zijn er diverse cursussen, rondetafelconferenties, et cetera geweest waarin veel aandacht is besteed aan de rol van de leidinggevende.

Informatie over beleid
Contralegroep

Experimentele groep
De thuiszorgmanagers worden eerder geïnformeerd over veranderingen en worden geacht meer mee te denken en mee te beslissen. Dit is niet alleen tijdens het veranderingsproces het geval; het is een stijl die met het werken in teams gemeengoed is geworden.

Feedback
Contralegroep
Feedback van andere thuiszorgmanagers wordt enerzijds tijdens het werkoverleg verkregen, anderzijds kan altijd op kantoor bij elkaar worden binnengelopen. Er kan dan worden overlegd hoe een situatie het beste aangepakt kan worden.

Experimentele groep
Er vindt meer terugkoppeling plaats over het functioneren van de teams. Hierdoor kan er gerichter actie worden ondernomen om de prestaties te verbeteren. Maar er is ook meer persoonsgebonden feedback doordat de zorgmanagers zelf ook in teams werken. Aan de hand hiervan worden momenteel ‘Persoonlijke OntwikkelingsPlannen’ voor zorgmanagers opgesteld.

Beoordeling informatievoorziening
In de controlegroep zijn er geen duidelijke werkinstructies. Kennis wordt vooral opgedaan door ervaring en tips van andere thuiszorgmanagers. Van de rayonmanager wordt informatie verkregen over ontwikkelingen binnen Sensire. De zorgmanagers geven aan dat het door de grote omgevingsdynamiek soms moeilijk is om het organisatiebeleid aan medewerkers uit te leggen. Feedback van andere thuiszorgmanagers wordt enerzijds tijdens het werkoverleg verkregen, anderzijds kan altijd op kantoor bij elkaar worden binnengelopen. De informatievoorziening is beperkt voldoende.

In de experimentele groep is tijdens het organisatievernieuwingsproces veel aandacht besteed aan de rol van leidinggevende in zelfsturende teams. Tevens worden thuiszorgmanagers eerder geïnformeerd over veranderingen en worden zij geacht meer mee te denken en mee te beslissen. Dit was niet alleen tijdens het veranderingsproces het geval; maar is inmiddels een stijl die met het werken in teams gemeengoed is geworden. Er is bovendien meer ruimte voor feedback omdat de zorgmanagers zelf ook als team fungeren. De informatievoorziening is voldoende.
Welzijnsprofiel thuiszorgmanagers

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>onvoldoende</th>
<th>beperkt voldoende</th>
<th>voldoende</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volledigheid</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kort-cyclische taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijkheidsgraad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Contactmogelijkheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Organiserende taken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatievoorziening</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Voor het organisatievernieuwingsproces
Na het organisatievernieuwingsproces

Figuur G.4 Weergave van de welzijnsprofielen van de functie Thuiszorgmanager voor en na wijziging
Bijlage H:


Deze DVD is afzonderlijk bijgevoegd aan de binnenzijde van de achterflap van dit boek.
Dit proefschrift is mede tot stand gekomen dankzij de medewerkers en de steun van Sensire / Thuiszorg Groningen
www.sensire.nl
0314 - 356542

‘Teams beter in thuiszorg?’