



De langdurige zorg beproefd op het vermogen tot aanpassing en vernieuwing

Rapport op basis van
verandermanagement en onderzoek in
zorgorganisatie
De Goede Zorg te Apeldoorn

Erik Schensema
Teun Wolters

Working Paper nr 2016/1



De langdurige zorg beproefd op het vermogen tot aanpassing en vernieuwing

Rapport op basis van verandermanagement en onderzoek in zorgorganisatie De Goede Zorg
te Apeldoorn

Auteurs:
Erik Schensema BSc., RQIM
Dr. Teun Wolters

2016

Wittenborg University Press

This working paper is part of Wittenborg University's working paper series. It has been written under auspices of the university's research centre and published by Wittenborg University Press.

Wittenborg University Research Centre

Laan van de Mensenrechten 500

7331 VZ Apeldoorn

The Netherlands

www.wittenborg.eu

Part 1. © Erik Schensema 2016

Part 2 © Teun Wolters 2016

Final editing: Teun Wolters (E-mail: teun.wolters@wittenborg.eu)

The views expressed in this working paper do not necessarily reflect those of Wittenborg University or the organisations researched.

This work is subject to copyrights. All rights are reserved, whether the whole or part of the material is concerned. Parts of this working paper are permitted to be used by other authors, provided that proper reference to this working paper is made.

VOORWOORD

De zorg verkeert in een fase van transitie. Een overgang naar andere tijden. Deels is deze aangestuurd vanuit de regelgeving. Meer nog is er sprake van een verandering van de samenleving, waar iedereen mee te maken heeft. Mensen die zelf hun keuzes willen maken en dit ook daadwerkelijk doen. Burgers, de overheid, het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties: het gaat om een diepgaande verandering waarin iedereen zich opnieuw gaat positioneren.

De zorg is bij uitstek een sector waarin dit zichtbaar is geworden. Los van politieke kleur, economisch getij, inrichting van de samenleving en cultuur is zorg (gedefinieerd in de brede betekenis van kwaliteit van leven) altijd van eminent belang. Dit geldt zowel voor het individu als voor groepen, als voor de samenleving als geheel. Zorg en kwaliteit van leven staan dan ook altijd 'in de top drie', zo niet op de eerste plaats, als mensen wordt gevraagd wat zij belangrijk vinden.

Dit leidt ertoe dat de veranderingen in de samenleving ook volop voelbaar en merkbaar zijn in de zorg. In de *zorgsector*, kan men nog steeds stellen, want het lijkt er nogal eens op dat er 'een muur omheen staat'. De zorg beschouwt zichzelf vaak als een domein waarin de (medische) expertise aan de professional de status geeft van aan de patiënt/cliënt te kunnen uitleggen hoe de wereld in elkaar steekt. Hoe goed bedoeld ook, spreekt de slogan 'wij plaatsen de cliënt centraal' (die door bijna elke zorgaanbieder wordt omarmd) boekdelen. Dit is echter juist een symptoom van instellingsgericht denken: de cliënt plaatst immers *zichzelf* centraal.

Confronterend: dat is het, om te moeten constateren dat de zorgaanbieder zo'n grote draai moet maken om echt de individuele cliënt in het vizier te krijgen, te respecteren en te ondersteunen in de kwaliteit van zijn/haar leven. Dit geldt te meer omdat we al lange tijd bezig zijn om deze draai te maken.

Deden we het tot nu toe dan niet goed? De cliënt mag het zeggen. En: deze is in het algemeen behoorlijk tevreden over de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening, zo blijkt uit divers onderzoek. Hoge rapportcijfers zeggen echter lang niet alles. Met name de beleving van de zorg en de vertaling naar de individuele cliënt bieden veel ruimte voor verbetering.

Ook moeten we constateren dat we wel heel veel van wat gedaan wordt 'zorg' zijn gaan noemen. Dat 'de prik van de zuster' zorg is, daar zullen we het snel over eens zijn. Vaak gaat het echter over aandacht, welzijn, een schoon appartement, het aanbrengen van structuur en zingeving, toezicht en ontspanning en niet op de laatste plaats prettig wonen. Binnen dit totale domein van wat we 'zorg' noemen, is de 'echte' zorg dan ook slechts een (voor veel mensen) relatief klein onderdeel. Dit is reden te meer om anders te gaan denken over, kijken naar en werken in de wereld van de zorg.

Daar sta je dan als directeur-bestuurder van een kleinschalig georganiseerde zorgaanbieder: kwaliteit hoog in het vaandel, een goede reputatie in de lokale omgeving, een mooi rapportcijfer van de cliënten, medewerkers en vrijwilligers. Met goede financiële prestaties

bovendien en onderscheidende vastgoedplannen. 'Een sterk merk', waar we binnen de organisatie trots op zijn.

Er is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de organisatie. Dit investeren leidt ertoe dat de organisatie beter wordt, maar anderzijds ook dat je een gezonde twijfel krijgt of je het wel goed genoeg doet en een bewustzijn dat het nog (veel) beter kan. En: niet alleen beter in termen van de organisatie, maar vooral beter in de ogen van de cliënt.

Ook leidt dit ertoe dat je niet alleen constateert dat er in de regelgeving en bekostiging ingrijpende veranderingen optreden, die het noodzakelijk maken de organisatie tijdig en proactief hierop voor te bereiden en aan te passen. Bij mij leidde het er vooral toe dat er veel energie loskwam om de visie van de organisatie krachtig door te vertalen. De individuele cliënt ondersteunen in de kwaliteit van het eigen leven. Het bewustzijn dat dit centraal staat en niet de externe druk en vervolgens dat de organisatie dan als vanzelf toekomstgericht en onderscheidend wordt. Dit is de transitie waar we voor staan!

Ik constateerde dat er in de organisatie veel kwaliteit en positieve betrokkenheid aanwezig is in de dagelijkse zorg- en dienstverlening. Ook constateerde ik dat er externe hulp (of beter gezegd: uitdaging en inspiratie) nodig is om de transitie succesvol door te voeren.

Met behoud van de kernwaarden van de organisatie (kleinschaligheid, kwaliteit, lokale verankering, een totaal aanbod kunnen bieden, oog voor de menselijke kant) en waardering voor wat er bereikt is, staat De Goede Zorg voor de opgave 'zichzelf opnieuw uit te vinden'.

Dit bracht mij tot de conclusie dat het beste resultaat ontstaat als er drie invalshoeken gecombineerd worden. In de eerste plaats de kracht van de organisatie zelf, die ik hiervoor heb geschetst. In de tweede plaats externe expertise in de vorm van verandermanagement om uit te dagen, te inspireren en de transitie tot een centraal thema in de dagelijkse praktijk te maken. In de derde plaats de wetenschap om het 'meten is weten' in beeld te krijgen, zonder belang bij welke uitkomst dan ook, alleen met focus op goed onderzoek.

Zo ontstond een verbinding tussen de organisatie, verandermanagement en wetenschap. Zonder te willen beweren dat deze uniek is, mag wel gesteld worden dat dit een bijzondere verbinding is.

Wat heeft deze verbinding gebracht? Vanuit mijn perspectief vooral een optimale focus op het doel van de transitie en de kwaliteit van het proces. Het is verrijkend om als bestuurder zowel de adviezen en aanpak van de verandermanager als tegelijkertijd de reflectie vanuit de wetenschap als instrumenten op tafel te hebben bij het nemen van besluiten en het vormgeven van de transitie. Het meest waardevolle hierbij blijft voor mij overigens de kracht die in de organisatie zelf ligt.

Uit het onderzoek blijkt dat een groot deel van de medewerkers achter de transitie staat en zich hiervoor inzet. Dit schetst meteen de tocht die wordt ondernomen om de transitie daadwerkelijk van hoog naar laag, maar net zo goed van laag naar hoog, door te voeren. De beste resultaten worden immers bereikt (zo blijkt ook uit benchmark-onderzoek in de zorg) door die organisaties waar men op alle niveaus en in alle geledingen dezelfde taal spreekt en gezamenlijk de schouders eronder zet. Niet alleen worden zo de beste resultaten bereikt,

maar vermoedelijk ook de meest duurzame. De cliënt zit immers niet te wachten op een korte-termijn-succes, maar op goede zorg- en dienstverlening die in stand blijft. Dit geldt overigens net zo goed voor de sociale duurzaamheid waar de zorg een cruciale schakel in is.

Alleen het effect voor de cliënt telt was de titel van mijn inleiding tijdens het medio 2015 gehouden seminar, waarin op basis van een tussenrapportage van de onderzoeker voor een brede groep van interne en externe belanghebbenden de resultaten werden gepresenteerd en bediscussieerd.

Voor u ligt nu – naast een inzichtelijke beschouwing van de externe verandermanager - een tweede ronde van het wetenschappelijke onderzoek naar de transitie van De Goede Zorg, zoals deze tot nu toe vorm heeft gekregen. Het heeft De Goede Zorg stappen verder gebracht en er is nog een weg te gaan.

Ik hoop en verwacht dat u plezier en inspiratie, lering en vermaak zult beleven bij het kennis nemen van het voorliggende rapport. De Goede Zorg is er verder mee gekomen en levert hiermee graag een bijdrage aan de transitie in de zorg.

Drs. Bert A. Blaauw
Directeur-bestuurder Stichting De Goede Zorg.

Apeldoorn, 4 maart 2016.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	3
Door Bert Blaauw	
Executive Summary	8
Deel 1 Verandermanagement in het transitietraject bij De Goede Zorg in Apeldoorn	10
Door Erik Schensema	
1.1. Aanleiding en context	10
1.2. Naar een lerende organisatie	12
1.3. Bestaande harkstructuur vormt struikelblok.....	13
1.4. Cultuurverandering.....	14
1.5. Zonder gedoe geen verandering.....	17
1.6. Visie en herijking van de stip op de horizon	18
1.7. Onderscheidend vermogen	18
1.8. Verbinding met de organisatie door communicatie en afstemming.....	20
1.9. Veranderen verloopt fasegewijs en vereist een duidelijk tijds kader.....	21
1.10. Structuur en cultuur zijn bepalend voor de transformatie.....	22
1.11. Organisatiemodellen als vertrekpunt voor het herontwerp	23
1.12. Definitieve keuzes in de aanstelling van integraal managers vertraagd	25
1.13. Balanceren tussen vertrouwen en beheersing in de nieuwe werkelijkheid.....	26
1.14. Regels werken vaak als handboeien	27
1.15. Strategisch wendbare organisaties anticiperen op de veranderingen.....	28
1.16. Verbindend leiderschap	30
1.17. Flexibele werkorganisatie: zelforganiserende eenheden	31
1.18. Aanbevelingen op de korte termijn (< 12 maanden).....	31
Referenties	32
Deel 2 Onderzoek naar het verandervermogen van De Goede Zorg.....	34
Door Teun Wolters	
Korte Samenvatting.....	34
2.1. Inleiding	35
2.1.1. Het strategisch beleidsplan.....	35
2.1.2. De verandermanager	37
2.1.3. Onderzoek door Wittenborg University	37
2.1.4. DNA-profielen	38
2.1.5. Vervolgonderzoek.....	39
2.2. Kloofanalyse op basis van het model van de bestaansvoorwaarden	40

2.2.1.	Bestaansvoorwaarden	40
2.2.2.	Bij veranderingen kunnen er drie managementvraagstukken worden aangegeven.	41
2.2.3.	Herkenbare ontwikkelingen.....	42
2.2.4.	Voorbeeld uit de zorg	43
2.2.5.	Het belang van de case voor De Goede Zorg.....	47
2.3.	Veranderingsbereidheid op basis van het DINAMO-model.....	49
2.4.	Kwaliteitszorg krijgt een nog belangrijkere taak.....	56
2.5.	Tijd en tijdsbeleven van zorgmedewerkers	62
2.5.1.	Uitkomsten van de enquête (uitkomsten voor de drie teams tezamen)	62
2.5.2.	Accenten	66
2.5.3.	Verschillen tussen teams	67
2.6.	Cliëntenopinions over de dienstverlening door De Goede Zorg.....	69
2.7.	Personeelsbeleid: contract en status.....	76
2.7.1.	Algemene ontwikkelingen in het werkgeverschap in de zorg	76
2.7.2.	Personeelsbeleid bij De Goede Zorg: enkele aantekeningen	77
2.8.	Hoe De Goede Zorg aan het werk gaat.....	80
2.9.	Gefaseerde invoering van zelforganiserende teams	83
2.10.	Het vervolgtraject	84
2.11.	Discussie van onderzoeksresultaten tijdens het seminar van 30 juni 2015.	86
	Referenties	90
	Bijlage 1. DINAMO-vragenlijst voor onderzoeksbijeenkomst op 27 maart 2015 met 15 medewerkers van de Goede Zorg	91

EXECUTIVE SUMMARY

During 2014-15 long-term care Organisation De Goede Zorg in Apeldoorn (The Netherlands) focused on preparing for an organisational change necessary to implement its latest strategic plan. New government policies - leading to new roles for local authorities in the care sector as well as to smaller budgets, new modes of financing and greater roles for clients and their social networks - were considered to have major implications for how the organisation had to operate and secure its continuity.

To support the necessary turn, De Goede Zorg had engaged change manager Erik Schensema, who introduced an elaborate programme which prepared the organisation for both the cultural and structural changes that were deemed necessary. The changes were to involve new ways of operating (based on flexible self-steering teams), a new type of management (coaching management), while the organisation's quality management and supportive functions had to be reshaped in accordance with the new organisational concepts. The overall yardstick to measure performance was going to be the client and his/her specific wishes and needs. At the same time, the new official approach emphasises the importance of relying as much as possible on the client's personal abilities, means and social networks. Only where these appear to be insufficient to live a worthy life, publicly funded care can come in.

In support of the change process, Wittenborg University was asked to do research that could provide an objective picture of the change process. A first working paper (issued in 2014) shed light on the distance between the strategic objectives and the actual situation (entitled: *Omslag in de langdurige zorg als organisatieverandering*. In English: A turn in Dutch long-term care as organisational change).

In 2015, this research was followed up by additional research reported in Part 2 of this working paper. It focuses on the capacity of the present organisation and its employees to accept and take responsibility for the necessary change. The research shows that De Goede Zorg has the characteristics of a traditional organisation, whose management is rather hierarchical and bureaucratic (but also allowing a 'family atmosphere' to develop). For a long time, such an organisation was effective and obviously reasonably well attuned to its environment. Now, new realities require a different type of organisation. Whether De Goede Zorg is capable of adapting to the new realities cannot be taken for granted. The fact that the organisation took the needed change seriously by involving external support and adopting a change programme is a positive sign. The coming years will show whether this programme will be successfully implemented.

Part 1 of this working paper describes the efforts and evaluations that the change manager made.

This working paper directs itself to a Dutch-speaking audience. However, in the near future, a paper will be published in English that integrates the results of the two working papers.

DEEL 1 VERANDERMAGEMENT IN HET TRANSITIETRAJECT BIJ DE GOEDE ZORG IN APELDOORN

DOOR ERIK SCHENSEMA

1.1. Aanleiding en context

De transitie in de zorgsector houdt in dat verantwoordelijkheden van de provinciale en landelijke overheid op het terrein van de zorg worden overgedragen naar de gemeenten. Dit vanuit de overtuiging dat als je de zorg en dienstverlening allemaal op gemeentelijk niveau organiseert, de kwaliteit door betere afstemming en de efficiency omhoog gaat. Hierbij is het de bedoeling dat de burgers vanuit 'eigen kracht', de regie krijgen over hun leven.

Met andere woorden, er is een terugtrekkende overheid, die niettemin stimulerend en motiverend optreedt om de participatiesamenleving vorm en inhoud te geven.

De door de overheid afgekondigde bezuinigingen zijn vooral bedoeld om een halt toe te roepen aan de steeds toenemende publieke kosten van de zorg. Hierbij worden politieke keuzes zichtbaar en voelbaar.

In de langdurige zorg (Caresector met onder andere verpleging, verzorging en zorg thuis) gaat het vooral om de overgang van de AWBZ naar de WLZ, ZVW en de WMO. Meer private geldbronnen zullen moeten worden ingezet om dienstenpakketten te kunnen uitbreiden. Naast de rol die de gemeente krijgt in het vernieuwde krachtenspel is ook de zorgverzekeraar een partij waarbij de meer 'harde' factoren van de zorgonderhandeling (inkoop) een rol gaan spelen. Hierdoor ontstaat er een mogelijke spagaat (een knip) voor zorgaanbieders waarbij zij enerzijds vanuit een maatschappelijke verantwoordelijkheid een partij zijn in het sociale domein en vervolgens een zakelijke partner in de hardere wereld van de zorgverzekeraars. Dit geeft tevens aan dat de transitie een uitdaging vormt voor zorgaanbieders om meer wendbaar en flexibel in te spelen op de ontwikkelingen in de zorgmarkt.

Iedere verandering vraagt om zorgvuldigheid gericht op verbetering, waarbij primair het belang van de eindgebruiker, cliënt of klant voor ogen moet worden gehouden.

In de zorgsector was er al een toenemende aandacht voor het cliëntstelsel, met keuzevrijheid, betaalbaarheid, kwaliteit en veiligheid als belangrijke speerpunten. Deze ontwikkeling zet zich door in de filosofie die stelt dat verantwoordelijkheden laag in de organisatie thuishoren en de regie nadrukkelijk vanuit de cliënt vorm dient te krijgen. Dit alles vraagt om veranderingen in denken, organiseren en de uitvoering. Voor veel organisaties komt dit neer op een ware omslag waarbij eerder opgebouwde zekerheden verdwijnen. Om dit aan te kunnen, dient het management over visie en lef te beschikken.

Dit alles speelt ook een prominente rol in het verandertraject van De Goede Zorg, een relatief kleine V&VT- instelling met een stevige positie in Apeldoorn. De aangegeven maatschappelijke ontwikkeling is de aanleiding en reden om overstap te gaan, de koers te verleggen.

De Directeur-Bestuurder heeft als opdrachtgever nadrukkelijk gekozen om een verandermanager aan te trekken die naast een directe sparringpartner ook in staat is om de visie van de organisatie en de ontwikkelingen in de sector van de ouderenzorg te kunnen vertalen naar pragmatische oplossingen en toepassingen. Vanuit passie en bevoegenheid een enthousiasmerende rol vervullen om de medewerkers in de organisatie mee te nemen naar innovatieve werkvormen die aansluiten bij de eisen die tegenwoordige gesteld worden aan zorgorganisaties. Er is hierdoor een synergie en samenwerkingsverband ontstaan die naast een kritische analyse in korte tijd heeft geresulteerd in een duurzame verandering.

Een citaat van Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944) is op dit traject van toepassing: *“Als je een schip wil bouwen, roep dan geen mannen bij elkaar om hout te verzamelen, het werk te verdelen en orders te geven. In plaats daarvan, leer ze verlangen naar de enorme eindeloze zee.”*

Uit interviews met stafmedewerkers en het management bleek een nadrukkelijke behoefte en wens om te veranderen naar een organisatie die toekomstbestendig is.

Voor wat betreft de oude situatie (die ook in het heden zich nog voor een belangrijk deel laat gelden) rijzen er daarbij vragen. Zitten we in voldoende mate op één lijn? Wat verwachten we van elkaar om tot het gewenste resultaat te komen? Zijn wij in staat om elkaar aan te spreken op gemaakte afspraken? Is er sprake van te veel controle en beheersing, waardoor er onvoldoende ruimte is voor de noodzakelijke veranderstappen? Wat zijn de gevolgen van de nieuwe koers voor mijn persoonlijke situatie? Deze vragen zullen uitgesproken moeten worden om de basis te scheppen voor een heldere visie op een nieuwe koers en voor een breed draagvlak, om overeenkomstig deze visie te handelen.

Tijdens de analyse en verkenningsfase is er vanuit de medezeggenschap van cliënten het voorstel gedaan om een nauw samenwerkingsverband op te tuigen tussen Wittenborg University te Apeldoorn in de persoon van dr. Teun Wolters (lector duurzaam ondernemen) en de aangestelde externe verandermanager Erik Schensema. Gebleken is dat het samengaan van het sterk betrokken optreden van de verandermanager en de gekozen onderzoeksmatige aanpak, met een zekere afstand tot de dagelijkse gang van zaken, verhelderend heeft gewerkt. Dit zorgde voor een toegevoegde waarde in het proces van veranderen. Het was een uniek proces, wat lang niet altijd wordt toegepast bij verandertrajecten.

Van te voren was gesteld dat de positie van de onderzoeker neutraal en onafhankelijk moest zijn, vooral gericht op het zo objectief mogelijk meten van de voortgang en resultaten, mede op basis van de beschikbare literatuur, modellen en benaderingen. Voor een deel overlapt deze benadering en de gehanteerde literatuur, die ook gebruikt werden door de verandermanager. Er is hierdoor in zekere zin sprake van co-creatie tussen wetenschap en de pragmatische toepassing van verandermanagement.

Een belangrijke benadering is onder andere die van Kotter (2011), waarbij de cruciale stadia van organisatieverandering worden benoemd. Deze was en is ook een waardevolle richtlijn in het proces van De Goede Zorg.

1.2. Naar een lerende organisatie

In de beginperiode is besloten om, naast de directeur-bestuurder, alle zorgmanagers, de regiomanager, de MEAD, de Controller, Hoofd PO&O, Stafmedewerkers Beleid en Kwaliteit en de facilitair manager (de leidende coalitie) mee te laten participeren bij de ontwikkeling van de organisatie en het vormgeven van het veranderproces. Daarbij gaat het om een lerende organisatie.

Ontwerpen of ontdekken? Het werken aan verandering kan worden gepositioneerd op basis van de dimensie 'ontwerpen versus ontdekken', ook aangeduid als de dimensie 'reizen versus trekken' (Swieringa en Wierdsma, 1990). In het reizigersmodel ontwerpt men eerst, al dan niet met veel participatie, een nauwkeurige blauwdruk van de bestemming. Dat is de gewenste organisatie als doel; een leider stelt een coalitie samen die een visie en een strategie bedenkt en deze vervolgens implementeert. Cultuur- en gedragsverandering vormen vervolgens het sluitstuk van dit proces.

Er is in het transitieproces van De Goede Zorg weliswaar rekening gehouden met de verschillende stadia van Kotter (te beginnen met een strategisch plan) maar er is tevens gericht gekozen voor 'al doende leren'. Dat laatste past bij het trekkersmodel; hierin gaan organisatie- en gedragsverandering hand in hand en stap voor stap via een gezamenlijk proces van lerend ontdekken.

Het trekkersmodel was telkens herkenbaar in het proces. Exemplarisch is bijvoorbeeld het thema 'Op expeditie' begin 2015, waarbij er bewust is gekozen om te gaan onderzoeken welke toegevoegde waarde de verschillende werkwijzen hebben in de verschillende aspecten van de organisatie.

De betrokkenheid van interne stakeholders is structureel een speerpunt geweest. Zo zijn er gedurende het veranderproces regelmatig bijeenkomsten geweest met de ondernemingsraad en de cliëntenraad en is er een presentatie geweest voor de raad van toezicht waarbij het proces is geschetst en de context waarin de organisatieveranderingen zouden plaats vinden.

Tijdens de medewerkersbijeenkomst in begin 2015 zijn die resultaten als zodanig ook gepresenteerd en vertaald naar keuzes die gemaakt zijn.

2015 was voor De Goede Zorg een belangrijk jaar. Een jaar om te experimenteren, keuzes te maken en te streven naar het verder optimaliseren van de kwaliteit van wonen, welzijn en zorgaspecten. Daarbij waren de volgende citaten van belang.

"Een organisatie die in deze woelige economische en maatschappelijke tijd niet klaar is om te wendend loopt het gevaar haar bestaansrecht te verliezen"

"Gelijk aan het besturen van een schip dat niet tijdig zijn koers verandert, zal er risico ontstaan van vastlopen of op ramkoers varen waarbij destructieve consequenties te verwachten zijn"

De toepassing van metaforen zijn structureel gehanteerd om de vaak abstracte theorie voor velen inzichtelijk en begrijpelijk te maken. Daarbij is de werkwijze van de verandermanager gebaseerd op een no-nonsens-aanpak om in voortvarendheid resultaten te behalen. Het is hierbij de kunst tempo te maken zonder dat bepaalde partijen de discussie niet of onvoldoende kunnen bijbenen. Immers, de complexiteit van de problematiek en heersende cultuur kunnen tot weerstanden leiden, waardoor processen stagneren en successen uitblijven.

De Goede Zorg staat voor de uitdaging om een flexibele en veerkrachtige organisatie te worden, die anticipeert op de ontwikkelingen in het sociale domein van Apeldoorn, mede door middel van innovaties. Hierbij zijn bijeenkomsten georganiseerd om de dialoog aan te gaan met medewerkers van de organisatie. Dit om de participatie van diverse actoren te waarborgen en om een braad draagvlak te creëren in het veranderproces

Medewerkers duidelijkheid bieden over de nieuwe koers, afscheid nemen van oude patronen en nieuwe kaders in ondersteunen op basis van coachend leiderschap, dat is wat van het management in de nieuwe constellatie wordt verwacht.

Op dit gebied zijn nog wel enkele harde noten te kraken. Gegeven dat management en staf voortkomen uit de traditionele organisatie (veel top-down-management en een familiecultuur waarin men niet gewend is elkaar feedback te geven), is de transitie naar de gewenste managementstijl, nog geen voltooid proces.

Er is bewust voor gekozen, om bij het vormen van een verandercoalitie, verbinding te zoeken tussen de zorgmanagers, de stafmedewerkers en managers van het centraal kantoor. Daar waar er in de beginfase nog dikwijls naar elkaar werd verwezen gekeken ('wij' en 'zij') is gekozen voor een gemeenschappelijk gedragen traject van gedeelde verantwoordelijkheden. Delen van visie en onderlinge afstemming in het proces vragen om teamvorming, wat vanaf de start in het proces de nodige aandacht heeft gekregen.

'Op weg naar de top' is een activiteit die, naast ingaan op de verschillende externe ontwikkelingen, ook het karakter heeft van teambuilding waarbij de individuele competenties van mensen worden herkend en benut.

Daarbij worden mensen uitgedaagd om uit hun comfortzone te komen en ('outside the box') vanuit de nieuwe verhoudingen te denken. Dit vergt een sfeer van onderling vertrouwen.

1.3. Bestaande harkstructuur vormt struikelblok

Gedurende de eerste periode van het transitietraject (Q2 2014) werd duidelijk dat de bestaande structuur knelpunten opleverde. Uit transitiebijeenkomsten en bilaterale gesprekken werd steeds duidelijker dat managers en staf onvoldoende ruimte hadden om volwaardig te functioneren. Inmiddels is deze situatie ten goede gewijzigd, maar de nu ontstane ademruimte te gebruiken ten dienste van de nieuwe koers, is geenszins vanzelfsprekend. De cultuurverandering die moet plaatsvinden vergt een breed gedragen besef van urgentie en een koersvaste leiding.

Mensen doen niet *per se* wat van hen verwacht wordt, zeker niet als zij daar het belang niet van inzien. Duidelijk moet worden dat de omgeving is veranderd, hetgeen nieuwe stappen vergt om de ondersteuning en andere producten van De Goede Zorg op het gebied van wonen, zorg, welzijn, optimaal af te stemmen op de vraag van cliënten in de lokale omgeving.

Dat brengt met zich mee dat er meer ondernemerschap gevraagd wordt van de directeur-bestuurder en het management dan voorheen. Dat betekent onder meer anticiperen op marktontwikkelingen, waaronder het scherp in de gaten houden wat de wensen van de cliënten zijn.

Tijdens transitiebijeenkomsten in mei en juni 2014 is duidelijk aangegeven wat de rol en verantwoordelijkheid van het management is. De benodigde structuurwijzigingen hebben een duidelijk effect op de positie van managers; van hen wordt verwacht dat zij de daaraan verbonden cultuurverandering in de organisatie bevorderen en voorleven.

Er is tijdens de voornoemde sessies een inventarisatie gemaakt van wat men wil behouden en waar men, in het belang van de organisatie en het veranderproces, afscheid van wil nemen. Vervolgens is het zaak door te pakken en vanuit een ondernemende bril afwegingen te maken. Dit alles is nooit dagelijkse kost geweest. Heldere besluitvorming en communicatie over deze verandering is voor het management ook nieuw en niet vanzelfsprekend. Het gaat om vaardigheden die in het transitieproces de nodige aandacht hebben gekregen, in de verwachting, dat deze zullen beklijven.

Hieronder is een overzicht gegeven van de zaken die men wil behouden en van de zaken die men wil laten varen (Tabel 1).

De punten onder wat weg moet uit Tabel 1 kwamen gedurende verschillende bijeenkomsten naar voren. Daartoe behoren veel procedures en richtlijnen die onderdeel waren/zijn van de oude cultuur van beheersing en niet meer passen bij een cultuur van verantwoordelijkheid nemen aan de basis en dus in aanmerking komen voor afschaffing.

1.4. Cultuurverandering

Keer op keer blijkt de menselijke factor te bepalen of een verandering zal slagen of mislukken. Uiteindelijk kunnen veranderingen alleen slagen als ze worden aanvaard door de mensen die ze aangaan. De mens staat dus centraal bij de veranderingen! Hierbij speelt vertrouwen een belangrijke rol, zowel zelfvertrouwen als vertrouwen in elkaar; deze leiden tot het vertrouwen dat de processen waarvan men deel uitmaakt en de ontwikkelingen die men ervaart in de goede richting gaan.

Bij cultuurverandering spelen managers een belangrijke rol; zij zijn degenen die het draagvlak moeten creëren voor de verandering onder de medewerkers in de organisatie. Het is daarbij essentieel dat de houding en het gedrag van de managers overeenkomen met de cultuur die men wenst te bereiken. Zonder voorbeeldgedrag zijn interventies van een manager onecht en ongeloofwaardig. Belangrijk hierbij is te beseffen dat managers een cruciale rol spelen bij het creëren van de voorwaarden waaronder mensen bereid zijn hun gedrag ter discussie te stellen. Dit geldt voor alle echelons. De fase waarin de organisatie in

de zomer van 2014 was terecht gekomen gaf aanleiding om hierover met de betrokken actoren intensieve gesprekken te voeren.

Tabel 1. Wat te behouden en wat weg te doen bij De Goede Zorg (2014-15)

Behouden	Weg
Verbinding/vertrouwen/openheid	Gesloten cultuur
Collega's waar mogelijk	Passief-agressieve cultuur
Back to basics	Onderstroom van afwachten
Kwaliteit van zorg en daarin investeren	Verantwoordelijk zijn voor dingen waar je niets over te zeggen heb, maar wel op afgerekend wordt
Gedragscode	Geklungel rondom kwaliteit
Professionaliteit	Doorbreken van waardevolle patronen
Goede sfeer	Incidenten met cliënten
Successen vieren met elkaar	Geen keuzes maken
Duidelijkheid naar medewerkers	Onnodige ballast
Lef hebben	Veel dingen dubbel doen – niet lean
Geloven in kwaliteiten medewerkers/talenten	Afspraken niet nakomen
Ondernemerschap (voor zover aanwezig)	Onvoldoend gebruik maken en vertrouwen op elkaars expertise
Eigen verantwoordelijkheid	Langdurig onderpresterende medewerker
Meer loslaten	Versnippering (nergens gebundeld)
Sommige afdelingen meer bundelen, ook geografisch, centraliseren	Werken in privétijd
De Matenhof behouden vanwege belangrijke functie	Collega's die constant onvoldoende werk hebben
Samenwerking, ook tussen zorgmanagers	Consequenties van beslissingen uit de weg gaan
Groei in de relatie staf-management	Mailterreur
Investering in teams	Wantrouwen
Lerend vermogen	Te weinig geïnformeerd worden
Persoonlijke ontwikkeling medewerkers	Slechte vergaderdiscipline
Verbeteren van de communicatie	Onzinnige communicatie
	Agendapunten schrappen
	Te sterke familiecultuur
	Niet luisteren
	Eilandjescultuur

In dit traject is ook gebruik gemaakt van de inzichten van Covey (1989). Stephen M.R. Covey stelt dat vertrouwen het meest essentiële ingrediënt is binnen relaties. Niet alleen in liefdesrelaties, maar ook in werkrelaties. In een tijd waarin verandering steeds sneller gaat, wordt de waarde van vertrouwen alleen maar groter. Het is volgens hem het meest belangrijke maar tevens het meest ondergewaardeerde ingrediënt van zakelijk succes. Hij onderscheidt vier kernelementen van vertrouwen: intentie, integriteit, vaardigheden en resultaten. Dit artikel geeft vervolgens tien handelingen die vertrouwen creëren. Deze zijn als tips aangereikt aan de staf en het management voor de dagelijkse praktijk. Zie het onderstaande tekstkader (Tien tips om vertrouwen te creëren volgens Covey).

Tien tips om vertrouwen te creëren volgens Covey (1989)

1. Recht door zee zijn

Wist je dat – algemeen gesproken - zes op de tien medewerkers hun leidinggevende niet vertrouwen? Veelal heeft dit te maken met een gebrek aan transparantie, onder meer omdat leidinggevendenden hun fouten niet willen toegeven. Of omdat ze niet open zijn over slecht nieuws binnen de organisatie. Dat kan anders! Blijf eerlijk, vertel waar het echt om gaat, kom tot de kern en gebruik eenvoudige taal.

2. Eerst luisteren

Wat is er mogelijk als je, in plaats van te 'zenden', vragen stelt en luistert naar het antwoord? Als je in plaats van de monoloog een dialoog op gang brengt? Als je oprecht bereid bent afwijkende standpunten en inzichten van de ander te begrijpen? Als je hier invulling aan geeft, werk je vanuit het derde kernelement.

3. Toon respect

Respect tonen betekent dat je laat merken dat je iemand aanvaardt als een waardig en waardevol mens. En dat staat los van de functionele positie van iemand. Of iemand manager is of schoonmaker, teamleider of receptionist, allen dragen bij aan het succes van de organisatie. Respect tonen zit vaak in kleine dingen; kijk iemand aan, zeg dankjewel, houd de deur open voor een ander of spreek iemand aan bij zijn (voor)naam.

4. Loyaal zijn

Als iemand een prachtig resultaat heeft behaald, geef je hem/haar dan de nodige erkenning? Of ga je zelf met de eer strijken? Hopelijk niet! Wees oprecht, sta voor en achter je mensen en wees trots op ze. Spreek dat uit naar hen en naar anderen toe. Als je al over anderen kritisch moet spreken, doe dit dan met de personen in kwestie erbij.

5. Toezeggingen nakomen

Er wordt vaak gesproken over 'afpraak is afspraak', maar in welke mate wordt dit in praktijk gebracht? Bij eenvoudige vragen is het over het algemeen geen probleem. Bij complexere of politiek gevoelige vragen valt dit te bezien. Wees ook in deze situaties eerlijk en transparant. En als je vooraf weet dat je je belofte niet kunt nakomen of als in de loop van de tijd blijkt dat niet te kunnen, zeg dat dan gewoon.

6. Jezelf willen verbeteren

Ben jij iemand die zijn hele leven wil blijven leren? Die risico's durft te nemen, feedback vraagt en leert van zijn fouten? Door op deze manier in het leven te staan, sta je niet stil maar leer je steeds meer en ben je ook een voorbeeld voor anderen om dit terrein.

7. De realiteit onder ogen zien

Iedereen maakt wel eens moeilijke tijden mee. De vraag is wat je dan doet. Draai je op zo'n moment om de hete brij heen en stel je maatregelen uit of pak je moeilijke zaken meteen aan? Steek je kop niet in het zand, maar benoem wat je lastig vindt, zoek hulp en start met het verbeteren van de situatie.

8. Verwachtingen uitspreken

Wat verwacht je van je medewerkers? Maak heldere afspraken over inhoud en bijbehorend gedrag. Als je je verwachtingen uitspreekt, check dan bij de ander of hij/zij ze heeft begrepen en er ook invulling aan kan geven. Wees daarin zo concreet mogelijk. Met andere woorden, maak ze SMART: specifiek, meetbaar, afgeleid van een hoger doel, realistisch en tijdsgebonden.

9. Creëer transparantie

Wees gewoon open en eerlijk. Spreek de waarheid en probeer je niet beter voor te doen dan je bent. Als je bijvoorbeeld iets hebt nagelaten te doen, bedenk dan niet achteraf een slimme reden te om jezelf vrij te pleiten. Vertel gewoon eerlijk wat de reden is dat je de afspraak niet bent nagekomen. En bedenk daarbij: de halve waarheid is ook een leugen.

10. Fouten rechtzetten

Als je een fout hebt begaan neem dan daarvoor de verantwoordelijkheid. En ga op zoek naar hoe je je fout kunt rechtzetten. Wacht daar niet te lang mee maar kijk wat je nu al kunt doen. Vergeet daarbij niet je excuses aan te bieden. Als je in staat bent jezelf te overwinnen, betaalt zich dit dubbel en dwars terug.

Tijdens de individuele coaching van de stafmedewerkers en het management is stil gestaan bij de verschillende tips en de uitwerkingen ervan. Bieden deze tips een mogelijkheid om in het veranderproces elkaar te vormen en te spiegelen?

1.5. Zonder gedoe geen verandering

Bij verandering hoort gedoe. Als je het zo formuleert, heeft het een negatieve connotatie. Je kunt het ook omdraaien: zonder gedoe geen verandering. Dan krijgt gedoe ineens een positieve lading.

Organisatieverandering is niet alleen het veranderen van taken, regels en procedures; deze betekent ook het door elkaar schudden van bestaande verhoudingen en het verstoren van vaste interactiepatronen. De vraag is niet zozeer of er gedoe komt, maar hoe je ermee om wilt gaan. Wil je het zoveel mogelijk onder tafel schuiven of wil je juist proberen het ter tafel te brengen? Dat laatste is nagestreefd in het verandertraject bij De Goede Zorg.

Het praktische argument daarvoor is dat het expliciteren van gedoe en de achtergrond daarvan de enige manier is om verder te komen. Doe je dat niet, dan zijn de spanningen niet weg, maar blijven ondergronds. Als manager raak je dan het zicht erop kwijt. Gedoe en het waarom ervan boven tafel krijgen is niet gemakkelijk. Mensen zien er sowieso tegenop hun meningen, zorgen of ergernissen zomaar te vertellen. Temeer wanneer die niet of nauwelijks hard te maken is omdat zij berusten op vooroordelen of vage vermoedens, hetgeen niet zelden het geval is. Gelukkig wil in een beetje 'normaal' of 'gezond' bedrijf bijna iedereen niets liever dan dat het gedoe naar boven komt. Pogingen om - desnoods met allerlei trucs - het toch vooral 'netjes' of - nog erger - 'gezellig' te houden, laten zelden een goed gevoel achter. Alle betrokkenen voelen dan aan dat de echte problematiek op de werkvloer onbesproken blijft (Swieringa en Jansen, 2005).

Het ter tafel brengen van gedoe is ook dé manier om bureaucratie te voorkomen. Er zijn namelijk twee drijvende krachten die leiden tot bureaucratiesingering. De eerste is het streven naar efficiency en de tweede het vermijden van conflict. De ogenschijnlijke tijd- en efficiencywinst die daardoor bereikt worden, hebben echter een belangrijk nadeel: verstarring. Als je toe wilt naar een lerende, innovatieve organisatie, een organisatie waarin mensen weten samen te werken, dan moet men leren omgaan met gedoe (voortkomend uit belangentegenstellingen, verschillende percepties, wantrouwen en verschillende taakopvattingen). Dan ontstaat er ruimte om zorgen met elkaar te delen, verdwijnen frustraties, herstellen zich relaties en ontstaan er nieuwe vormen van samenwerking.

Vanwege veranderingen in de managementstructuur bij De Goede Zorg was er behoefte om gericht te kijken naar een nieuwe werkverdeling en taakverdeling bij management en staf.

Deze behoefte werd concreet versterkt door de volgende ontwikkelingen:

- Afwezigheid van de regiomanager en diens formele vertrek in september 2015
- Vertrek op eigen initiatief per 1 november 2014 van een zorgmanager Intramuraal
- Zwangerschapsverlof van de manager Facilitair (Q4 2014-Q1 2015)
- Uitval wegens gezondheidsproblemen van een zorgmanager Extramuraal (Q4 2014) en uiteindelijk vertrek (Q2 2015)
- Vertrek op eigen initiatief van een zorgmanager extramuraal

Uiteindelijk is de managementstructuur en de bezetting van posities gereduceerd van 8 naar 4 managers. Waarbij er in de uiteindelijke organisatie inrichting (stadsdeelgebieden) 3 managers zijn overgebleven. Dit is een reductie van meer dan 50% van de managementcapaciteit.

Een belangrijk aspect van het veranderproces is het creëren van ruimte om zelfsturing/zelfregulering en ondernemerschap mogelijk te maken. Dat proces gaat niet vanzelf; het doet een beroep op de competenties en vaardigheden van het management.

Ondanks dat er diverse punten waren die aanleiding gaven tot onrust in de organisatie, heeft, mede door interventies van de verandermanager, het team van managers en centrale staf zijn vertrouwen uitgesproken in het verandertraject onder leiding van de directeur-bestuurder.

1.6. Visie en herijking van de stip op de horizon

Er is bij De Goede Zorg een document uit 2002 dat in 2014 nog steeds als visie en missie kon worden gehanteerd. De daarin geformuleerde uitgangspunten waren tot op heden nog steeds bruikbaar. Er was toen al sprake van een focus op de kwaliteit van de dienstverlening waarbij de cliënt meer zelfregie zou hebben en de medewerkers vanuit een professionele grondhouding invulling zouden geven aan zorg en dienstverlening, met de participatie en keuzemogelijkheden van de cliënt als uitgangspunten. Medio 2006 is er een verbetertraject ingezet waarbij vooral de kernwaarden tegen het licht zijn gehouden in de context van de toen geldende strategische keuzes. De visie bleef feitelijk onaangetast. De vraag is echter wat deze visie en missie in de praktijk hebben betekend, gelet op de ingrijpende verandering waarvoor de organisatie zich in 2014 en 2015 gesteld zag om een situatie te bereiken waarin het eerder beleden primaat van de cliënt werkelijkheid zou moeten worden. Kennelijk was het nodig veel meer externe druk te ervaren om de daad bij het woord te voegen.

Uitdrukkelijk is door de verandermanager verder gewerkt aan de visie als gezamenlijk toekomstbeeld. Deze visie vervult een duidelijk rol in het veranderproces: zij draagt bij aan inspiratie, ambitie, de wil om te overleven en de wil om te winnen.

Een visie kan op verschillende manieren ontwikkeld worden; deze kan in concept top-down worden aangereikt en verder bediscussieerd of deze kan bottom-up groeien. Beide elementen zijn bij De Goede Zorg aanwezig geweest. In transitiebijeenkomsten die (op verschillende inspirerende locaties) zijn gehouden is er veel gediscussieerd over de visie en over de uitgangspunten van de organisatie in een sterk veranderende omgeving. Ook de conclusies van onderzoeker Dr. T. Wolters aangaande de passief-agressieve organisatie versus de veerkrachtige innovatieve organisatie zijn nadrukkelijk meegenomen bij het vaststellen van de visie en de daarbij behorende vervolgstappen.

Alles bij elkaar genomen, is er een herijking van de strategie ontstaan zoals aangegeven in de kaderbrief 2015. Verschillende onderdelen daarvan komen in het navolgende ter sprake.

1.7. Onderscheidend vermogen

Tijdens de bijeenkomst van 2 oktober 2014 is er gediscussieerd over de punten waarop De Goede Zorg zich kan onderscheiden ten opzichte van concurrerende organisaties. Het onderscheidend vermogen kan men onderverdelen op grond van de vier B's:

- Behoeften van de klant/andere stakeholders
- Beloften (waarover de organisatie afspraken maakt)
- Beleving (wat de klant ervaart)

- Bewijs (wat de concrete resultaten zijn op grond van wat is afgesproken)

Er is bij De Goede Zorg gewerkt aan een helder marketingbeleid in samenhang met het strategisch kader. Er was al het een en ander gedaan aan PR en communicatie, inclusief het opstellen van richtlijnen om de identiteit te bewaken (huisstijl, logo, slogan, communicatie en gedrag). Echter, er was ook sprake van ongecoördineerde vormen van communicatie die afbreuk deden aan een heldere identiteit. Er zal op dit terrein een strakker beleid moeten komen, met een duidelijkere rol voor Beleid en Kwaliteit (B&K, die in het Service en Expertise Centrum is gevestigd).

De identiteit van de organisatie is overigens maar een onderdeel van het strategisch beleidsplan. Imago, reputatie en de identiteit van de organisatie worden voor een groot deel door het gedrag van individuen bepaald. Het consequent hanteren van de huisstijl is onderdeel daarvan. In de nieuwe structuur wordt de afdeling B&K opgenomen in het service-en-expertisecentrum (SEC), dat voor het gehele concern actief is en waarbij diensten op basis van dienstverleningsovereenkomsten (DVOs), vastgelegd worden. Ook de andere bedrijfsonderdelen (zoals P&O (HRM), Controller, EAD, Secretariaat, Cliëntondersteuning, Zorglijn, Zorgtoeleiders, Vastgoed, Facilitair, ICT) zullen centraal georganiseerd moeten worden en op basis van resultaatafspraken voor het primaire proces ten dienste moeten staan.

Inmiddels zijn de aspecten van de 'emotionele intelligentie' (EQ-factoren) van de organisatie uitvoerig aan de orde geweest, is de visie concreter geworden en komt de fase van meer rationele intelligentie (de IQ-aspecten) duidelijker in beeld. De laatste duidt op de hardere factoren van het veranderproces, waarbij de systemen onderhevig zijn aan een kritische analyse.

De resultaatgerichtheid wordt daarmee ook zichtbaar; het veranderproces in 2015 is zich meer gaan richten op het maken van concrete keuzes en op het concreet gevolg daaraan geven. De organisatiestructuur is in 2015 aangepast en wel zo dat deze aansluit bij stadsdeelgebieden in de gemeente Apeldoorn. Wonen, Welzijn en Zorg zijn daarbij zo dicht mogelijk bij de (potentiële) cliënten gepositioneerd. De gebouwen van de organisatie hebben daarbij aandacht gekregen; deze moeten toekomstbestendig zijn, dat wil zeggen, deze moeten kunnen voldoen aan de wensen en behoeften van kritische cliënten.



1.8. Verbinding met de organisatie door communicatie en afstemming

Bij het creëren van een breed draagvlak voor de veranderingen, is goede communicatie van levensbelang.

Met medewerkers was afgesproken dat er periodiek bijeenkomsten worden gehouden om informatie te delen en van gedachten te wisselen, zowel op locatieniveau als ook centraal voor de gehele organisatie. Daarnaast was er oog voor het belang van het intranet als middel om informatie te verspreiden en met elkaar te communiceren. Het is duidelijk dat op dit terrein er nog leerpunten zijn overgebleven; de informatievoorziening is nog steeds een vrij eenzijdig proces vanuit het management zonder vanzelfsprekende interactie waarbij er ook vanuit de werkvloer informatie wordt gevraagd of wordt gegeven. Dit tekort is haast een klassieke situatie binnen zorgorganisaties; verandering vereist een duidelijk beleid voor de interne communicatie en ook verbetering in de faciliteiten op dit terrein.

Op 15 januari 2015 is er een grote medewerkersbijeenkomst geweest waarop ongeveer 200 medewerkers aanwezig waren. Het thema van deze bijeenkomst was 'klaar om te wenden'. Doel was om alle betrokkenen te informeren over de resultaten tot dan toe en de voorliggende stappen. Duidelijk werd gemaakt dat 2015 voor De Goede Zorg een belangrijk jaar zou worden. Een jaar om te experimenteren, keuzes te maken en te streven naar het verder optimaliseren van de kwaliteit van wonen, welzijn en zorgaspecten.

De Goede Zorg, zo werd gesteld, staat voor de uitdaging om een innovatieve, flexibele en veerkrachtige organisatie te worden die anticipeert op de ontwikkelingen in het sociale domein van Apeldoorn. Dat vergde duidelijkheid voor medewerkers over het afscheid nemen van oude patronen en het gaan opereren op basis van de nieuwe kaders gericht op het primaat van de cliënt binnen het door de overheid aangegeven verhouding tussen professionele zorg, participatie en zelfredzaamheid.

In drie presentaties zijn de genomen maatregelen in 2014 toegelicht en wat de te verwachten effecten ervan zouden zijn op de personele organisatie. Er werd een schets gegeven van het door de vakbonden goedgekeurde sociaalplan, waarin werd onderstreept dat De Goede Zorg, goed voor zijn mensen zorgt.

De bijeenkomsten zijn als waardevol ervaren. Daarmee werd er een aftrap gegeven voor de activiteiten voor 2015, die in het teken stonden van experimenteren, keuzes maken en uiteindelijk implementeren. Dit was een spannend vooruitzicht, waarbij eenieder beseftte dat succes ervan afhing van managementvaardigheden en duidelijke keuzes maken.

1.9. Veranderen verloopt fasegewijs en vereist een duidelijk tijds kader

De verschillende fasen in het verandermanagement en de impact daarvan werden naar verloop van tijd duidelijk. De gehouden transitiebijeenkomsten en het gevoerde dialoog leidden niet alleen tot een sterker bewustzijn van wat er stond te gebeuren, zij gaven het management en de staf ook houvast bij het monitoren, bijsturen en communiceren.

In het jaar van kiezen en experimenteren (2015) waren de veranderingen te herkennen op de verschillende niveaus van de organisatie. Zowel de medewerkers als de Raad van Toezicht, Ondernemingsraad en de Cliëntenraad konden ervaren dat de veranderprocessen op ieder niveau en in iedere functionele eenheid beroep doen op bepaalde competenties. Ook hierbij waren vertrouwen en loslaten aan de orde.

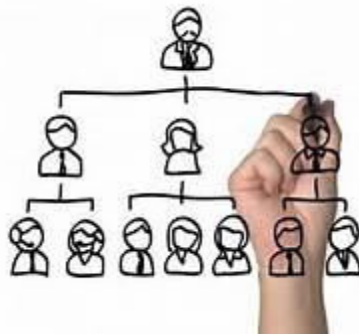
Er werd als doel gesteld in de zomer van 2015 concrete besluitvorming te hebben over de structuur van de organisatie en de aanstelling van het management in de nieuwe situatie (op basis van integrale verantwoordelijkheid langs de lijnen van de stadsdeelgebieden). Daarbij moest worden bedacht dat de organisatie aan het inkrimpen was, hetgeen gevolgen had voor de structuur, de verschillende managementposities en de overhead.

Daarnaast lagen er eisen van de zorgverzekeraars over de kwaliteit van zorg en dienstverlening en de personele bezetting. Dit had vooral consequenties voor de medewerkers met een niveau-2-achtergrond; voor hen was er geen plaats meer in de nieuwe opzet. Vanwege de toenemende complexiteit van de zorgvragen en de vereiste zelfstandigheid van optreden, was het beleid het opleidingsniveau van de teams te vergroten. Vanuit de meer klantgerichte benadering is tevens aangegeven dat er meer continuïteit in de capaciteit en inzet van medewerkers zal moeten zijn richting de cliënt. Dat betekent kleinere teams met meer kwaliteit en individuele aandacht. Daarbij was rekening gehouden met een toename van het aantal verpleegkundige medewerkers op niveau 5. In de praktijk bleek het lastig te zijn een goede werving en selectie uit te voeren en juiste kwalitatieve en kwantitatieve afwegingen te maken.

Het blijkt dat de markt in de ouderenzorg dynamisch en grillig is. Dit vraagt om flexibiliteit en wendbaarheid. Integraal verantwoordelijke managers zullen in hun eigen stadsdeelgebied bij voorbeeld moeten anticiperen op fluctuaties in het cliëntenbestand en wat die betekenen voor de inzet van mensen en middelen. De verschillende financieringsstromen (WLZ, ZVW, WMO) maken het complexer, onder andere doordat er verschillende concurrerende partijen – met eigen sterktes en zwaktes - op de inkoopmarkt actief zijn. Daarbij is ook de onzekerheid over het overheidsbeleid een complicerende factor. Er zijn geen garanties meer voor structurele financiering; de inkoop zal ook een duidelijk strategische dimensie moeten hebben.

1.10. Structuur en cultuur zijn bepalend voor de transformatie

De Goede Zorg kende een eenhoofdige leiding, de directeur–bestuurder, en onder hem een regiomanager, zes zorgmanagers en een facilitair manager. Daarnaast waren er ondersteunende diensten, op het gebied van zowel de beleidsontwikkeling als beleidsuitvoering. In het kader van de transitie was het van belang de structuur kritisch te analyseren. Een belangrijke conclusie daarbij was dat er met minder management nodig was en meer zelfstandigheid aan de basis om de gewenste klantgerichte kwaliteit te versterken.



Aansluiting bij maatschappelijke ontwikkelingen en de visie om ‘wonen, welzijn en zorg’ dicht bij de burger te positioneren, leidden tot een keuze voor een geografische indeling van de organisatie. De insteek was en is om in vier stadsdeelgebieden te werken (maar voorlopig zijn het er drie) met samenvoeging van de intramurale en extramurale capaciteit. Dit alles zou gerealiseerd worden met weinig hiërarchische lagen en met zelforganiserende teams. Tevens ontstaat er meer verbinding en samenhang met vrijwilligers en mantelzorgers, waarbij formele zorg en informele zorg meer geïntegreerd, uitvoering geven aan de doelstellingen. De organisatie was en is nog steeds in omvang relatief klein, waardoor het geen probleem hoeft te zijn de lijnen kort te houden. Er werd zodoende gestreefd naar een platte organisatie waarbij de managementverantwoordelijkheid integraal zou zijn (dat wil zeggen, breder en met budgetverantwoordelijkheid) De organisatie is nu ingedeeld in stadsdeelgebieden met stadsdeelmanagers.

Dit was een behoorlijke omslag in denken en werken. Dat betekende ook dat het aantal managers zou verminderen (er zouden dus ontslagen komen) en dat er minder toezicht van bovenaf moest komen op wat er 'op de werkvloer' gebeurde.

Gedeeld leiderschap, zelfsturing, lerende organisaties, nieuw organiseren: verschillende termen verwijzen naar dezelfde ontwikkeling. Marktomstandigheden veranderen steeds sneller en organisaties zoals De Goede Zorg moeten zo wendbaar mogelijk worden.

De klassieke ‘command & control’-structuur zoals deze bij De Goede Zorg was vorm gegeven mag in bepaalde opzichten efficiënt zijn, je gaat dan wel uit van een stabiele, weinig veranderende omgeving. Maar operationele sturing-van-boven staat innovatie in de weg. Veel organisaties in de zorgsector sleutelen aan hun organisatievorm, waarbij verantwoordelijkheden lager in de organisatie worden gelegd. Zelfstandige teams worden in staat geacht dichterbij de cliënt te staan die ondersteuning nodig heeft. Deze teams kunnen sneller op ontwikkelingen inspelen – mits voorzien van voldoende bewegingsvrijheid. Eén

probleem: hoe geef je vrijheid, terwijl je toch met zijn allen dezelfde kant uit wil? Hoe weten de zelfstandige teams van elkaar waar ze mee bezig zijn?

Hoe zelfstandig teams ook worden ingericht, de organisatie moet precies weten hoe ze in het kader van het grotere geheel passen. Dat betekent dat taken en verwachte resultaten goed omschreven moeten zijn. Het dwingt organisaties na te denken over de vraag hoe de vaardigheden het best kunnen worden ingezet, en hoe de verschillende functies op elkaar moeten worden afgestemd. Anders organiseren houdt méér in dan zelfstandigheid uitdelen. Het is ook een kwestie van anders coördineren. Hier ligt een verantwoordelijkheid van de Integraal manager die in De Goede Zorg de kaders gaat bepalen en middels een ontwikkelplan (gebaseerd op het model Van Amelsfoort, 2003) zorgt voor een gefaseerde invoering van de zelfstandige teams en de coördinatie daaromheen.

1.11. Organisatiemodellen als vertrekpunt voor het herontwerp

Hoe gebruik je organisatiemodellen (en dan met name de abstracte modellen, niet modellen van bestaande organisaties)? Bij deze vraag komen er allerlei antwoorden: je gebruikt een model voor analyse, voor verklaring, misschien als een soort verdediging van een bestaande organisatie. In De Goede Zorg hebben we ons geconcentreerd op die modellen die je kunt gebruiken om een ontwikkelplan voor een organisatie op te stellen. Denk hierbij aan de vlieg van Mintzberg (2013), die heeft bijgedragen aan het herontwerp van de structuur van De Goede Zorg. De visie van Mintzberg is dat organisaties een eigen gezicht ontwikkelen door accenten te leggen in vormgeving. Welke configuratie is kenmerkend voor de nieuwe organisatie van De Goede Zorg? Zie het volgende tekstkader.

Een organisatie bestaat in grove lijnen uit zes onderdelen. Deze zijn:

1. De strategische top (het topmanagement; eenhoofdige leiding – de directeur-bestuurder - en een Raad van Toezicht)
2. Het middenmanagement (Stadsdeel Managers en Management in het SEC)
3. De opererende kern (de mensen die de diensten leveren waar het in de organisatie om gaat; zelf-organiserende teams)
4. De technische structuur (IT, maar ook logistieke planning; infrastructuur)
5. De ondersteunende staf (bv SEC; B&K, P&O)
6. Ideologie (de bedrijfscultuur, normen en waarden, opvattingen over wat goede zorg is)

Kijkend naar de ontwikkelingen van De Goede Zorg en de ambities die er zijn om naar een innovatieve, veerkrachtige en wendbare organisatie te groeien past deze configuratie bij de nagestreefde organisatie.

De volgende kenmerken worden meegenomen in de ontwikkeling van zelf-organiserende teams en bij het tot stand komen van integraal management:

- Geef medewerkers en teams veel eigen verantwoordelijkheden en reken ze daar op transparante wijze op af. Hierbij passen regelmogelijkheden op de werkvloer en een

beroep op eigen initiatief en ondernemerschap (koppeling van zakelijke en ideële doelen, zien van kansen op dit terrein).

- De koppeling van beleid en uitvoering in functies. Wie denkt, die handelt daarnaar (en *vice versa*).
- De zelfstandige onderdelen (waaronder de teams) worden resultaatverantwoordelijk op basis van 'de menselijke maat' (ruimte bieden zonder te overvragen).
- Er komen zowel persoonlijke als teambeoordelingen (op basis van 360-graden-feedback met een prominente rol van de cliënt en/of zijn/haar netwerk).
- Het primaire proces (dienstverlening aan cliënten) is leidend en bepaalt de verdere inrichting van de organisatie. Alle andere processen dienen en versterken het primaire proces.
- Maak intensief gebruik van (sociale) netwerken en samenwerkingsverbanden
- Ook bij het nieuwe organiseren zijn het vaak de 'kleine dingen die het doen'.

De sturing vanuit de leiding is op bovenstaande punten gericht. Men weet wat er op de werkvloer leeft en men verschaft een duidelijk kader om resultaatgericht te kunnen werken. Waar nodig, is er gerichte ondersteuning vanuit bijvoorbeeld een coach of van een medewerker van het Service en Expertisecentrum (SEC). Zie het onderstaande overzicht van de nieuwe organisatiestructuur van De Goede Zorg.

In deze opzet wordt er gewerkt met drie Integraal Managers die ieder verantwoordelijk zijn voor een stadsdeelgebied. Zij worden verder gefaciliteerd vanuit het Service en Expertise Centrum waar de ondersteunende staf op basis van inkoop en prestatieafspraken de diensten levert.

Welke competenties zijn nodig voor deze nieuwe opdracht? Om de competenties van de integraal managers vast te stellen is er een zorgvuldige procedure opgesteld van belangstellingsregistratie, 360-graden-feedback en het meten van vaardigheden.

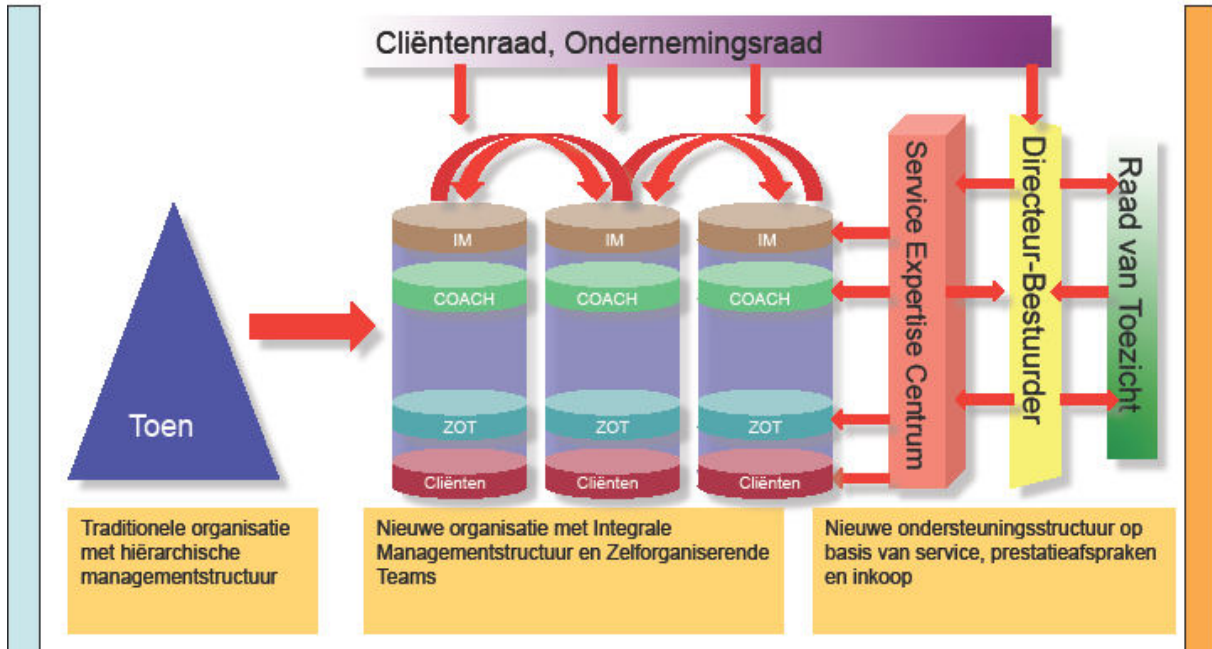
De Goede Zorg is er steeds van uitgegaan dat in het licht van de nieuwe organisatie met name de functie van de zittende managers een wijziging moesten ondergaan.

Op basis van nauwe samenwerking tussen P&O en de verandermanager is er een zorgvuldige procedure geweest om uit te maken welke managers voor de managersfuncties nieuwe stijl in aanmerking zouden komen.

Eerst heeft er een belangstellingsregistratie plaatsgevonden inclusief een belangstellingsgesprek met de directeur –bestuurder en manager P&O. Er volgde daarna evaluaties, waaronder een meting om de managementvaardigheden in beeld te brengen.

OCAI en MSAI (zie Quinn & Cameron, 1999) zijn de meetinstrumenten die zijn ingezet om meer inzicht te krijgen in de organisatiecultuur en de managementvaardigheden van individuele medewerkers (managers, stafleden) in beeld te brengen. Op basis van de uitkomsten werd helder waar De Goede Zorg als organisatie staat en welke managementkwaliteiten nodig zijn om de organisatie in de gewenste richting te leiden.

Nieuwe fit



Hieronder volgt een toelichting op beide instrumenten waarbij met name de MSAI uitgevoerd gaat worden, in het kader van organisatieontwikkeling (transformatie) en de herpositionering van management en staf. In november 2014 - tijdens een transitiebijeenkomst - is er al een document verspreid aangaande MSAI en cultuurtyperingen.

Gelet op de strategie van De Goede Zorg kon worden gesteld dat De Goede Zorg zich diende te ontwikkelen van een hiërarchische cultuur (vooral een oriëntatie op interne verhoudingen) naar een marktgerichte cultuur (nadruk op externe positionering). Zie ook Quinn en Rohrbaugh (1999).

De huidige stijlen van leidinggeven en competenties van managers bij De Goede Zorg laten een diversiteit aan kwaliteiten zien. Feitelijk past dit ook bij de uitgangspunten die steeds zijn gehanteerd bij het transitietraject. Er is vastgesteld dat eenieder flexibel dient te zijn en bereid moet zijn te leren, afhankelijk van het persoonlijk profiel. Er waren op dit terrein ook verbeterpunten die structureel aandacht zouden krijgen in het vierde kwartaal van 2015 en het eerste kwartaal van 2016. Deze zijn vooral een grotere klantgerichtheid, persoonlijke ontwikkeling van leden van de zelfstandige teams, kwaliteit van het coördinerend management op basis van concrete KPI's, het voortdurend uitdragen van de toekomstvisie, continue verbetering in de processen (o.a. lean opereren).

1.12. Definitieve keuzes in de aanstelling van integraal managers vertraagd

Oorspronkelijk was de bedoeling dat er per september 2015 de aanstellingsprocedure van het management zou worden afgerond en dat er uiterlijk per 1 oktober 2015 de nieuwe organisatiestructuur een feit zou zijn. Daarmee zou Q4 2015 de fase van borging ingaan

zodat er in 2016 een nadrukkelijke focus zou komen op de primaire processen, het vormgeven van zelforganiserende teams en vooral effecten meten van de zorgvuldig gekozen trajecten.

Door interveniëren van de Raad van Toezicht van De Goede Zorg heeft het proces een andere wending te gekregen. Er kwam een verder beoordelingsproces door middel van onafhankelijke toetsing via een assessmentbureau om uitsluitel te krijgen over de vraag of het zittende management voldoende competent zouden zijn om als managers nieuwe stijl op te treden, onder meer implicerend dat zij vanuit een zelfstandige ondernemende rol de aansturing van stadsdeelgebieden voor hun rekening kunnen nemen. In een vroegtijdig stadium was reeds vast gesteld dat er met managementcontracten gewerkt zou gaan worden waarbij er smart geformuleerde doelen en targets bepalend zouden zijn voor de voortgang. Het werken met managementcontracten draagt tevens zorg voor borging van processen en het behalen van resultaten.

Voor de externe assessment, waren er drie bureaus om een offerte gevraagd. De kwaliteit van de drie afzonderlijke bureaus was hoog. Uiteindelijk is de keuze gevallen op een bureau met ervaring in de zorgsector. Besloten werd dat zowel staf als management (inclusief de directeur-bestuurder) een intensief assessmenttraject zouden doorlopen.

Deze assessments kunnen - in samenhang met de eerdere interne assessments – geacht worden een compleet beeld te hebben opgeleverd van de kandidaten in het licht van het 'nieuwe management'. Zij hebben geleid tot de aanstelling van managers voor maximaal een jaar met daarbij een duidelijke opdracht om in 2016 goede resultaten te boeken. De voordrachten en aanstellingen zijn formeel voorgelegd aan de Ondernemingsraad (ter informatie), de Cliëntenraad (ter advisering) en uiteindelijk aan de Raad van Toezicht (ter informatie).

Als verandermanager wil je zorgdragen voor een proces waarbij de uitgestippelde route en planning zoveel als mogelijk wordt gevolgd. In de laatste fase stond borging centraal en ondersteuning van het MT in de nieuwe structuur. Door de vertraging kwam hier een knelpunt in het veranderproces.

Het moge duidelijk zijn dat er in het kader van de transitie in de zorg ook op het gebied van toezichthouden de nodige veranderingen gaande zijn. Het helder afbakenen van taken en verantwoordelijkheden en het kunnen meebewegen met de ontwikkelingen (intern en extern) laten ook het functioneren van de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht niet onaangeroerd. Daarbij spelen mee de kunst van het loslaten en het balanceren tussen vertrouwen en beheersing in de samenwerking tussen de Directeur-Bestuurder en de Raad van Toezicht.

1.13. Balanceren tussen vertrouwen en beheersing in de nieuwe werkelijkheid

Het verbeteren van bestuur en toezicht van zorginstellingen, zodat toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg behouden blijven, is een uitdaging waar veel organisaties voor staan. De werkelijkheid van verschillende financieringsstromen, nieuwe partijen en scenario's van groei en krimp maken de wereld van de zorgsector ingewikkeld. Als directeur-bestuurder zal je vanuit een duidelijke visie voldoende ruimte moeten krijgen

om lef en ondernemerschap te tonen, om in verbinding met management en medewerkers verantwoorde keuzes te maken gericht op optimale kwaliteit van zorg en dienstverlening aan de primaire cliënt (dikwijls ouderen in Apeldoorn). Spanning op dit domein is merkbaar en voelbaar; geregeld schiet men (strategisch kader) in een kramp als het spannend dreigt te worden.

In het licht van de grote transitie waarmee de zorgsector (*in casu* De Goede Zorg) van doen heeft, doet zich een acuut probleem voor: de bekostiging verschuift met nieuwe regels naar de gemeenten, en de bestuurscultuur van organisaties (governance) dreigt er achteraan te hobbelen. De discussie over governance laait op en fixeert zich op de zorgaanbieders zelf, terwijl de regie steeds verder van de zorgaanbieders af komt te staan. Deze lijkt te versnipperen tussen de gemeenten maar zal steeds meer bij de directe cliënt terecht komen. De nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling leidt tot concrete onzekerheid over beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg, bij zorgaanbieders, gemeenten en burgers zelf. In De Goede Zorg zie je dit terug in de portfoliokeuzes die de organisatie moet maken in bv de Thuiszorg en het al dan niet blijven leveren van Huishoudelijk zorg. Investeren in vastgoed en keuzes maken ten aanzien van bestaande voorzieningen levert in de praktijk ook de nodige spanningen op.

Er is sinds 1 januari 2015 een nieuwe werkelijkheid met een grotere verantwoordelijkheid voor de gemeenten; hierbij ontbreekt het soms aan deskundigheid om de juiste keuzes te maken. Systemen zijn niet of nog niet goed ingericht, hetgeen leidt tot problemen op het gebied van contractering, verantwoording en controle. Hierdoor ontstaan er grotere risico's bij de zorginkoop en bij de verantwoording van geleverde zorg en diensten.

Een belangrijke vraag is of het de verantwoordelijkheid van een Raad van Toezicht en een directeur-bestuurder van een zorginstelling is, om het publieke belang van beschikbaarheid en toegankelijkheid te dienen op het moment dat instellingen bepaalde zorg niet of niet meer of tegen heel andere voorwaarden en bekostiging kunnen leveren. De continuïteit van de eigen organisatie zullen de directeur-bestuurder en de toezichthouders niet uit het oog mogen verliezen, ongeacht of die al dan niet strookt met het vermeende publieke belang. Het leveren van een goede kwaliteit van zorg dient bij een zorgorganisatie altijd voorop te staan, echter, dat geldt niet voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van alle zorg als de economische voorwaarden ontoereikend zijn. In deze overweging is meegenomen dat er vanuit de RvT behoefte bestaat om een extra tijdelijk lid raad van bestuur aan te trekken die zorg draagt voor de implementatie van het veranderproces en die tevens een extra aanspreekpersoon is, indien de voorzitter van de RvB niet aanwezig zou zijn of tijdelijk zou uitvallen. Ondanks de geringe volume van de organisatie is bij een gewijzigde organisatiestructuur met minder management wel behoefte aan een sterk strategisch kader. Als verandermanager stel ik wel vraagtekens bij deze gekozen oplossing vanwege de extra kosten die een dergelijke investering met zich meebrengt.

1.14. Regels werken vaak als handboeien

Er bestaat het risico dat verdere regulering van zorgaanbieders, zorgbestuurders en -toezichthouders eerder werken als handboeien dan als handvatten. Dit past niet bij de grotere risico's die bestuurders en toezichthouders lopen of geacht worden op zich te

nemen. De praktijk van de afgelopen maanden laat in ieder geval zien dat er in hoge mate spanning kan ontstaan zodra de directeur-bestuurder of de Raad van Toezicht hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Het is daarbij steeds duidelijker dat er ook op het gebied van de 'Zorgbrede Governance Code' aanpassingen noodzakelijk zijn waarbij het speelveld beter wordt gedefinieerd.

Mogelijke oplossingsrichtingen zijn te vinden in de nauwere samenwerking met verschillende partijen (in de keten), inclusief cliëntenraden, met het oog op het vergroten van kennis, kunde en vaardigheden ten behoeve van een betere besluitvorming in de zorg. Dit alles dient zich te richten op het optimaliseren van de kwaliteit van leven waarbij autonomie en zelfbeschikking (zelfregie) van de cliënt de centrale uitgangspunten zijn.

Deze 'eisen van de tijd' vragen zowel om aanpassingsvermogen als om standvastigheid: geloven in de keuzes die men maakt; lef hebben om afscheid te nemen van vertrouwde patronen en telkens opnieuw koers bepalen.

1.15. Strategisch wendbare organisaties anticiperen op de veranderingen

Veranderingen dienen zich voortdurend aan en organisaties maar ook het management moeten daar dagelijks een antwoord op zien te vinden. (Dit komt terug in het gewenste organisatie DNA, wat door Dr. Teun Wolters van de Wittenborg University is aangegeven).

Zorgorganisaties (De Goede Zorg) moeten strategisch wendbaarder worden en dat betekent investeren in 'strategische agilitéit'. Dit is het vermogen van een organisatie om de strategische koers snel en effectief te veranderen, anticiperend of reagerend op kansen en bedreigingen in haar omgeving. Het bestaat uit twee elementen die elkaar versterken: aan de ene kant de behendigheid en lenigheid (agility, wendbaarheid) van de organisatie om kansen te benutten die zich aandienen (door veranderingen) in de markt en aan de andere kant de veerkracht en robuustheid van de organisatie om de gevolgen van vaak vrij grote en onvoorziene veranderingen op te vangen.

'Verandering is de enige constante' en wat is de veranderbereidheid van medewerkers in relatief kort tijdbestek

'Panta rhei' is een bekend citaat van de Griekse filosoof Plato die daarmee de gedachten van de prestocraat Heraclitus verwoorde. Met deze uitdrukking wordt verwezen naar een wereld die niet stil staat, maar voortdurend in beweging is: alles verandert, niets blijft hetzelfde. Verandering is derhalve de enige constante. Voor organisaties is dit niet anders (Boonstra, 2000; Child, 2005; Homan, 2005; Kerber & Buono, 2010). Organisaties moeten snel handelen en veranderingen optimaal implementeren om te kunnen overleven alsook het nodige concurrentievoordeel te kunnen behouden. Een belangrijk aspect voor het succes van veranderen is de veranderbereidheid van medewerkers en of het verandervermogen

De overgrote meerderheid van geplande verandertrajecten blijkt te mislukken. Is dit te wijten aan het veranderprogramma, de organisatie zelf, of wellicht aan beide? En welke rol speelt organisatorische veranderbereidheid daarbinnen? In het traject van De Goede Zorg is door Dr. T. Wolters gemonitord wat de veranderperspectieven aan invloed hebben op het werkproces en of de motivatie van medewerkers. In de fase waarbij er vooral naar de collectieve belangen is gekeken was er nog relatieve veiligheid maar zodra het proces de

individuele medewerker raakt of bepaalde beroepsgroepen (facilitaire medewerkers of huishoudelijke dienst) dan ligt het aanzienlijk gevoeliger en zijn vanzelfsprekende weerstanden te verwachten. 'Weerstand' bezien als een negatieve gedragsintentie ten aanzien van veranderingen.

In de literatuur omtrent veranderingen of veranderprocessen is 'weerstand' een geliefd onderwerp. Onder andere Metselaar et al. (2011) definiëren weerstand als:

“Een negatieve gedragsintentie van een medewerker ten aanzien van de invoering van een verandering in de structuur, cultuur of werkwijze van een organisatie of afdeling, resulterend in een inspanning van de kant van de medewerker om het veranderproces te vertragen.”

'veranderbereidheid' wordt als een positieve benadering van het begrip 'weerstand' gezien. Een definitie van veranderbereidheid is “een cognitief, emotioneel en intentioneel positieve attitude ten opzichte van een verandering.” Het wordt daarmee gezien als een bron van informatie om het proces van verandertrajecten succesvoller te laten verlopen. Deze veranderbereidheid is gedurende het traject ook structureel genoemd en onder de aandacht geweest van zowel het management als de medewerkers (tijdens bijeenkomsten en of via verschillende communicatiekanalen. Daarmee is er erkenning gegeven aan weerstanden en zelfs positief gelabeld. Zonder weerstand geen glans of scherpte aan het proces.

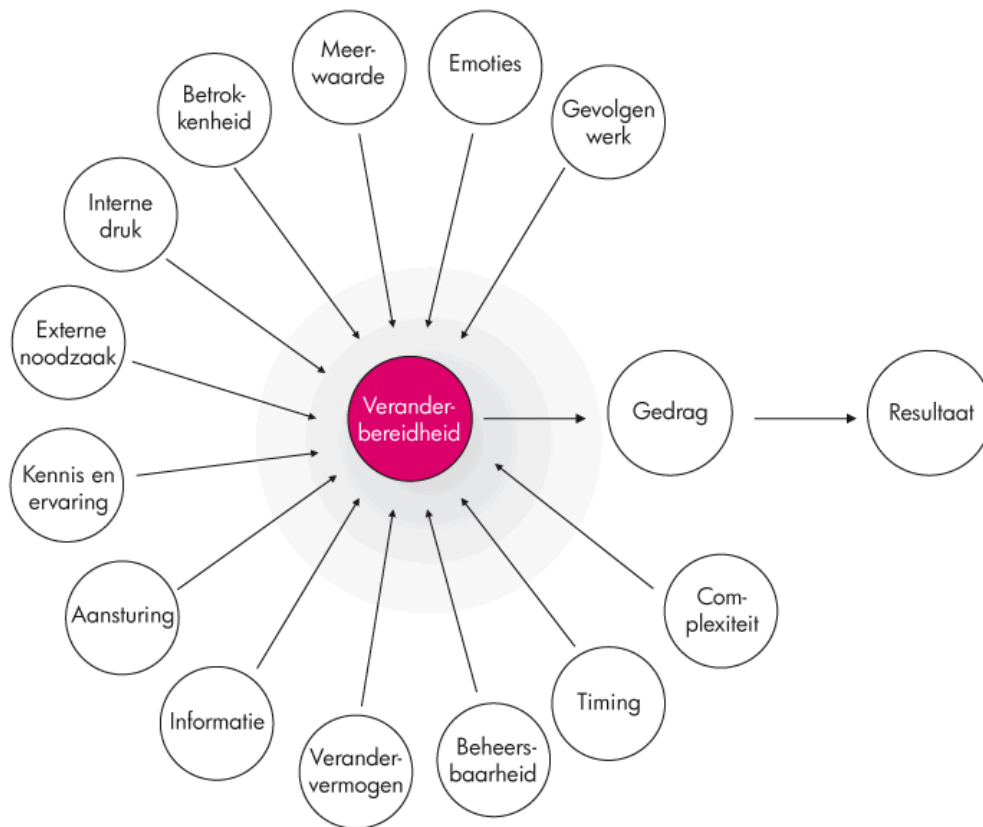
“veranderbereidheid uit zich in de waarneembare bereidheid van mensen om mee te werken aan de aanpassingen die voortvloeien uit de eisen die de dynamiek van de 'omgeving' van een organisatie aan de organisatie stelt.” Op verschillende locaties in de stadsdeelgebieden is actief gebruik gemaakt van de intenties van medewerkers om te participeren in dialoog sessies en experimenten die voortvloeide uit het veranderproces.

In deze situatie ligt er een expliciete verwachting van participerende medewerkers om een positieve bijdrage te leveren aan de verschillende initiatieven. Hiermede ontstaan bv. ambassadeurs van de verandering alsmede eigenaarschap, waarbij er ook resultaten worden gehaald.

“Een positieve gedragsintentie van een medewerker ten aanzien van de invoering van een verandering in de structuur, cultuur of werkwijze van een organisatie of afdeling, resulterend in een inspanning van de kant van de medewerker om het veranderproces actief of passief te ondersteunen.”

Gedurende het proces van veranderen is er steeds gekeken naar de factoren die invloed hebben op het verandervermogen van de organisatie. Hierbij komen aspecten aan de orde als willen, moeten en kunnen.

Dit model is door Dr. T. Wolters verder gebruikt bij een bijeenkomst met verschillende medewerkers uit de drie stadsdeelgebieden om vast te stellen hoe de veranderbereidheid was bij de medewerkers van De Goede Zorg. De conclusie in die fase was dat men bewust was van de noodzaak om te veranderen, waarbij het willen en moeten helder is geanalyseerd. Het kunnen is een ander vraagstuk daar dit deels te maken heeft met de kwaliteit van medewerkers alsmede de tijdsfactor die men gegund is om te komen tot de werkelijke verandering.



Figuur 3: Model voor organisatorische veranderbereidheid. Vanuit (Metselaar et al., 2011,). Het Dynamomodel.

1.16. Verbindend leiderschap

Niet alleen moet de top (Directeur –Bestuurder, Stadsdeelmanagers, MEAD, MP&O) van De Goede Zorg de externe omgeving verbinden met de eigen organisatie, men moet ook zorgen dat (op een gegeven moment) intern ‘alle neuzen dezelfde kant op staan’. Essentieel hierbij is dat op organisatieniveau prioriteiten vastgesteld worden, dus stadsdeelgebied en afdeling overstijgend. Flexibel meebewegen met de omgeving betekent dat processen en systemen zo nodig aangepast worden en dat mensen, middelen en budgetten – over stadsdeelgebieden en afdelingen heen – op een andere manier worden ingezet. En dat op basis van snelle besluitvorming. Verbindend leiderschap betekent onder meer dat de integrale stadsdeelmanagers en externe partijen betrokken worden bij de strategievorming. Slaagkansen nemen hierdoor toe en het maakt het omgaan met strategische paradoxen gemakkelijker.

Met andere woorden, er is dan minder kans op het ontstaan en koesteren van tunnelvisies. Het concept van leidende coalities is bij De Goede Zorg van toepassing. Leidende coalities zijn professionals die vanuit de principes van co-creatie en co-leiderschap samen naar een probleem kijken. Ze laten de oude ‘command and control’-structuur los en gebruiken elkaars kennis en vaardigheden om samen tot nieuwe oplossingen te komen. Verbindend leiderschap moet zorgen voor gezamenlijke waarden, want dan zorg je voor een organisatie die robuust en veerkrachtig is. Het management van De Goede Zorg zal de nieuwe structuur samen en individueel moeten uitdragen. Zij zijn de vaandeldragers van de transitie en vormen de kern van de transformatie.

1.17. Flexibele werkorganisatie: zelforganiserende eenheden

Zoals op verschillende manieren al aangegeven, betekent strategische wendbaarheid het einde van de hiërarchische, bureaucratische en top-down gestuurde organisaties. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden zo laag mogelijk in de organisatie belegd en gedelegeerd naar kleine resultaatgerichte eenheden en zelforganiserende teams (ZOT). Ondernemerschap is aanwezig tot op de werkvloer om snel te kunnen beslissen en te handelen als de situatie daarom vraagt. Dat vraagt om nauwe samenwerking, het vrijelijk delen van informatie, een cultuur van (gecalculeerde) risico's durven nemen en fouten mogen maken en het creëren van een lerende organisatie. Flexibel betekent dat medewerkers en teams mobiel zijn en snel toegewezen kunnen worden aan andere stadsdeelgebieden, afdelingen en taken als de strategische prioriteiten van het bedrijf wijzigen. De organisatie kan gebruik maken van 'flexibele schillen' waardoor kennis en capaciteit a la minuut afgestemd kunnen worden op de vraag uit de markt. Frontoffice en backoffice (georganiseerd in het Service en Expertisecentrum; SEC) werken naadloos samen, ieder vanuit zijn eigen taak en specialisme.

In 2016 zal er nog hard aangetrokken moeten worden om de voorgenomen acties en doelstellingen (zoals vastgelegd in het strategisch plan, OGSM) te gaan realiseren. Maar met de uitgangspunten die de afgelopen 18 maanden centraal zijn gesteld er wel degelijk koers gezet naar een toekomstbestendige organisatie die zelfstandig kan blijven opereren in de zorgmarkt van Apeldoorn.

Tijdens het verandertraject in De Goede Zorg kan tevens worden vastgesteld dat de verbinding tussen de driehoek van het strategische kader (Directeur-bestuurder) de verandermanager als extern deskundige en de wetenschappelijke benadering van Dr. T. Wolters van de Wittenborg University een uniek samenwerkingsverband is geworden waarbij er veel transparantie en waardering is ontstaan voor ieders vakgebied en benaderingswijze. Verandermanagement, Besturing en wetenschap worden op deze wijze meer verenigd en zijn een toegevoegde waarde geweest voor de organisatie.

1.18. Aanbevelingen op de korte termijn (< 12 maanden)

- Zorg voor een stevig fundament van de nieuwe organisatiestructuur (in stadsdeelgebieden)
- Stel het SEC vast inclusief bezuinigingsafspraken op overhead
 - Stel SELA op en maak afspraken met het management over prestaties
- Zorg voor transparantie en een open communicatie en deel dit via diverse mediums (intranet)
- Stel twee coaches aan voor zelforganiserende teams (stel een plan van aanpak op voor coaching van de zelfstandig opererende teams)
- Organiseer in periode 1 van Q1 2016 een medewerkersbijeenkomst:
 - Presenteer de nieuwe stadsdeelmanagers (ieder met een eigen OGSM en plan van aanpak)
 - Presentaties door de tweede aan te stellen bestuurder (transitie, implementatie en borging)

- Helderheid inzake bezuinigingstarget en reduceren van overhead
- Zorg voor een plan van aanpak per stadsdeelgebied aangaande de implementatie van de zelforganiserende teams
- Zoek nadrukkelijk samenwerking met Dr. T. Wolters inzake de verbinding met wetenschappelijk onderzoek in relatie tot de transitie.
- Managementcontracten vormen de basis van prestatieafspraken per stadsdeelgebied
- De Stadsdeelmanagers zijn integraal verantwoordelijk voor:
 - Begroting/ Budget 2016 (exploitatie en productieafspraken)
 - Formatieplaatsenplan
 - Scholing en development-programma (medewerkers van stadsdeelgebieden)
 - Periodieke evaluatiemomenten
 - 360-gradenfeedbackinstrumenten voor de zelforganiserende teams
 - Kwartaalrapportages in samenwerking met het SEC
- Vorm per stadsdeelgebied een cliëntenpanel (in samenspraak met cliëntenraden) om aan kwaliteitstoetsing te doen
- Evalueer per kwartaal de gemaakte afspraken aan de hand van het strategisch plan (OGSM)
- Vier je successen!

“Niets is lastiger om aan te pakken, hachelijker om er de leiding over te nemen, of minder zeker van succes, dan het invoeren van nieuwe dingen, omdat degene die nieuwigheden invoert, hen die het in de oude toestand goed ging tot vijanden en hen die het onder de nieuwe omstandigheden goed zou kunnen gaan, als lauwe verdedigers heeft.”

REFERENTIES

Van Amelsvoort, P., B. Seiver en Kommers, H. (2003). *Zelfsturende Teams. Ontwerpen, Invoeren en Begeleiden*. Eerste druk. Vught: ST-Groep.

Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Van Delft, H. C. P. A. (2011). *Van weerstand naar veranderbereidheid*. Heemstede: Holland Business Publications.

Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren*. Tweede druk. Pearson Benelux BV.

Quinn, R.E. and Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29, pp. 363-377.

Boonstra, J.J. (2000). Geplande verandering voorbij: lerend vernieuwen. *Gedrag & Organisatie*. 13(3), pp. 150-167.

Boonstra, J.J. (2014). *Leiders in cultuurverandering. Hoe leiders in organisaties succesvol hun cultuur veranderen en strategische vernieuwing realiseren*. 3^e gewijzigde druk. Assen: Van Gorcum.

Child, J. (2005). *Organization. Contemporary Principles and Practice*. 1st Edition. Malden (MA): Blackwell Publishing.

Homan, T. (2005). *Organisatiedynamica - Theorie en praktijk van organisatieverandering*. Amsterdam: Academic Services.

Nieuwenhuis, M. (2010). *The art of Management, deel 2 cultuur en mensen*. Tiende herziene druk. Zeist/Oldenzaal: The art.nl.

Swieringa, J en Jansen, J. (2013). *Gedoe op tafel; uitpraten in organisaties*. Schiedam: Scriptum.

Covey, S.R. (1989). *The 7 habits of highly effective people*, New York: Simon en Shuster.

Covey, S.R. (2010). *Zeven eigenschappen van effectief leiderschap*. Amsterdam: Business contact.

Kotter, J.P. (2006). *Onze ijsberg smelt; succesvol veranderen in moeilijke omstandigheden*. Amsterdam: Business contact.

Kotter, J.P. (1996). Leading Change: Why transformation efforts fail! In: *Harvard Business Review*, Jan. 2007.

Kotter, J.P. (2011). 'Leading Change: Why Transformation Efforts Fail', *HBR* 1994.

Kleijn, H. Rorink, F. (2010). *Verandermanagement, een integrale aanpak*, Amsterdam: Pearson Education, pp. 99-101.

Vermaat, M., Sebok, S., Freund, S., Campbell, J. and Frydenberg, M. (2014). *Discovering computers*. Boston: Cengage Learning, pp.446-448.

DEEL 2 ONDERZOEK NAAR HET VERANDERVERMOGEN VAN DE GOEDE ZORG

Door Teun Wolters (LECTOR DUURZAAM ONDERNEMEN BIJ WITTENBORG UNIVERSITY)

KORTE SAMENVATTING

- Er is bij De Goede Zorg een zekere onderstroom van scepsis die, naar het zich laat aanzien, te overwinnen valt met een duidelijke koers, onverminderd gesteund door het management van hoog tot laag.
- Hierbij is het belangrijk dat naast de dingen die erbij komen, er ook verlichting komt (minder bureaucratische rompslomp/administratieve lasten). Omvorming van de kwaliteitszorg naar kortcyclische, cliëntgerichte kwaliteitszorg heeft daarbij een hoge prioriteit.
- Ontwikkeling van een professioneel (aan de nieuwe benadering aangepast) informatie- en communicatiebeleid is een belangrijke prioriteit.
- Keuze voor een gefaseerde invoering van zelforganiserende teams is belangrijk. Daaraan dient de ontwikkeling van integraal management (delegerend en coachend ten opzichte van de teams) en de ondersteunende dienstverlening parallel te verlopen.
- Ontwikkeling van nieuwe diensten en innovaties dienen voortvarend te worden aangepakt. Hierbij is het van belang externe expertise in te huren.

2.1. Inleiding

In de loop van 2014 heeft Wittenborg University of Applied Sciences te Apeldoorn (een internationale hbo-school voor bedrijfskunde en ondernemerschap) een eerste onderzoek uitgevoerd bij zorgorganisatie De Goede Zorg te Apeldoorn.

2.1.1. Het strategisch beleidsplan

Uitgangspunt was (en is) het Strategisch Beleidsplan 2013-2017 van zorgorganisatie De Goede Zorg. Anno 2013 stond De Goede Zorg er volgens dit plan goed voor. De organisatie heeft drie woonzorgcentra. Daarnaast is de thuiszorg van de organisatie gedurende het laatste jaar sterk ontwikkeld. De zorgorganisatie staat volgens het beleidsplan bekend als een lokaal verankerde organisatie met een hoge mate van tevredenheid onder medewerkers en vrijwilligers. Ook de (toenmalige) financiële situatie wordt als gezond aangegeven.

Als de organisatie er zo goed bij staat, waarom is het dan nodig om zich te richten op organisatieverandering? Het antwoord volgens het beleidsplan is gelegen in de te verwachten veranderingen. Uit de in het strategisch beleidsplan opgenomen omgevingsanalyse blijkt dat op grond van demografische factoren de zorgbehoefte in de komende jaren sterk zal toenemen. Vanaf 2015 groeit vooral de groep van 75- tot 85-jarigen. Ook de groep 85-plussers is dan aanzienlijk groter dan in 2013.

Dit alles leidt echter niet tot een navenante groei van de zorgverlening. Onverminderde voortzetting van de huidige zorgverlening, zoals dat in Nederland vorm heeft gekregen, zou leiden tot een explosie in de nationale zorgkosten. Hierdoor zou de zorg een onverantwoord deel van het nationale inkomen opslokken, is de officiële redenering, die De Goede Zorg overneemt. Er zijn plannen op nationaal niveau om efficiënter te werken en kieskeuriger te zijn met het toekennen van door de verzekering of publieke middelen gedekte dienstverlening. Dat is echter niet alles; er is sprake van een structurele verandering die ertoe moet leiden dat de gefinancierde zorg flink naar beneden wordt omgebogen. Filosofisch wordt deze ontwikkeling ondersteund door het concept van de (activerende) participatiemaatschappij.

Voor De Goede Zorg is, bedrijfsmatig gezien, vooral van belang dat door de structurele verandering op landelijk niveau zorgorganisaties pas laat en met relatief beperkte middelen worden ingeschakeld. Dit wordt onder meer duidelijk in ontwikkelingen binnen de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en wat verwacht wordt van de inzet van eigen (private) middelen.

Uit een concurrentieanalyse op sectorniveau worden in het strategisch beleidsplan een aantal conclusies getrokken:

- Het is belangrijk rekening te houden met concurrentie door andere aanbieders van thuiszorg en woon(zorg)centra voor ouderen. Ook de opmars van organisaties met kleinschalige teams met ondernemende werknemers is relevant.

- Ook mogelijk nieuwe toetreders, zoals particuliere initiatiefnemers, huisvesters, beleggers en investeerders die nieuwbouw voor senioren realiseren, zijn belangrijke partijen om te volgen.
- De gemeente, het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en afzonderlijke cliënten (met hun familie) zijn als inkopende entiteiten voor De Goede Zorg in toenemende mate van essentieel belang. Alleen door toelating, gunning en/of private contractering kan De Goede Zorg zijn diensten via collectieve middelen bekostigd te krijgen. Daarnaast is te merken dat cliënten en hun familie steeds hogere eisen stellen.
- Het is te verwachten dat ook in de eigen regio/gemeente alternatieve organisatievormen vanuit de eigen kracht van burgers een mogelijk substituut voor (delen van) het aanbod van De Goede Zorg vormen. Denk hierbij aan coöperaties, sociëteiten en buurtinitiatieven.
- De invloed van enkele woningcorporaties rond de huur en herontwikkeling van het bezit is groot. De afhankelijkheid van De Goede Zorg van deze partijen wordt als te groot gezien.

Volgens het strategisch beleidsplan van De Goede Zorg zijn de volgende veranderingen te verwachten:

- Vanuit 2013 is een proces ingezet van het scheiden van wonen en zorg, waarbij appartementen verhuurd gaan worden aan natuurlijke personen. Hierbij is vernieuwing van verouderde gebouwen van belang.
- Cliënten die vallen onder de zorgzwaartepakken 1 tot en met 3 komen niet meer in aanmerking voor intramurale zorg; zorgzwaartepakket 4 wordt opnieuw gedefinieerd. Voor De Goede Zorg zou dit betekenen dat in de komende jaren in de bestaande woonzorgcentra de helft van de capaciteit zal verdwijnen.
- De thuiszorg doet zijn intrede in de bestaande woonzorgcentra. Dit verandert het 'verdienmodel': aangezien de overhead niet via de thuiszorg wordt vergoed, vormt de bekostiging daarvan een speciaal vraagstuk. Functies die onder de overhead vallen worden fundamenteel beoordeeld op al dan niet continuering ervan. Deze ontwikkeling heeft ook gevolgen voor de capaciteit van het centrale kantoor.
- Speciale aandacht krijgt de toewijzing van capaciteit om binnen de bestaande woonzorgcentra de zorg- en dienstverlening te leveren aan de cliënten die op basis van de scheiding van wonen en zorg een appartement huren.
- Binnen de thuiszorg zal de beperking van de WLG grote gevolgen hebben. Een deel van het domein van de huidige WLG wordt overgeheveld naar de WMO. Dit proces zal gepaard gaan met grote bezuinigingen, zowel in volume als tarief. Ook de persoonlijk verzorging gaat onder de WMO vallen inclusief bezuinigingen. Dit betekent reorganisatie van de huishoudelijke hulp extramuraal, welke gepaard gaat met minder arbeidsplaatsen en heroverweging van inschaling van medewerkers. Uitbreiding van de thuiszorg om tegenwicht te bieden tegen lagere tarieven (schaalvoordelen, meer efficiency) is een essentiële beleidskeuze.
- Verbreding van het aantal doelgroepen – die al gaande is – wordt voortgezet (denk aan mensen met een verstandelijke beperking en ggz-vraagstukken). Deze

ontwikkeling heeft gevolgen voor de programmering van scholing en deskundigheidsbevordering.

Het zal niet verbazen dat de in het voorgaande geschetste ontwikkelingen consequenties hebben voor het personeel. Er zullen banen verdwijnen, vooral door minder intramurale zorg en minder bekostiging van de overhead. Meer thuiszorg (als dat redelijk te financieren valt) en doelgroepverbreding vragen om andersoortige deskundigheden.

2.1.2. De verandermanager

De Goede Zorg heeft om het veranderproces in gang te zetten een verandermanager (in de persoon van Erik Schensema) op tijdelijke basis aangetrokken. Door middel van diverse bijeenkomsten en gesprekken met individuele medewerkers is de organisatie betrokken in een intensief proces van toeleven en toewerken naar de nieuwe situatie waarbij decentraal werken in teamverband, integraal management, coachend management en meer ondernemend handelen belangrijke kenmerken zijn.

2.1.3. Onderzoek door Wittenborg University

Wittenborg University of Applied Sciences (de continentale aanduiding van een hbo-instelling) speelt een rol in het veranderproces met het doen van beleidsondersteunend onderzoek in de organisatie. Het doel daarvan is een geobjectiveerd beeld te geven van wat de situatie is bij De Goede Zorg: de gevolgen van de voorgenomen veranderingen en de mate waarin gerekend kan worden op de medewerking van het personeel bij de totstandkoming van de veranderingen. Daarbij wordt het mogelijk een objectiever beeld te geven van de risico's die het veranderproces met zich meebrengt, in aanmerking nemend de motivatie en houding van de verschillende geledingen in de organisatie. Dit type onderzoek geeft niet *per se* een totaalbeeld maar zoomt in op bepaalde door de organisatie gewenste gebieden.

In 2014 is een eerste onderzoek uitgevoerd. De resultaten zijn vastgelegd in een *working paper* (Wolters, 2014). Hierin figureert De Goede Zorg onder de schuilnaam Spes Bona. Dat onderzoek was verdeeld in drie deelonderzoeken: 1. onderzoek naar helderheid en urgentie van de visie, 2. onderzoek naar de afstand tussen de gewenste en feitelijke organisatie, 3. de gewenste organisatie in termen van HR competenties en de feitelijke situatie.

Dit eerste onderzoek is sterk gebaseerd op een aantal theoretische concepten uit de literatuur. Hierbij is de veronderstelling dat De Goede Zorg, ondanks eigen kenmerken, redelijk goed vergelijkbaar is met andere organisaties, vooral wat betreft ontwikkelingen die gaan in de richting van meer gerichtheid op de (zich snel aan verandering onderhevig zijnde) omgeving. Dit alles vraagt om meer aanpassingsvermogen en flexibiliteit. Je hebt daarom niet alleen een strategie nodig die dit alles in aanmerking neemt maar ook een organisatie die in staat is die strategie uit te voeren.

De theoretische concepten die in het eerste onderzoek zijn toegepast hebben inderdaad een verhelderende functie gehad, vooral ook omdat secties van het personeel die bij het onderzoek zijn betrokken, de voorstellingen van zaken uit de literatuur goed konden

plaatsen en op grond daarvan hun eigen situatie konden duiden. In het vervolgonderzoek, dat nu gaande is, wordt aanvullend gebruik gemaakt van andere theoretische concepten, met name afkomstig uit de literatuur over verandermanagement, beleving van tijd en een model over de gefaseerde invoering van teams.

Niettemin is het ook van belang heel organisatie-specifiek te kijken zonder theoretische proposities die het oordeel vooraf structureren. Deze meer inductieve invalshoek is van belang omdat verandermanagement-achtige benaderingen wel oog hebben voor de kloof die bestaat tussen het oude model en het nieuwe (na te streven) model maar, behalve wellicht in algemene termen, niet of nauwelijks wijzen op waar heel concreet de cruciale verandepijn ligt, terwijl de organisatie zelf moeite kan hebben die te zien of te verwoorden. Deze punten komen later terug.

In het eerste onderzoek is onder andere het begrip 'DNA van de organisatie' (zie Wolters, 2014, p. 20-25), toegepast. Bij wijze van aanloop voor het vervolgonderzoek, wordt hier in het kort op teruggekomen. Het begrip 'DNA van de organisatie' is in de literatuur naar boven gekomen naar aanleiding van discussies over het verschijnsel dat het hebben van een interessant businessmodel een bedrijf niet uit het slop kan trekken. Het komt vooral op daadkracht aan. Ook al begrijpt iedereen de visie, de organisatie moet in staat zijn daar vorm aan te geven. Het komt, met andere woorden, op de uitvoering (realisatie) aan.

2.1.4. DNA-profielen

In het kader van de theorie over organisatorische DNA worden er verschillende DNA-profielen onderscheiden. Een aantal van deze profielen hebben nogal wat negatieve elementen die ten koste gaan van een goed functioneren van een organisatie.

De meest gunstige organisatie is de Veerkrachtige Organisatie; deze is flexibel genoeg om zich snel aan te passen aan veranderingen in de externe markt zonder dat daardoor de strategie heel anders wordt. Deze organisatie weet goed vooruit te kijken en veranderingen op een proactieve manier het hoofd te bieden. Het trekt gemotiveerde medewerkers aan die graag in teams werken. De organisatie biedt hen niet alleen een stimulerende werkomgeving maar ook de middelen en autoriteit om lastige problemen op te lossen.

Vervolgens is er de Redzame Organisatie. Deze organisatie anticipeert niet altijd tijdig op aankomende veranderingen, maar gaat wel om als het echt moet. Het slaagt er in goede mensen vast te houden en financieel er goed uit te springen, al is er geen sprong van het redelijk goede naar excellentie. Deze organisatie mist soms goede kansen en moet zich dikwijls tevredenstellen met matige successen. Ondanks deze frustraties kan zij toch velen een stimulerende en uitdagende werkomgeving bieden.

The Passief-Agressieve Organisatie. De organisatie lijkt zonder conflicten te opereren. Het bereiken van overeenstemming over veranderingen lijkt geen probleem te zijn, maar het uitvoeren van de veranderingen blijkt erg moeilijk te zijn. Er is onderhuidse weerstand onder het personeel die in staat is de beoogde veranderingen tegen te houden. Het ontbreekt aan gezag, informatie en motivatie om de veranderingen in gang te zetten. Werknemers zijn dan

geneigd de besluiten van bovenaf naast zich neer te leggen onder het motto “ook dit waait wel over”. De organisatie is dus behoorlijk apathisch.

Uit het eerdere onderzoek kwam naar voren dat naar de mening van managers en stafleden De Goede Zorg zowel kenmerken vertoont van de Redzame Organisatie als de Passief-Agressieve Organisatie. Hieruit kwam de probleemstelling voor het vervolgonderzoek naar voren: wat kan de organisatie doen om de veranderingsbereidheid van de organisatie en het personeel te vergroten?

De acties van de verandermanager zijn erop gericht om de diverse geledingen van de organisatie bewust te maken van wat er nodig is om een veerkrachtige organisatie te worden. In het vervolg van dit document zal worden aangegeven hoe De Goede Zorg, naar de geaccepteerde voorstellen van de verandermanager, de veerkrachtige organisatie *in concreto* ziet. In het jaar 2015 worden er al concrete stappen gezet naar het realiseren van die organisatie, onder meer door het inzetten van speciale (tijdelijke) coaches die gaan helpen zelforganiserende teams te realiseren.

2.1.5. Vervolgonderzoek

Het vervolgonderzoek richt zich op de veranderingsbereidheid van de organisatie om ervoor te zorgen dat de hele veranderoperatie zal gaan slagen. In het eerste onderzoek is de kloof tussen de ideale veerkrachtige en wat de huidige organisatie vertegenwoordigt aangegeven. In termen van HRM is in dit eerste onderzoek verder verduidelijkt dat er vooral onzekerheid bestaat over de vraag of de organisatie voldoende innovatief is ingesteld om met de tijd mee te gaan. Ook het gevraagde ondernemend handelen levert een flink vraagteken op. Niettemin zal deze constatering waarschijnlijk nieuwe interventies uitlokken in termen van training, begeleiding en aanmoediging. De kwaliteitszorg zal op dit gebied ook belangrijke impulsen moeten gaan geven. Hoe dat zou moeten of kunnen, komt verderop aan de orde.

Als onderdeel van het vervolgonderzoek is de kloof tussen de ideale veerkrachtige organisatie en de huidige organisatie nader onder de loep genomen op basis van de theorie van de bestaansvoorwaarden. Daarna wordt ingegaan op de DINAMO-theorie om nader inzicht te krijgen in de veranderbereidheid van de organisatie. Voordat vervolgens aandacht wordt besteed aan de invoering van zelforganiserende teams, wordt stilgestaan bij het fenomeen van gewenste en ongewenste routines en wat die kunnen betekenen voor de nieuwe, gewenste organisatie. We komen hierbij uit bij een soort ‘less is more’-benadering met een eigen toepassing op De Goede Zorg. Het optuigen van de nieuwe organisatie met nieuwe competenties moet niet gaan dienen om onnodige lasten uit het verleden te blijven dragen want dan komt de veerkrachtige organisatie niet of onvoldoende uit de verf. Ook deze problematiek komt later in dit document aan de orde.

2.2. Kloofanalyse op basis van het model van de bestaansvoorwaarden

2.2.1. Bestaansvoorwaarden

Er is van alles gaande in een organisatie die wil ingaan op nieuwe ontwikkelingen, maar niet onmiddellijk weet wat daarbij komt kijken. Theorieën over organisaties en verandering (als het even kan berustend op empirisch onderzoek: evidence-based) – vaak gepresenteerd in de vorm van kwalitatieve modellen - kunnen helpen een juist zicht te krijgen op wat essentieel is en wat niet.

Het model van de bestaansvoorwaarden (Lubberding et al., 2013) is een dergelijk model; het biedt een brede kijk op organisatieverandering, die bovendien goed aansluit op de koers die De Goede Zorg heeft uitgezet.

Het model van de bestaansvoorwaarden ziet een organisatie als een open systeem; dat betekent dat de organisatie in wisselwerking staat met haar omgeving, zoals klantengroepen, concurrenten, overheden, vakorganisaties.

Het model van de bestaansvoorwaarden gaat ervan uit dat een organisatie alleen kan voortbestaan als ze erin slaagt de verschillende bestaansvoorwaarden (wat die zijn komt zodra aan de orde) op elkaar af te stemmen in relatie met de omgeving.

Er worden in het model drie bestaansvoorwaarden aangegeven: 1. Het bestaansrecht, 2. De inrichting en 3. De leefbaarheid. Deze drie bestaansvoorwaarden worden hieronder kort beschreven.

Ad 1. Het bestaansrecht

Voor wat de organisatie produceert en levert willen anderen (buiten de organisatie) de middelen ter beschikking stellen. Normaliter voeden de klanten de organisatie, zorgen voor haar bestaansrecht. Echter, ook subsidiegevers behoren tot degenen die het bestaansrecht verzekeren. Je kunt het ook breder zien. Er zijn diverse externe stakeholders waarvan de organisatie afhankelijk is. Deze moeten bereid zijn diensten van de organisatie af te nemen of op andere wijze bereid zijn samen te werken. In dit kader wordt gekeken naar de strategie van de organisatie (de missie en de visie op de koers van de organisatie). Zoals eerder aangegeven, heeft De Goede Zorg een strategisch plan waarin een herziene richting wordt aangegeven in verband met verandering in de externe omgeving. Het hele verandertraject is erop gericht de nieuwe strategie in praktijk te brengen.

Ad 2. De inrichting

De inrichting betreft de interne organisatie op basis waarvan de producten of diensten van een organisatie worden geproduceerd en geleverd. De interne organisatie bepaalt hoe medewerkers en de middelen (gebouwen, apparaten, materialen, procedures) op elkaar zijn afgestemd en tot goede producten en/of diensten leiden. Je kunt ook zeggen dat er zowel materiële middelen als niet-materiële middelen zijn (zoals kennis, procedures, professionaliteit) die de organisatie kenmerken.

De inrichting bepaalt ook hoe de arbeid is georganiseerd, ofwel hoe de medewerkers samenwerken. Je kunt kortheidshalve stellen dat de inrichting een kwestie is structuur en cultuur ($I = S + C$). Een belangrijk aspect van de inrichting is dat deze het gedrag van de medewerkers vormgeeft door middel van hiërarchie, functiebeschrijvingen, procedures, voorschriften en systemen. Het is de bedoeling dat de inrichting zodanig is dat deze het bestaansrecht ondersteunt en daardoor een essentiële bijdrage levert aan het voortbestaan van de organisatie.

De veranderingen bij De Goede Zorg hebben ook betrekking op de inrichting. De strategieverandering kan alleen gerealiseerd worden als de interne organisatie daarop gaat aansluiten. Denk bijvoorbeeld aan meer nadruk teamwork en vraaggericht opereren.

Ad 3. De leefbaarheid

Een organisatie dient te zorgen voor een leefbaar klimaat waarin medewerkers graag vertoeven om te werken en daardoor hun kennis en kunde kunnen inzetten voor het bestaansrecht van de organisatie. Je kunt de leefbaarheid zien als een balans tussen de voordelen en nadelen die deelnemen in de organisatie met zich mee brengt (Leefbaarheid = lusten – lasten). De voordelen (baten) betreffen de mate waarin de inrichting van de organisatie ertoe leidt dat de medewerkers zich kunnen vereenzelvigen met de doelstellingen van de organisatie.

De leefbaarheid heeft betrekking op iedereen die bij de organisatie betrokken is, al gaat de aandacht vooral uit naar de grootste groep, de werknemers. De arbeidsmarkt eist bepaalde zaken van de organisatie als men medewerkers wil aantrekken. Om sterk gemotiveerde medewerkers te hebben, is er meer nodig dan het minimum dat de arbeidsmarkt vraagt. Om het werk interessant te laten zijn, is het onder meer nodig dat het werk niet geestdodend is en de manier van leidinggeven mensen aanspreekt.

De veranderingen bij De Goede Zorg hebben ook betrekking op de leefbaarheid. De manier waarop het werkprocessen worden gestructureerd betekenen andere vormen van leidinggeven (men spreekt van coachend leiding geven) terwijl werken in teams taken en verantwoordelijkheden verruimen.

Samenhang tussen de bestaansvoorwaarden als managementvraagstuk

Uit het voorgaande kwam al naar voren dat er een samenhang bestaat tussen de drie bestaansvoorwaarden: het bestaansrecht, de inrichting en de leefbaarheid. De relaties tussen de drie bestaansvoorwaarden leveren in de praktijk allerlei vormen van frictie op. Het is de taak van het management ervoor te zorgen dat fricties zoveel mogelijk worden voorkomen en als ze optreden, deze adequaat worden aangepakt.

2.2.2. Bij veranderingen kunnen er drie managementvraagstukken worden aangegeven. Ten eerste is er de mogelijke frictie tussen het bestaansrecht en de inrichting. Verandert het bestaansrecht, dan dient ook de inrichting te veranderen. Maar dat laatste gaat niet vanzelf.

Er kan verzet tegen optreden. Hoe kan de leiding ervoor zorgen dat de weerstanden tegen verandering overwonnen worden?

Ten tweede is de mogelijke frictie tussen bestaansrecht en leefbaarheid. Veranderingen in het bestaansrecht (blijkens een nieuwe strategie) kunnen het management aanzetten tot maatregelen die de leefbaarheid flink op de proef stellen (pressie, sancties, eisen). Het is dan zeer wel mogelijk dat het vertrouwen dat eerder was opgebouwd dreigt te verdwijnen. Het is de taak van het management om zowel de eisen van de externe omgeving te honoreren als het personeel te motiveren met de beweging mee te gaan en veranderingen te accepteren. Ook de status van de verschillende geledingen in de aangepaste organisatie verdient speciale aandacht.

Ten derde is er de mogelijke frictie tussen inrichting en leefbaarheid. De vraag is hier hoe veranderingen die de leiding noodzakelijk acht doorwerken in de leefbaarheid. Van de inrichting gaat een zekere dwingende, onderschikkende werking uit. Tot op zekere hoogte zullen medewerkers dat accepteren, maar tegelijkertijd hechten zij veel waarde aan respect en een zekere vrijheid van optreden.

De samenhang (fit) tussen de drie bestaansvoorwaarden en hun afstemming op de omgeving kan gedurende een bepaalde tijd vrij stabiel zijn. Echter, veranderingen in de omgeving (markt, samenleving, overheid) kunnen zich aandienen; dan kan de organisatie vrij plotseling in een stroomversnelling terecht komen. Meestal begint dat bij het zeker stellen van het bestaansrecht door verandering in de strategie en dan dienen de andere bestaansvoorwaarden, de inrichting en de leefbaarheid te volgen. Dat kan een spanning proces zijn, te late strategisch aanpassing, maar ook daarop volgende aanpassing van de inrichting en de leefbaarheid kunnen een organisatie fataal worden. Ieder management wil dat in principe voorkomen.

2.2.3. Herkenbare ontwikkelingen

Ondanks dat iedere bedrijfstak en ieder bedrijf eigen ontwikkelingen kan doormaken, worden dikwijls brede ontwikkelingen aangegeven die in principe voor de gehele economie gelden. Lubberding et al. (2013) geven die ontwikkeling aan door twee uitersten (Model A en Model B) te karakteriseren.

Model A vertegenwoordigt de 'oude' situatie (zonder dat die al in zijn geheel is verdwenen). Deze wordt gekenmerkt door een sterk voorspelbare markt (productie en verkoop); het product of de dienst is in sterke mate standaard; bij de productie gaat het vooral om efficiënt werken. Wat betreft de 'leefbaarheid', ziet men volgende arbeid, men doet wat de leiding en de planners opdragen.

Model B vertegenwoordigt de 'nieuwe' situatie (zonder dat die al over volop aanwezig is). De markt is een stuk onzekerder geworden. Er is meer concurrentie. De klant is kritischer geworden (wil waar voor zijn geld). De inrichting is niet alleen gericht op efficiëntie, maar ook op slagvaardigheid (flexibiliteit) en kwaliteit. De medewerkers zijn meer gericht op communicatie met de klant en het geven van een goede service (daarin kun je je vaak nog onderscheiden). De medewerkers zijn noodgedwongen meer zelfstandig en breed inzetbaar.

Het management is er om de medewerkers (vaak hoogopgeleid) te faciliteren, niet te dirigeren.

De afstand tussen wat is (X) en wat gewenst wordt (O) is de veranderingskloof. In de desbetreffende tabel (zie later Tabel 1.1) zijn er tien posities aangegeven tussen Model A en Model B. De positie van de X geeft meestal aan dat de huidige situatie al enigszins verwijderd is van Model A (de pure oude situatie). De gewenste situatie (O) ligt echter rechts van de X, dus (veel) dichterbij Model B (de nieuwe situatie). Dat de O (gewenste situatie) niet geheel samenvalt met Model B betekent dat er sprake is van een zekere relativisering van het gewenste situatie. Niettemin, door invulling van de huidige posities en gewenste posities wordt deze kloof duidelijk. Van belang is ook te zien dat de kloof niet op alle elementen even groot is.

Veel organisaties bevinden zich ergens tussen de uitersten in. Vaak door druk der omstandigheden worden organisaties echter gedwongen duidelijke stappen te zetten in de richting van Model B. Je kunt per element van de drie bestaansvoorwaarden aangeven waar de organisatie staat en waar men heen wil. Dat is ook mogelijk voor zorgorganisaties. Een uitwerking voor zorginstelling ZorgOrg maakt dit duidelijk.

2.2.4. Voorbeeld uit de zorg

In het navolgende wordt aandacht gegeven aan een voorbeeld van toepassing van het de bestaansvoorwaarden in de spanning tussen Model A en Model B. De afstand tussen wat is (X) en wat gewenst wordt (O), is de veranderingskloof. Door invulling van de huidige posities en gewenste posities wordt deze kloof duidelijk. Van belang is ook te zien dat de kloof niet op alle elementen even groot is.

Hieronder volgt een voorbeeld van uit de zorg. Het betreft een case als extra materiaal bij Lubberding en Lievens (2009). Bedacht dient hierbij te worden dat deze analyse gemaakt is nog voordat de omslag op basis van nieuwe wetgeving (grote rol van gemeenten, bezuinigingen, sterkere vraagsturing) actueel was (hoewel er al discussies en plannen in die richting waren). De case is van voor 2009.

Het management van de caseorganisatie (hier te noemen bij de schuilnaam ZorgOrg) raakt er na een externe analyse (die hier buiten beschouwing blijft) van overtuigd dat de omgeving veel minder voorspelbaar en zeker is dan voorheen. Men zal de markt moeten delen met anderen. De omgeving wordt dynamischer. Het was voor ZorgOrg dus vooral de toenemende concurrentie van andere zorgaanbieders die voor de heroriëntatie zorgde.

Men concludeerde: we moeten strategischer worden, gaan ondernemen. Daartoe hoort: zelf ook de particuliere markt op gaan. Men zal de thuiszorg zo dienen te organiseren dat men de concurrentie met de oude en vooral ook nieuwe aanbieders aankan. Kan ZorgOrg dat? Als je strategischer, ondernemender, marktgerichter wilt gaan werken, hoe moet je organisatie er dan uitzien? Welke 'fit' wordt dan gewenst?

De nieuwe fit

Het managementteam besluit Tabel 1.1 te gebruiken voor het ontwikkelen van een nieuwe 'fit' en tegelijkertijd om zichtbaar te maken welk verschil moet worden overbrugd. Het gaat

in deze casus natuurlijk om een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. In Tabel 1.1 zijn de categorieën weergegeven die ZorgOrg heeft gehanteerd om de drie bestaansvoorwaarden te vatten. De scores op de schaal van tien posities zijn niet weergegeven (in de tekst worden enkele scores genoemd). In de meeste gevallen was er een duidelijke kloof waarneembaar. De vraag is hoe die vandaag zouden zijn. Daarover dient iedere zorgorganisatie 'vers van de lever' te gaan nadenken.

Het bestaansrecht

Het bestaansrecht zal minder vanzelfsprekend worden. Er zijn immers kapers op de kust die een deel van de markt kunnen afpakken. De doelstelling van de organisatie wordt op de klant gericht en de vernieuwingen, bijvoorbeeld het aanbieden van nieuwe zorgarrangementen, gebaseerd op de wensen van de klant.

Er dient sprake te zijn van een voortdurende interactie met de klant en het maken van strategische keuzen (wat doen we wel en wat doen we niet). Al deze aspecten van het bestaansrecht wijken sterk af van de huidige gang van zaken bij ZorgOrg. De tabel typeert per aspect de oude en de nieuwe 'fit' door een trefwoord.

De inrichting

Met het bestaansrecht verandert tegelijkertijd de inzet van middelen en mensen. Zo zal het nieuwe bestaansrecht vragen om een verandering in de protocollen.

Uiteraard dienen de protocollen te worden nageleefd. Het is belangrijk dat mevrouw Y op het juiste moment de juiste medicijnen krijgt toegediend. Maar daarnaast moeten de protocollen en procedures veel meer op de klant worden afgestemd. Dat kan door uit te leggen waarom iets op een bepaalde manier gebeurt of door procedures op elkaar af te stemmen en soepel toe te passen. In de uitoefening van de functies zullen medewerkers veel meer dan nu van elkaar moeten weten waarmee ze bezig zijn, anders is een goede afstemming in het belang van de klant niet goed mogelijk.

Bovendien zullen de wensen die medewerkers van ZorgOrg horen in de organisatie gebundeld moeten worden, zodat ze kunnen worden vertaald naar verbeterde dienstverlening. Het ondernemen begint als het ware op de werkvloer. Van de rolcultuur dient men over te schakelen naar een klantgerichte cultuur.

De kwaliteit van de zorg dient natuurlijk gewaarborgd te worden en kan niet zonder controle. Met betrekking tot de kwaliteitscontrole zal er niet zo veel veranderen, zeker niet op die zaken die de gezondheid betreffen.

In de nieuwe 'fit' zal het overleg onderling en in het team belangrijker worden dan de aanwijzingen vanuit de hiërarchie. Het management plaatst het cijfer voor dit aspect op de nieuwe 'fit' op 9. Daarmee zegt het management dat het team min of meer zelfsturend zal moeten gaan functioneren. Dat impliceert waarschijnlijk dat de machtsbasis voor het management vooral komt te liggen op de persoon van de leider (op verschillende niveaus in

de organisatie), zijn deskundigheid en de informatie waarover hij uit hoofde van zijn functie beschikt.

De leefbaarheid

Met betrekking tot het *leefbaarheidsaspect*, wil het managementteam naar een vorm van prestatiebeloning. Momenteel doorloopt een medewerker automatisch de salarisschaal tot het maximum dat hoort bij de functie die hij uitoefent. Van een prestatiebeloning is nu geen sprake. Het management wil een vorm van teambeloning al weet men nog niet precies hoe. Men is zich er wel van bewust dat een individueel prestatiebeloningssysteem op gespannen voet staat met de beoogde zelfsturende teams. De nieuwe 'fit' krijgt wat dit aspect betreft voorlopig op een 9.

Tabel 1.1. De bestaansvoorwaarden tussen twee uitersten

Bestaansvoorwaarden zorginstelling ZorgOrg tussen uitersten in relatie tot de omgeving											
Model A Productgerichte organisatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Model B Marktgerichte organisatie
Bestaansrecht											Bestaansrecht
Zeker bestaansrecht in een voorspelbare markt											Onzeker bestaansrecht in markt die gedeeld wordt met anderen
Organisatiedoelstellingen liggen vast (wensen belanghebbenden)											Klantgerichtheid
Innovatie aanbodgericht											Innovatie klantgericht Nieuwe Zorgarrangementen
Nauwelijks ondernemen, opvolgen wetten en regelgeving											Interactie met klanten
(Strategisch) plannen (Wat krijgen we aan geld en hoe verdelen we dat?)											Strategisch handelen (Wat doen we wel, wat niet?)
Inrichting (efficiency)											Inrichting (effectiviteit)
Protocollen en procedures											Protocollen en procedures, maar klantgerichte attitude
Rollencultuur											Klantgerichte cultuur
Gespecialiseerde functies											Teams die informatie doorspelen naar boven
Kwaliteitscontrole, opgelegd van bovenaf											Kwaliteit voor sommige aspecten onderdeel functie
Hiërarchie											Teams

Positionele macht																				Persoon van de leider/deskundigheids-/informatiemacht
Leefbaarheid (volgers)																			Leefbaarheid (intrapreneurs)	
Individuele prestatiebeloning	nvt																			Teambeloning
Prestatie-eisen: normen en voldoen aan hiërarchie																				Prestatie-eisen ontleend aan de markt
Directieve beoordeling	nvt																			
Functioneringsgesprekken																				Functioneringsgesprekken, coaching, 360 graden feedback
Medewerkers zijn variabele kosten																				Bijscholing en competentieontwikkeling Individueel en groepsgericht
Inspraak beperkt																				Brede participatie/mede-eigendom
Informatie beperkt verspreid																				Informatie breed verspreid
Beperkte samenwerking																				Multidisciplinaire samenwerking door gehele organisatie heen
Omgeving (stabiel)																			Omgeving (turbulent)	
Weinig concurrentie																				Redelijk veel concurrentie
Weinig technologische vernieuwing																				Technologische vernieuwing in ontwikkeling
Weinig toetreders																				Veel toetreders
Geen overcapaciteit	nvt																			Veel overcapaciteit
Gedrag consumenten voorspelbaar																				Gedrag consumenten redelijk voorspelbaar
Veel externe belanghebbenden (politiek, milieu, bonden, enz.)																				Veel externe belangstellenden
	Huidige situatie of 'fit'									Gewenste situatie of 'fit'										

In de oude situatie voldeden medewerkers aan de normen die de procedures en protocollen voorschreven en aan de eisen die hun baas stelde aan hun functioneren (en dit is nog vaak de actuele situatie). In de nieuwe 'fit' wordt er van medewerkers verwacht dat zij bijdragen aan het beter functioneren van de organisatie in de markt en dus ook voorstellen doen ter verbetering. In de oude situatie werden personeelsleden niet formeel beoordeeld. Er werden functioneringsgesprekken gehouden maar dat was meer een ritueel tussen chef en medewerker dan dat er met de resultaten daarvan iets werd gedaan.

Wat wel in dit kader ter sprake kwam, is het opleidingsbeleid. Het functioneren zal nu ook met meer partijen moeten plaatsvinden, namelijk alle partijen die iets kunnen zeggen over het functioneren van de medewerker. De gezamenlijke resultaten ervan zullen nu ook gericht gebruikt moeten worden voor het (verbeteren van het) functioneren van het team. Het belang van functioneringsgesprekken wordt dus veel groter.

De functioneringsgesprekken leidden in de oude situatie vaak tot scholingsvragen die vaak ook wel op individuele basis werden gehonoreerd. Met betrekking tot het opleidingsbeleid zal er wat meer accent gelegd moeten worden op het groepsgebeuren.

De inspraak in de oude situatie was beperkt tot de formele overlegorganen. Meer weten, meedenken en meepraten zijn noodzakelijke voorwaarden om eerdergenoemde punten in te vullen. Dezelfde redenering geldt ook voor de informatieverspreiding. De samenwerking tussen verschillende disciplines (afdelingen) zal (moeten) toenemen. Er zullen multidisciplinaire vormen van werkoverleg worden ingericht.

De toestand van de omgeving

De omgeving zien we dynamischer worden vooral door de toenemende concurrentie en de nieuwe toetreders. De technologische ontwikkelingen, zoals het elektronisch dossier, staan in de zorg nog in de kinderschoenen, maar daar wordt wel veel in geïnvesteerd. In de nabije toekomst mogen we daar de nodige resultaten van verwachten. De dynamiek zal de komende jaren zeker niet minder worden.

Het voorgaande is samengevat in Tabel 1.1.

2.2.5. Het belang van de case voor De Goede Zorg

Het is duidelijk dat de sfeer waarin De Goede Zorg de verandering aanduidt sterke verwantschap vertoont met de ZorgOrg-case. Vooral de vertaling van de drie bestaansvoorwaarden in concrete kloven tussen wat is en wat moet, biedt belangrijke aanknopingspunten voor inzicht in waarheen ook De Goede Zorg zich beweegt. Opvallend is wel dat de rubriek 'De Omgeving' inmiddels veel nieuwe elementen heeft op basis van het recente overheidsbeleid, met name de ingezette decentralisering en het beleid 'alleen betaalde zorg als het echt niet anders kan'. Het lijkt erop dat voor De Goede Zorg de concurrentie vooral bestaat in de mate waarin men in staat is zich aan te passen aan dit nieuwe beleid (hoewel dat niet genoeg, actieve ontwikkeling van nieuwe diensten hoort er ook bij; zie ook verderop). Maar, ook het zoeken naar nieuwe zorgarrangementen wordt belangrijk.

Uit de case kunnen de volgende belangrijke elementen voor de nieuwe situatie worden afgeleid.

Bestaansrecht:

- Innovatie is mede gericht op het verkrijgen van uniek onderscheidende kenmerken in de markt. Deze kan zowel slaan op de ondersteunende technologie in de dienstverlening als op het ontwikkelen van nieuwe diensten (dit vraagt ook om

actieve marketing). Hierbij moeten bepaalde keuzes gemaakt worden (zo leert het vak Innovatiemanagement). Innovatie moet onderdeel zijn van alle bestaande vestigingen. Wel is het van belang creatieve mensen te hebben die zich constant hiermee bezig houden. Ook samenwerking in innovatie met bepaalde partijen is essentieel.

Inrichting:

- Kwaliteitszorg blijft een belangrijke aangelegenheid. De manier waarop en de doelen zullen echter moeten veranderen met een grotere inbreng van de cliënt. Protocollen dienen sterk vereenvoudigd te worden. Kwaliteitsbewaking moet integraal onderdeel worden van het teamverband (te beginnen met het geven van feedback op elkaars functioneren). Uit het moderne kwaliteitsmanagement: ISO-normen krijgen een high-level-structuur. Hierdoor wordt de koppeling met het risicomanagement van de organisatie gelegd. En verder gaat het niet meer om het hebben en naleven van regels en procedures, maar om het aantonen dat het managementsysteem werkt. Dit kan via een klein aantal verplichte documenten (ZBC Kennisbank, nieuwsbrief 3 juni 2015).
- Invoering van zelforganiserende teams staan centraal in het nieuwe organisatiemodel bij De Goede Zorg. De invoering zal gefaseerd gebeuren met metingen van de aanwezigheid van voldoende voorwaarden.

Leefbaarheid:

- Het functioneren van de medewerkers wordt in de nieuwe situatie vooral bepaald door het functioneren van het team waarin men opereert. Het verlies aan status door het zich voordoen van veel banen met weinig uren en flexibele oproepbaarheid is niet bevorderlijk voor de betrokkenheid die proactief inspelen op problemen van cliënten in teamverband vereist. Werken in deeltijd zal niet verdwijnen, maar dient wel beperkt te worden tot een minimaal aantal uren per week. Een grotere flexibele inzetbaarheid in het team moet het mogelijk maken medewerkers op een constanter niveau in te zetten.

Bovenstaande opmerkingen worden later verder uitgewerkt. Dat geldt vooral voor de kwaliteitszorg en de invoering van zelforganiserende teams en de HRM.

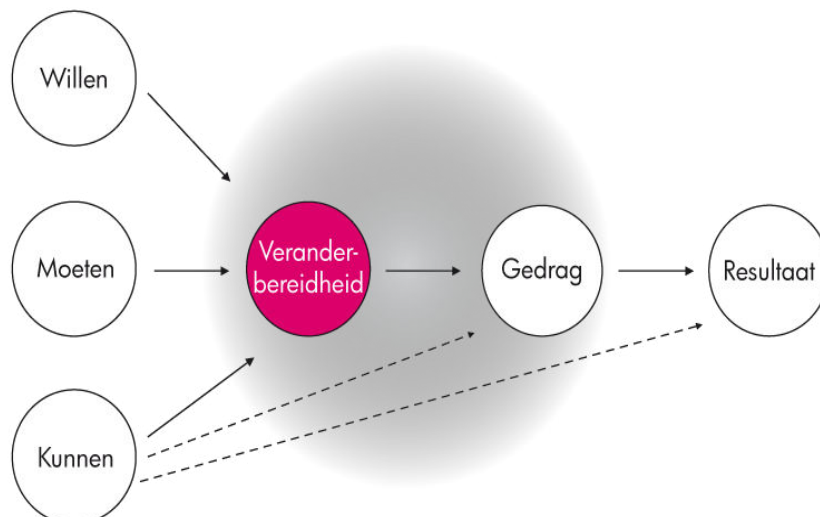
2.3. Veranderingsbereidheid op basis van het DINAMO-model

In het voorgaande is al het één en ander geschetst van de afstand tussen wat nu is en waar de organisatie heen gaat (de kloofanalyse). Dit geeft het verandertraject weer. Hoewel informatie over dat traject belangrijk is voor een ieder die daarbij betrokken is, is alleen goed uitleggen van het traject (met nadruk op de gezichtshoeken van de directie) onvoldoende om de medewerkers mee te krijgen. Al eerder kwam de Passief-Agressieve Organisatie naar voren, waarvan De Goede Zorg bepaalde trekken heeft: in besprekingen is er niets aan de hand, niemand verzet zich, maar na de bespreking geeft men (onderling) uitdrukking aan bedenkingen tegen de nieuwe plannen.

In het verandermanagement wordt dit niet vergeten; er worden interventies toegepast die op basis van goed luisteren en gesprekken bij de medewerkers een positieve betrokkenheid bij de veranderingen te weeg moeten brengen. Ook bij De Goede Zorg is er aandacht voor weerstanden. Echter, het staat daarbij niet vast of dat afdoende is. Medewerkers kunnen, al dan niet latent, een antihouding blijven houden; ook terugval in oude patronen is mogelijk.

Weerstand is niet alleen negatief op te vatten. Deze kan blijk zijn van goed inzicht in de gevolgen van de veranderingen. Door goed te luisteren kunnen wellicht bepaalde ongewenste gevolgen worden voorkomen of verzacht. Ook kunnen de veranderingen leiden tot angst (niet durven veranderen), twijfel (niet willen veranderen), verdriet (afscheid nemen van het oude), boosheid (niet accepteren van veranderingen), verlamming (niet kunnen veranderen). Daarom kan het belangrijk zijn naar medewerkers te luisteren en na te gaan hoe deze gevoelens tot aanvaardbare proporties teruggebracht kunnen worden.

Het DINAMO-model is een model dat dikwijls wordt toegepast om inzicht te krijgen in de aard van de weerstanden die kunnen bestaan tegen aangekondigde veranderingen. Dit model gaat terug op de theorie van gepland gedrag van Ajzen (1991) en berust (vertaald naar de praktijk van het verandermanagement) op drie motiverende krachten - namelijk, willen, moeten en kunnen – die de veranderbereidheid van een individu in een bepaalde context bepalen. Zie hiervoor de onderstaande visualisering van dit model.



Metselaar en Van der Kolk (1998) bespreken dit model. Zij geven aan dat de driedeling in de motivatoren (willen, moeten, kunnen) vrij ruw van aard is. Deze geeft onder meer niet aan wat van belang is voor de attitudevorming (willen veranderen), wié bepalend zijn voor de subjectieve norm ten aanzien van wat moet (moeten veranderen) en wélke factoren bepalen welke beperkingen iemand ervaart (kunnen veranderen). Het DINAMO-onderzoek (Metselaar, 1997) heeft hierover veel informatie opgeleverd. Dit model en het onderzoek dat erop gebaseerd is hebben geleid tot de ontwikkeling van een diagnosemodel waarin bronnen van veranderingsbereidheid op overzichtelijke wijze zijn ondergebracht.



Kortheidshalve worden de verschillende motivatoren – als uitwerkingen van willen, moeten en kunnen – in de bovenstaande cirkel weergegeven. Hoe belangrijk deze factoren zijn voor de veranderbereidheid hangt van de concrete situatie af. Lubberding et al. (2013; extra materiaal) geven een opsomming van deze factoren¹:

1. Emoties (bijvoorbeeld gevoelens van angst, verlies of gevoel van bevrijding van oude lasten)
2. Ervaring met veranderingen (goede of slechte ervaringen met veranderingen in het verleden)
3. Gevolgen voor het werk (zoals meer loopbaankansen, verbetering van de kwaliteit van het werk of meer taken zonder compensatie)
4. Houding van collega's (positief of negatief ingestelde collega's maken veel uit; hiertoe behoren ook personen in een hogere positie: zijn deze duidelijk en doortastend of vaag en halfslachtig)
5. Meerwaarde voor de organisatie (de gevolgen van de verandering voor de gehele organisatie; een reële vraag is: gaat de marktpositie erop vooruit?)

Bij wijze van eerste meting is in het kader van het vervolgonderzoek een bijeenkomst gehouden (op 27 mei 2015) met 15 medewerkers van De Goede Zorg. Hoewel eerder al informatie bekend was over de organisatorische verandering, kregen de medewerkers

¹ De toelichting tussen haakjes is ontleend aan Metselaar, E.E. en Van der Kolk, J. (1998).

(nogmaals) een presentatie over deze verandering, met nadruk op de invoering van zelforganiserende teams en integraal management.

Daarna werd deze medewerkers gevraagd een beknopt enquêteformulier in te vullen dat gericht was op de vaststelling van hun veranderingsbereidheid. Voor drie categorieën (willen, moeten, kunnen) werd een aantal vragen gesteld. Zie voor het willen de onderstaande Tabel 3.1. (Zie ook Grafiek 3.1., waarin de aantallen in procenten zijn uitgedrukt).

Tabel 3.1. Het willen bij de verandering (n=15)

De verwachte invloed van de verandering bij De Goede Zorg op is					
	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer positief
de kwaliteit van je werk			4	10	1
de tevredenheid met je werk			2	12	1
je salaris			10	4	1
je betrokkenheid bij DGZ			3	11	1
de ontwikkeling van je loopbaan			6	8	1

Op vijf van de zes aspecten is het antwoord overwegend positief, terwijl er geen 'negatieve' scores zijn. Alleen als het op salaris aankomt, zijn de verwachtingen niet hoog gespannen.

Tabel 3.2. Het moeten bij de verandering (n=15)

De verandering					
	Geheel oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Geheel eens
is noodzakelijk			2	9	4
geeft gezonde organisatie			1	10	4
geeft problemen bij mislukken		1	3	9	2

Ook wat betreft het moeten van de verandering is te zien (Tabel 3.2) dat de respondenten in grote mate vinden dat de verandering noodzakelijk is, goed is voor de organisatie en niet mag mislukken. Dit zijn tekenen dat de medewerkers beseffen dat de verandering geen vrijblijvende aangelegenheid is maar een moeten. Deze overtuiging zal veranderbereidheid versterken. Grafiek 3.2 heeft dit resultaat in procenten weer.

Tabel 3.3. Het kunnen van de verandering (n=15)

	Geheel oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Geheel eens
Ik heb voldoende kennis en ervaring			2	12	1
Mijn vroegere ervaring kan bijdragen aan de verandering		1	5	7	2
Mijn competentieprofiel sluit aan bij de verandering		2	1	11	2
Mijn vakkennis kan bijdragen aan de verandering			1	11	3
Ik heb negatieve ervaringen met veranderingen	2	5	4	2	2

Als het gaat om het kunnen (aankunnen) dan blijkt dat betrokkenen in ruime mate zich gekwalificeerd (ervaring, vakkennis, competenties) achten om de verandering aan te kunnen (Tabel 3.3, zie ook Grafiek 3.3). De enquête onder de 15 medewerkers laat dus zien dan voor de betrokken groep de factoren (mediatoren) die bepalend zijn voor de verandering in sterke mate positief uitwerken, met uitzondering voor de factor 'negatieve ervaringen met veranderingen in het verleden'; hierop wordt weldra teruggekomen.

Bij de positieve uitkomsten dient men zich te realiseren dat het interventieproces aangevoerd door de verandermanager al geruime tijd aan de gang is. Het is dus waarschijnlijk dat deze uitkomst in belangrijke mate te danken is aan het werk van de verandermanager en ook de inzet daarbij van het management. Er is echter reden om te proberen nog andere relevante factoren op te sporen. Naast het input leveren voor de hier besproken enquête, is er met de betrokken medewerkers ook van gedachten gewisseld over hoe hun collega's tegen de veranderingen aankijken.

Hierbij kwam in eerste instantie het punt van de ervaringen met veranderingen in het verleden aan de orde. In een enquête onder medewerkers gehouden in 2011 kwam naar voren dat vrij veel medewerkers hun twijfels hadden over veranderingen in het verleden. Een meerderheid van de respondenten (ongeveer 200 personen) was van mening dat vroegere organisatieveranderingen niet of slechts soms tot verbetering van het werk hebben geleid (zie Tabel 3.4). De bijeenkomst met de 15 medewerkers was mede bedoeld om hier meer inzicht in te krijgen, wetende dat dergelijke ervaringen negatief kunnen uitwerken op de veranderingsbereidheid in het heden. De 15 medewerkers waren (op één na) geselecteerd op het hebben van een lange werkervaring bij De Goede Zorg, zodat zij uit eigen ervaring konden spreken over veranderingen of pogingen tot verandering in het verleden.

Uit de voorbereiding van de bijeenkomst met de 15 medewerkers bleek dat pogingen om verbeteringen in te voeren primair uit de kwaliteitszorg kwamen zonder dat er duidelijke, door de leiding beoogde veranderingen van processen of structuren aan verbonden waren. Te zien is dat vanaf ongeveer 2012 er bijeenkomsten waren die gingen over de het belang om de positie van de cliënt voorop te stellen, mede in verband met maatschappelijke veranderingen. Ook zijn er aanmoedigingen om je af te vragen hoe je als medewerker in het werk staat (het gaat om zin erin hebben, het fijn vinden) en hoe je flexibeler zou kunnen en willen opereren (de regels oprekken voor zover mogelijk). Er zijn diverse inspanningen geweest in de vorm van interactie met managers en medewerkers waarin beoogd werd tot een verandering in attitude en gedrag te komen. Hoewel deze inspanningen laten zien dat De Goede Zorg besef had van recente ontwikkelingen en van het belang om daarop in te spelen, maakt het geheel een nogal softe indruk: er waren geen duidelijke consequenties en medewerkers die weinig eigen motivatie konden opbrengen om met de beoogde gedragsverandering mee te gaan, konden zich, naar het zich laat aanzien, vrij gemakkelijk eraan onttrekken (om te beginnen met: niet verschijnen op bijeenkomsten waarop bepaalde onderwerpen aan de orde werden gesteld).

“Samen is dezelfde visie hebben, goede naamsbekendheid, onderscheidend zijn, cliënt krijgt zorg en de hulpverlener die hij zelf wil, nieuwe collega’s kiezen bewust voor De Goede Zorg, coachend leiderschap, ja-cultuur, in welzijn uitblinken, zelfsturing, volledig pakket leveren, cliënt centraal, verbondenheid voelen met organisatie, met verschillende disciplines één team vormen, ‘wij’ in plaats van ‘zij’, meer coachen en minder beheersen, meer grote lijnen en minder details, meer lef dat medewerkers het zelf kunnen, niet praten over, maar praten met anderen, cliënt bepaalt en medewerkers ondersteunen hierin, compacte teams maar wel met alle componenten hierin, zelfoplossend vermogen (kritiek ombuigen naar plan van aanpak), geen eilandencultuur, werk is beheersbaar/prioriteiten stellen, vrijwilligers worden serieus genomen, afspraken worden nagekomen, verandering is uitdaging, beste in elkaar naar boven halen, trots om bij De Goede Zorg te werken, netwerk om cliënt uitbreiden en gebruiken, kleinschalige teams, loyaliteit en ik zoek niet maar ik vind.”

Bron: Verslag bijeenkomst voor leidinggevendenden over ‘samen, goede zorg’, 16 februari 2012.

Bovenstaande als voorbereidende informatie (met de nodige interpretaties) nemend, kan men de volgende opmerkingen uit de discussies van de 15 medewerkers (in enkele groepen) in overweging nemen:

- Er werden zaken te zeer top-down gelanceerd (de vroegere beperkte samenstelling van het centrale managementteam was daar in sterke mate debet aan; informatie werd selectief doorgegeven).
- Onderling zijn de medewerkers te lief voor elkaar (een familiale sfeer) – men durft elkaar geen echte feedback te geven.
- Op verschillende plaatsen is er een gebrek aan daadkracht om ‘de klus af te maken’.
- Er is vaak vertraagde besluitvorming waardoor de doelstelling uit het oog wordt verloren.
- Een flink aantal medewerkers kan enthousiast aan een nieuwe uitdaging beginnen, maar door te weinig hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden neemt men vervolgens te veel hooi op de vork.
- Er bestaat een flinke kloof tussen management en de werkvloer (die gebaat is bij heldere afspraken voor de korte termijn).
- De communicatie in termen van het tijdig informeren van de juiste personen over (te maken) afspraken en dergelijke laat nogal te wensen over.

Dit heeft tot gevolg dat er (onbewust) twijfel ontstaat over de daadkracht in en van de organisatie. Bovenstaande punten zijn waarschijnlijk vrij kenmerkend voor traditionele zorgorganisaties in een stabiele omgeving; ze zijn daarom niet uniek voor De Goede Zorg. Niettemin vormen zij een ballast voor de organisatie die zich voornemt een transformatie te ondergaan naar een moderne veerkrachtige organisatie die opgewassen is tegen een onzekere, dynamische omgeving. Het is dan ook van het grootste belang om te werken aan aanmerkelijke verbeteringen op het gebied van voornoemde kritische aandachtspunten.

Er zijn ook andere punten die verklaren waarom het ‘kunnen’ minder vanzelfsprekend is dan de zekerheden over persoonlijke kennis, ervaring en competenties (Tabel 3.3.) suggereren. Zo worden de administratieve taken door veel medewerkers gezien als een ‘blok aan het been’. De zorgmedewerkers zijn in de eerste plaats gericht op het helpen van cliënten en niet op het

uitvoeren van administratieve taken. Op dit gebied dient, waar mogelijk, verlichting te worden geboden, onder andere door effectieve automatisering (gekoppeld aan goede instructie en oefening).

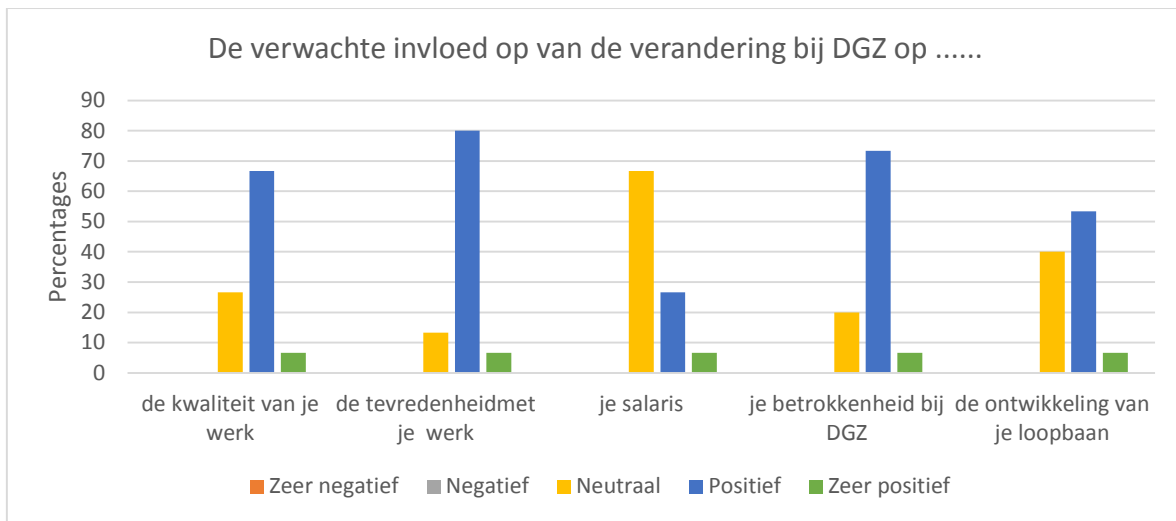
Ook de verwachte flexibele oproepbaarheid van zorgmedewerkers levert in een aantal gevallen een gevoel van onbehagen op (knelpunten met bijvoorbeeld zorgtaken in eigen huishouden; gevoel van gebondenheid aan de werkgever die flink verder gaat dan de betaalde uren).

Het is inmiddels duidelijk dat de verandering volgens het strategisch plan niet alleen bedoeld is als 'attitudeproject' maar als een project met aanzienlijke organisatorische gevolgen. De plannen over cliëntgericht handelen, coachend management, ondernemend handelen en een bredere taakopvatting vragen om een andere structuur en andere processen. Dat blijkt uit de invoering van door de verandermanager voorgestelde integraal management (met budget verantwoordelijkheid) en zelforganiserende teams. De informatievoorziening en de kwaliteitszorg zullen aanzienlijke veranderingen moeten ondergaan om bij deze transformatie aan te kunnen sluiten en deze te kunnen ondersteunen. Ook zal er een HRM-beleid moeten komen dat op de nieuwe situatie is afgestemd.

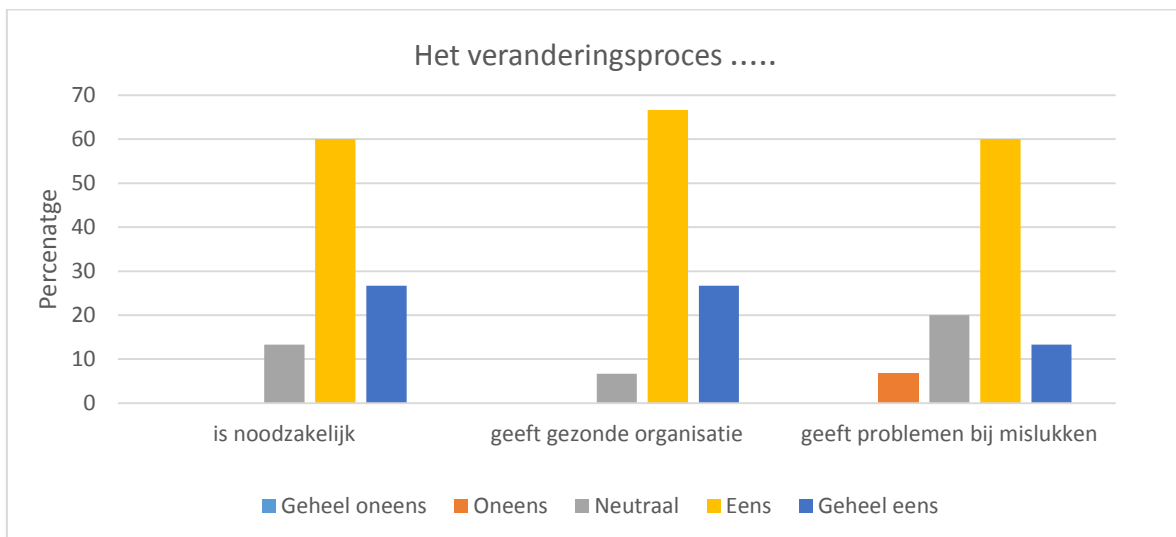
Tabel 3.4. Enkele vragen betreffende veranderingen uit de medewerkersenquête 2011 (De Goede Zorg)

<i>Nr.</i>	<i>Stelling</i>	<i>Nooit %</i>	<i>Soms %</i>
83	Tijdens organisatieveranderingen word ik goed op de hoogte gehouden van de voortgang	3,9	30,1
84	Vroegere organisatieveranderingen hebben echt tot verbetering voor mijn werk geleid	16,5	43,7
85	In onze organisatie bereiken veranderingen het gewenste resultaat	1,5	40,8
89	Mijn organisatie trekt voldoende tijd uit om veranderingen echt door te voeren	2	25,9
90	Mijn leidinggevende kan naast zijn/haar dagelijks werk voldoende aandacht besteden aan de veranderingen waarmee wij worden geconfronteerd	5,9	29,6

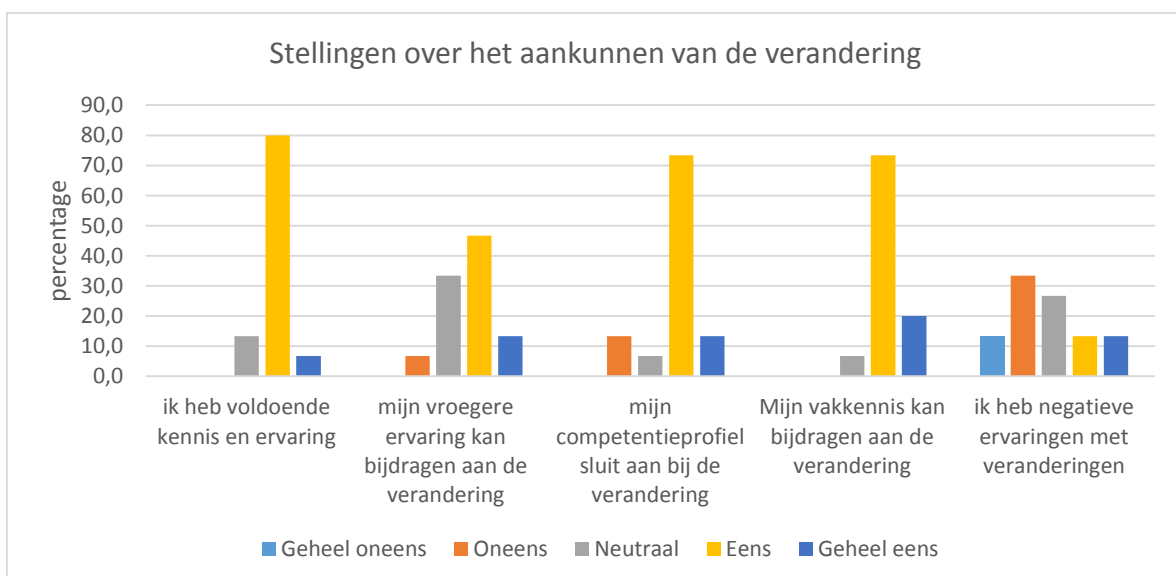
Grafiek 3.1. Het willen bij de verandering (n=15), procentueel



Grafiek 3.2. Het moeten bij de verandering (n=15), procentueel



Grafiek 3.3. Het kunnen bij de verandering (=15), procentueel



2.4. Kwaliteitszorg krijgt een nog belangrijkere taak

Kwaliteitszorg heeft al lange tijd de aandacht in de langdurige zorg. Bij De Goede Zorg wordt het HKZ-model gebruikt. Inmiddels is er een aanzienlijk databestand met allerlei protocollen. Binnen de HKZ is in de loop der tijd aandacht besteed aan verbetering zodat het systeem de aard en grootte van de organisatie in acht kan nemen. Ook het voorop stellen van de cliënt (vraaggerichte zorg) is op verschillende manieren benadrukt.

Niettemin kan men bij de wijze waarop het HKZ-model functioneert – hoewel het op zich goed op orde is bij De Goede Zorg – zich afvragen of het zijn doel niet op bepaalde punten voorbijschiet. Het aantal protocollen heeft zich opgestapeld tot een groot aantal. De organisatie is druk met het zoveel mogelijk voldoen aan de protocollen. Maar, daarbij lijkt het alsof het voldoen aan de protocollen niet hetzelfde hoeft te zijn als voldoen aan de wensen van de cliënt. Er is behoefte aan vermindering van de administratieve lasten in het kader van de kwaliteitszorg van het personeel om lucht te krijgen. Controle op de kwaliteit is natuurlijk belangrijk, maar die moet veel directer en kortcyclischer.

De Goede Zorg is zich terdege van het bovenstaande bewust en is bezig zich op het vraagstuk van ‘minder is meer’ te bezinnen². Dit zou tot een zekere vereenvoudiging van de administratieve lasten kunnen leiden, waardoor er meer tijd beschikbaar komt die direct aan de cliënt besteed kan worden. Mogelijkheden liggen wellicht op het terrein van het samenvatten van protocollen op hoofdzaken en het werken met prioriteitsprogramma's in de tijd zodat niet altijd dezelfde zaken constant en in dezelfde mate van detail dienen te worden geregistreerd. Ook goede automatisering is hierbij van belang.

De discussie over het kwaliteitsmanagementsysteem beperkt zich trouwens niet tot de zorgsectoren. Het betreft een economiebrede, internationale discussie. Men spreekt over een ‘High Level Structure’, die zichtbaar wordt in ISO 9001: 2015 (deze komt naar verwachting in september 2015 beschikbaar). Tekstkader 1 geeft een korte impressie van wat dat betekent. Het HKZ-model zal op basis daarvan ook veranderingen ondergaan. Deze veranderingen zullen waarschijnlijk er in grote lijnen als volgt uitzien³ (www.hkz.nl/):

- Risicogericht denken krijgt meer aandacht en komt straks op drie niveaus terug: individueel, operationeel en beleidsmatig.
- Naast focus op risico's wordt er van organisaties ook gevraagd te kijken naar kansen.
- Het begrip ‘directievertegenwoordiger’ is verdwenen. Er ligt straks meer nadruk op committent en leiderschap van het topmanagement.
- Oriëntatie op de omgeving (in de breedste zin van het woord) en veranderingen daarin krijgt meer aandacht.
- Meer aandacht voor processen, producten en diensten die door externe dienstverleners worden geleverd.
- Naast klanten komen de eisen en verwachtingen van andere stakeholders in beeld.

² In feite is de voorgaande paragraaf ontleend aan opmerkingen van stafmedewerkers.

³ Bron: www.khz.nl/hkz-meer-lean-door-nieuwe-iso-9001/

- Minder eisen aan wat vastgelegd moet worden in procedures.

Of het vernieuwde HKZ-model uiteindelijk zal voldoen, moet worden afgewacht.

Tekstkader 1.

ISO 9001:2015 betekent afscheid van het kwaliteitshandboek

De nieuwe norm (die verwacht wordt in september 2015) betekent dat alle normen een gemeenschappelijke High Level Structuur (HLS) hebben, een structuur dus, die voor alle normen hetzelfde is. Tevens is het uitgangspunt voor alle normen hetzelfde: het realiseren van de bedrijfsdoelstellingen en het waarmaken van wat aan klanten is beloofd.....

Niet vreemd natuurlijk. Maar auditors beoordelen u hier ook daadwerkelijk op. Tot dusver keken auditors of het handboek met de procedures en werkinstructies in de praktijk netjes werd nageleefd.

In de aanloop naar de audit betekende dit vaak, dat er wat inspanningen gepleegd moesten worden om dat op papier aan te tonen. Maar als er maar een mooi uitgewerkt kwaliteitshandboek was en men het met de naleving niet te bont maakte, gaven auditors het certificaat.

De tijd van dikke handboeken die in de kast liggen te wachten op een volgende marginale verbetering ligt dus achter ons. Het managementsysteem moet daadwerkelijk bijdragen aan de beheersing van processen die er toe doen om de bedrijfsdoelstellingen te realiseren....

Onderstaande voordelen van de 'High Level Structure' staan los van certificering:

- In deze veranderende wereld heeft men steeds zicht op de impact van de veranderingen op de organisatie, zodat de organisatie betere keuzes kan maken.
- De managementaandacht wordt gericht op zaken die echt belangrijk zijn. Bijzaken zijn geïdentificeerd en kunnen grotendeels geparkeerd worden.
- Continu verbeteren is de enige weg om buiten de wereld van prijsconcurrentie te blijven. Stilstand betekent achteruitgang en zeker in de tegenwoordige wereld gaat dit razendsnel.
- Het managementsysteem meet voortdurend. Zo kan de organisatie beslissingen nemen op basis van actuele en betrouwbare informatie.
- Dubbel werk wordt voorkomen. De High Level Structure hoeft maar één keer opgezet te worden en niet voor ieder kwaliteitsmanagementsysteem apart. Hierdoor kunnen audits ook grotendeels samengevoegd worden.
- Er is vrijwel geen tijdverspilling meer door aandacht voor processen die er nauwelijks toe doen.
- Leveren conform afspraak is ingebakken in de organisatie. En als dat niet lukt, dan is de organisatie in staat om zichzelf te corrigeren en ervoor te zorgen, dat dezelfde fouten niet meerdere malen worden gemaakt.

Kortom, deze 'High Level Structure' is een bruikbare handleiding voor iedere organisatie om zich te verbeteren en om te voldoen aan de eisen en verwachtingen van haar stakeholders.

Bron: <http://zbc.nu/management/high-level-structure-hls-iso-9001-27001/herziening-iso-9001-high-level-structuur-hls/> (bezoekt: 14 juni 2015)

Een synoniem voor vraaggerichte zorg is persoongerichte zorg. Daarbij zijn de volgende kernpunten naar voren gekomen (Zorginstituut Nederland, 2015):

- Persoonsgerichte zorg houdt in dat de zorg en ondersteuning passen bij de persoon die de cliënt is.
- Deskundigheid van de professional is cruciaal. Om aan te sluiten bij de behoeften van cliënten, is het nodig dat de professional zich kan inleven in de cliënt en kan reflecteren op het eigen gedrag. Daarnaast is continue (bij-) scholing nodig om te zorgen dat de professional interventies op de juiste manier toepast in de individuele situatie.
- Kennis is de basis voor kwaliteitsverbetering. Er is nog onvoldoende kennis over de effectiviteit van interventies in de langdurige zorg en die kennis is nog onvoldoende toegespitst op de verschillende cliëntgroepen. Het is hard nodig dat in de langdurige zorg onderzoek plaatsvindt en dat hier geld voor wordt vrijgemaakt.
- Feedback en meten zijn kernelementen voor goede zorg, maar staan op gespannen voet met de behoefte om administratieve lasten te verlichten. Voor cliënten is de informatie nodig om geïnformeerd een keuze te kunnen maken en een volwaardige rol te kunnen spelen in gezamenlijke besluitvorming over het zorgplan.
- Een goed bestuurder toont leiderschap dat leidt tot goede zorg in een lerende organisatie. Het lerend vermogen van een organisatie kan een goede kritische succesfactor worden voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Het aspect van de lerende organisatie verdient extra aandacht. Wat in diverse geschriften als nieuw beleid wordt gepresenteerd, komt over als een uniform appel om verandering in een bepaalde richting in te zetten. De uniformiteit hierbij verzekert dat het gaat om een breed gedragen verandering. Anderzijds zou het uniforme geluid ook kunnen wijzen op het rondzingen van de bepaalde meningen waardoor er ook een zekere kritiekloosheid in het spel kan zijn. Over enige tijd zullen ook de beperkingen van de nieuwe aanpak duidelijk worden en waarschijnlijk uniforme geluiden voor bijstelling gaan klinken. Deze voorspelling is echter niet bedoeld als een oproep tot scepsis en lijdzaamheid. Stappen overslaan is meestal geen goed advies. Men zal bepaalde processen door moeten maken om te leren en zich te verbeteren. De oproep om in te zetten op de 'lerende organisatie' (hoewel deze oproep ook clichématige aspecten heeft) lijkt terecht en relevant. Als er nieuwe competenties nodig zijn, dan gelden die zeker voor het lerend vermogen (individueel en als organisatie), zoals wat betreft het leren toepassen van gegeven richtlijnen (regels, procedures) als het vermogen de gegeven richtlijnen onder kritiek te stellen en te vernieuwen (zonder dat er telkens de gehele organisatie omgeturnd hoeft te worden).

De vraag om adequate kwaliteitszorg blijft voorlopig nog hangen. Er is een roep om minder administratieve lasten (minder bureaucratie). Er zijn al richtingen aan te geven (waarvan enkele in het voorgaande al genoemd zijn) maar hoe het precies moet is niet duidelijk. Wellicht is het op dit terrein niet aan te bevelen alle betrokken organisaties in één keer een bepaalde richting op te sturen. Experimenten in enkele zorgorganisaties met verschillende aanpakken zouden weleens een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het ontwikkelen van relevante kennis op het gebied van kwaliteitsmanagement.

lets van het spanningsveld op dit terrein kwam naar voren naar aanleiding van het onlangs door het Ministerie van VWS gelanceerde plan van aanpak betreffende de kwaliteit van verpleeghuizen (Ministerie van VWS, 2015). Het ministerie wil werken aan het perspectief voor de verpleeghuiszorg in 2025. Op korte termijn dienen kwaliteitstekorten die de Inspectie Gezondheidszorg heeft geconstateerd te worden weggenomen. Tevens gaat het er om de relatie tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgprofessional centraal te stellen. Alle andere partijen zijn daaraan ondergeschikt.

Dit is het thema dat men telkens in verschillende rapporten terug ziet komen en waarover kennelijk brede overeenstemming bestaat. Niettemin gaat het volgens het Ministerie van VWS om een ‘fundamentele verschuiving van perspectief’ waarvoor de Wet Langdurige Zorg (in werking getreden op 1 januari 2015) een wettelijk kader wordt geacht te bieden.

Bij dit alles wordt een streng toezichtregime in het vooruitzicht gesteld. De strengheid wordt daarbij op basis van maatwerk geconcretiseerd. Als noodzakelijke veranderingen uitblijven en er verder een verbeterperspectief ontbreekt, treedt de handhaving van de inspectie in werking in de vorm van verscherpt toezicht en ‘zo nodig’ door het toepassen van een vorm van bestuurlijke ondertoezichtstelling.

Het is interessant om hierbij geluiden vanuit de branchevereniging Actiz te betrekken (Actiz, 2015). Dit rapport stelt onder andere dat in het verleden er veel aandacht is gegaan naar het perfectioneren van het zorgaanbod. Vragen over wat de cliënt echt beweegt en wat de echte zorgvragen zijn, zijn daarbij te weinig gesteld. Op dat terrein liggen mogelijkheden voor verbetering. In het nieuwe bestel gaat het er om in te spelen op de diepere behoeftes en wensen van de cliënt, zodat deze de ruimte ervaart om zo lang mogelijk zichzelf te kunnen blijven. Met andere woorden, het welbevinden van de cliënt komt centraal te staan. Verpleeghuiszorg wordt daarbij verpleegzorg, die zowel extramuraal als intramuraal kan plaatsvinden. Goede ondersteuning vraagt om een groter arsenaal aan vaardigheden dan de traditionele verplegende beroepen, als welbevinden hetgeen is waar het allemaal om draait. Immers, met het terugdringen van narigheid en een focus op gezondheid heb je nog geen positief welbevinden. Het medisch model evolueert hierbij naar een integrale multidisciplinaire aanpak van ‘care, cure en welzijn’.

Het voornoemde Actiz-rapport gaat ervan uit dat de ‘basis op orde’ moet zijn. Deze basis betreft:

- Er is woonruimte waarin de cliënt zich thuis voelt en veilig is
- Er is toegang tot adequate gezondheidszorg en medicatie
- Er is inzet van vakbekwame medewerkers (afgestemd op de doelgroep)
- Er zijn goede mogelijkheden voor dagbesteding
- Er is respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling (mentaal welbevinden)
- Er is gezondheidsbescherming en –bevordering, een schoon en verzorgd lichaam, en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

Hoewel ook hier overeenstemming over de nieuwe koers te herkennen valt, komt het Actiz-rapport ook met een aantal kritische opmerkingen. Erkend wordt dat de Wet Langdurige Zorg voldoende ruimte biedt om in de komende jaren vernieuwend en vraaggericht met de cliënt om te gaan. Echter, er is een institutoneel systeem ontstaan – een complex geheel

van normatieve kaders dat in de loop der tijd steeds verder is verfijnd en vervlochten – dat belemmerend werkt. Vrijwel iedereen kent het en conformeert zich er aan. Er is een strak gereguleerd systeem van zorginkoop. Veel draait om eenvormigheid, centrale regie, veiligheid, het vermijden van risico's en strakke in- en externe controle en verantwoording. Het rapport stelt: "dit hoeft niet en staat haaks op het scheppen van kansen tot het ervaren van welbevinden". Er dienen nieuwe regels en systemen te komen die de nieuwe uitdaging ondersteunen. Zorgleefplannen brengen daarbij de persoonlijke ruimte waarbinnen mensen kunnen kiezen tot uitdrukking.

Hoewel de verschillende belangen van partijen in de zorgwereld hierbij te herkennen zijn, zegt deze discussie ook iets over de spanning tussen oud en nieuw, ofwel de noodzaak ruimte te scheppen voor de transformatie naar nieuwe verhoudingen. Hoe kunnen oude structuren teruggedrongen worden om plaats te maken voor de nieuwe benodigde structuren? Hoe voorkom je ineffectieve opeenstapeling van regels en procedures? Ondanks allerlei interessante aanbevelingen is er nog geen adequaat/volledig antwoord op deze vraag te onderkennen.

Het Actiz-rapport onderschrijft de visie en vernieuwingsagenda van het Ministerie van VWS (zie voetnoot 4), maar heeft bezwaren tegen het voorstel tot verscherping van de externe regels en controle. Deze bezwaren gelden ook voor aanvullende maatregelen, zoals de personeelsnorm. Deze voorschriften, zo stelt het Actiz-rapport, compliceren het systeem van regels en bureaucratie zonder positieve bijdrage aan de doelstelling van de beoogde langdurige zorg: het ondersteunen van kwetsbaren in hun vraag naar zorg en welbevinden.

De insteek van het Actiz-rapport kan wellicht als volgt geduid worden:

- De controle van de inspectie richt zich primair op de basis die op orde moet zijn (zie voor de inhoud van de basis het voorgaande). Je zou kunnen zeggen dat daardoor de basis zelf geen onderdeel mag zijn van de concurrentie tussen zorginstellingen. Deze concurrentie zal gaan over plussen bovenop de basis (mede op basis van marktsegmentering).
- Door transparantie, communicatie en publieke verantwoording (met feedbacks) over de aard en kwaliteit van de dienstverlening door de zorginstellingen kan er een soort marktwerking ontstaan die de betere organisaties voordeel gaat bieden. Verschillende soorten controles (kwaliteitszorg, integraal management, transparantie, filosofie over wat goede 'pluszorg' is) kunnen elkaar aanvullen zonder tot bureaucratie te leiden.

Al met al, over de richting van de benodigde verandering lijkt er een brede consensus. Over de noodzaak van verlichting van bestaande administratieve lasten (vooral in het kader van de kwaliteitszorg) bestaat ook wel overeenstemming, maar hoe dat moet – zoals eerder opgemerkt - is niet (echt) duidelijk. Ook de externe inspectie roept vraagtekens op. Een streng controlesysteem kan tot interne herregulering leiden die (uiteindelijk) niet (per se) in het belang van de cliënt is. Er is behoefte aan een gediversifieerde beoordeling en feedback zonder dat die bijdragen aan meer bureaucratie.

In het algemeen geldt dat de feedback ten behoeve van de kwaliteit kortcyclisch moet worden. Klanttevredenheid één maal jaar meten (bijvoorbeeld) is waarschijnlijk niet zinloos maar kan niet bijdragen aan snelle leerervaringen die de cliënt ten goede komen. Een centrale vraag is dus hoe in teamverband kortcyclische feedback en meting realiteit kan worden.

Een definitief antwoord is (voalsnog) niet te geven. In het onderzoek bij De Goede Zorg is wel getracht nader inzicht te bieden in het belang van kortcyclische feedback door in te gaan op de tijdsbeleving van de zorgmedewerkers en op de waardering van cliënten van de dienstverlening door De Goede Zorg waarbij beschikbare tijd en tijdsdruk belangrijke factoren kunnen zijn. Zie hierover hoofdstuk 5.

2.5. Tijd en tijdsbeleven van zorgmedewerkers

2.5.1. Uitkomsten van de enquête (uitkomsten voor de drie teams tezamen)

Onderzoek is gedaan bij drie teams van De Goede Zorg naar de tijdsbeleving van de medewerkers. Hierbij is gebruik gemaakt van de handleiding voor zorgpraktijk en onderwijs 'Vaardig omgaan met tijd en zorg'⁴.

De handleiding onderscheidt zes tijdstijlen, dat wil zeggen, verschillende manieren om met tijd om te gaan. Op basis van een vragenlijst kan men vaststellen welke tijdstijl bij een zorgmedewerker past. De eerste drie tijdstijlen impliceren geen of weinig last van tijdsdruk.

Hoewel in het uitgevoerde onderzoek de vragen ontleend zijn aan de voornoemde handleiding, dient men zich te beseffen dat het onderzoek primair bedoeld is om een beeld te geven van een groep medewerkers (in plaats van individuele medewerkers, zoals de handleiding beoogt te doen)⁵.

Het onderzoek richtte zich op drie teams van De Goede Zorg: één intramuraal team (Zorg met verblijf, ofwel ZMV, 15 medewerkers), en twee extramurale teams (thuiszorg): Extramuraal Team Noord (NEM, 24 medewerkers) en Extramuraal Team Zuid (ZEM, 10 medewerkers).

De tijdstijlen worden door de handleiding als volgt aangeduid:

- A. Georganiseerd en gepland
- B. Tijd nemen, hier en nu
- C. Doorwerken en tijd nemen
- D. Soms is het rennen
- E. Gejaagd door de tijd
- F. Aan het leren

De volgende tabellen (Tabel 1 tot en met 6) geven de reacties van de respondenten van de drie groepen bij elkaar (n = 49) op de verschillende stellingen over tijd en tijdsdruk.

⁴ Verbeek G./Artemea/V&VN (2014). Handleiding voor zorgpraktijk en onderwijs "Vaardig omgaan met tijd en zorg".

⁵ Een uitgebreidere uiteenzetting van de handleiding en van het uitgevoerde onderzoek is gegeven in het volgende rapport: Wolters, T. (2015). Onderzoek tijdsbeleving en werkdruk bij drie teams, De Goede Zorg, Apeldoorn.

Tijdstijl georganiseerd en gepland

Tabel 1. Stellingen 1 – 4 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Georganiseerd en gepland'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
		In procenten van het totaal			
1	Ik kijk vaak op de klok als ik werk	29	49	22	100
2	Ik plan mijn werkdag en wat ik doe	76	8	18	100
3	Ik maak graag afspraken en ben dan op tijd	92	8	0	100
4	Ik heb een prima overzicht over het werk	82	18	0	100

Wat betreft 'vaak op de klok kijken' zijn de antwoorden het meest verdeeld. De handleiding vat 'vaak op de klok' kijken kennelijk op als ervoor zorgen dat men binnen de planning blijft. Het is wellicht ook mogelijk dat door een aantal respondenten 'vaak op de klok kijken' opgevat is als uitkijken naar het einde van de dienst wegens verveling of ongenoegen over de gang van zaken. De algemene conclusie is dat veruit de meeste medewerkers tijdsbewust en volgens plan te werk gaan. Dat is positief, maar je kunt ook te strak op de planning afgaan (zoals de handleiding uitlegt), hetgeen het geval is als je daardoor in bepaalde situaties onvoldoende oog hebt voor de acute noden van de cliënt.

Tijd nemen, hier en nu

Tabel 2. Stellingen 5 - 8 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Tijd nemen, hier en nu'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
		In procenten van het totaal			
5	Ik let liever niet op de klok	37	38	26	100
6	De cliënt krijgt alle aandacht	88	12	0	100
7	Ik bewaar altijd mijn rust	88	12	0	100
8	Ik neem gewoon alle tijd voor de cliënt	54	44	2	100

Een bepaald deel van de medewerkers (naar schatting ongeveer 20 procent) behoort waarschijnlijk tot de categorie 'niet klokgericht'. Andere medewerkers slagen erin de cliënt 'alle tijd' te geven binnen een goed geplande werkdag. Er is een 'derde categorie' bij wie de cliënt niet altijd voldoende aandacht en zorgtijd krijgt (44 procent). Het is belangrijk zich te beseffen dat deze ongewenste situatie dus vrij frequent voorkomt. In het kader van het (continu) verbeteren van de zorg is het zaak alert te zijn op mogelijke tekortkomingen in de aandacht voor de cliënt. Ook is het dit soort (stressvolle) ervaringen dat ertoe kan leiden dat 'veranderingen' vooral als 'nog meer werk' op zorgmedewerkers afkomen, en daardoor weerstanden oproepen.

Doorwerken en tijd nemen

Er zijn verzorgenden en verpleegkundigen die het combineren: vlot doorwerken én tijd nemen voor cliënten. Over het algemeen werken zij in een tamelijk stevig tempo door, met bewust goed gebruik van de tijd en de klok, maar als een cliënt hen nodig heeft, dan laten zij hun takenlijsten liggen en geven aandacht aan situaties bij de cliënt. Zij combineren de sterke kanten van het 'georganiseerd zijn' met de sterke kant van aandacht geven en 'er zijn', omdat zij hier tussen kunnen schakelen.

Tabel 3. Stellingen 9 – 12 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Doorwerken en tijd nemen'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
9	Ik ben georganiseerd en flexibel	84	12	4	100
10	Ik houd van lekker vlot doorwerken	63	37	0	100
11	Ik neem de tijd die nodig is	88	12	0	100
12	Ik schakel gemakkelijk in werktempo	84	16	0	100

Uit Tabel 3 kan niet direct worden opgemaakt hoeveel personen tot dit ideale type behoren, want dan moet je weten wie alle vier vragen van Tabel 3 met ja hebben beantwoord (het is wel mogelijk dit na te gaan in het datamateriaal). Wel kan men zeggen dat veel zorgmedewerkers planmatig en flexibel werken kunnen combineren, maar tevens dient men zich te beseffen dat dit niet voor alle zorgmedewerkers geldt. Het is in de teams van belang aan de verschillende werkstijlen aandacht te schenken en bij te sturen als het belang van de cliënt dat vraagt. Deze heroverwegingen dienen ook in een kwaliteitszorgmodel terug kunnen komen. In de praktijk kan het gaan om welke mensen gaan samenwerken of welke leerervaringen bewust worden geëntameerd.

Soms is het rennen

Mensen die last hebben van piekdrukke, hebben moeite om goed om te gaan met situaties waarin er veel verschillende vragen tegelijk op hen afkomen, die zij niet allemaal (direct) kunnen beantwoorden. Het kost hen moeite om dat zonder stress te doen. Zij hebben collega's nodig om te zorgen dat de druk niet te hoog oploopt.

Tabel 4. Stellingen 13-16 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Soms is het rennen'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
		In procenten van het totaal			
13	Ik heb stress op sommige diensten	14	41	45	100
14	Ik heb moeite met piekmomenten	4	50	46	100
15	Ik vermijd te drukke diensten	8	8	83	100
16	Erg vervelend vind ik het als ik allerlei vragen tegelijk krijg	16	47	37	100

De voluit ja's zijn duidelijk in de minderheid als het gaat om tijdsdruk en daarom ook om stress. Tel je echter de ja- en soms-antwoorden bij elkaar op dan zijn bij de meeste medewerkers er stressvolle momenten aanwezig. Bij stelling 15 (ik vermijd te drukke diensten) kan worden aangetekend dat deze waarschijnlijk moreel beladen is, in die zin dat het bewust overlaten van drukke diensten aan collega's als niet fair wordt bevonden. Voel je een dergelijk moreel bezwaar, dan moet de druk wel erg groot zijn, wil je daartoe toch overgaan. Niettemin speelt deze keuze (ja of soms) bij 16 procent van de respondenten. Ook dit onderwerp dient in teamverband ter sprake kunnen komen.

Gejaagd door de tijd

Er zijn ook medewerkers, die 'gejaagd door de tijd', voortdurend last hebben van het feit dat ze niet de kwaliteit kunnen leveren die ze zouden willen leveren. Zij gaan steeds harder rennen en haastiger werken. Met als gevolg dat zij fouten maken, afspraken niet kunnen nakomen, steeds meer spanning gaan voelen en uiteindelijk de kans lopen ziek te worden.

Tabel 5. Stellingen 17-20 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Soms is het rennen'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
		In procenten van het totaal			
17	Ik voel me gejaagd en onrustig als ik werk	4	26	70	100
18	Ik probeer steeds sneller te werken	4	20	76	100
19	Ik moet veel te veel doen in veel te weinig tijd	4	55	40	100
20	Ik heb er last van dat ik zo weinig tijd heb	6	45	49	100

De volop ja's zijn sterk in de minderheid. Als dat niet zo was dan zou dat betekenen dat de hele werkomgeving gekenmerkt wordt door werkdruk. Dat is zeker niet het geval. Dat bleek al uit de voorgaande scores. Toch is wel wat opmerkelijks te zien. Zo geeft meer dan 55 procent van de respondenten aan dat zij soms (misschien kan hier ook gelezen worden "niet zelden", "niet altijd maar wel regelmatig", misschien wel "niet altijd, maar wel te vaak om er aan voorbij te gaan") veel te veel in veel te weinig tijd moeten doen en 45 procent heeft er "soms" last van zo weinig tijd te hebben. Dat betekent dat werkdruk (stress) voor een flink aantal medewerkers op de loer ligt en daardoor aandacht verdient.

Aan het leren

Tot slot is er een groep die 'aan het leren' is. Dit kunnen leerlingen of stagiaires zijn, maar ook nieuwe collega's die nog niet ingewerkt zijn. Omdat zij het overzicht en soms de ervaring missen, werken zij minder efficiënt. Tijdsdruk ontstaat als zij zich vergelijken met collega's die wel vlot doorwerken.

Tabel 6. Stellingen 21-24 voor de drie teams bij elkaar (n=49)

Nr.	Stellingen bij type 'Aan het leren'	Ja	Soms	Nooit	Totaal
		In procenten van het totaal			
21	Het werk is nog zo nieuw voor mij	4	9	87	100
22	Ik werk langzamer dan andere collega's	4	11	85	100
23	Ik vergelijk wat ik doe met wat anderen kunnen	4	53	43	100
24	Ik zou graag een beter overzicht hebben over mijn werk	4	40	55	100

Of men zijn werk als 'nieuw' ervaart, is een kwestie van interpretatie. Onder de respondenten zijn er niet meer dan zeven personen in 2014 of 2015 met hun werkzaamheden bij De Goede Zorg begonnen. Daarnaast geldt dat niet alle personen die in 2014 of 2015 met hun werk zijn begonnen aangeven dat het werk voor hen zo nieuw is. Omgekeerd zijn er medewerkers die al voor 2014 bij De Goede Zorg zijn begonnen maar toch aangeven dat voor hen het werk nieuw of soms nieuw is. Ook het verschijnsel dat wat men doet 'vergelijkt met wat anderen kunnen' komt breder voor. Dat kan wijzen op een bepaalde mate van onzekerheid over het eigen kunnen. Het graag hebben van een beter overzicht is geen permanent probleem maar doet zich wel herhaaldelijk voor. Dat geldt zowel voor de intramurale als de extramurale zorg (thuiszorg), zij het in sterkere mate bij de thuiszorg.

2.5.2. Accenten

Uit de analyse van de enquêtegegevens blijkt dat veel medewerkers niet één duidelijke tijdstijl hebben. De stijlen 'A. Georganiseerd en gepland', 'B. Tijd nemen, hier en nu' en 'C. Doorwerken en tijd nemen', komen in diverse combinaties voor. De stress bevorderende tijdstijl 'Gejaagd door de tijd' heeft (op basis van de scores op de vier bij deze tijdstijl behorende stellingen) daarbij een ondergeschikte positie. Dat geldt ook voor de tijdstijl 'Aan het leren'. Zou dat de conclusie kunnen rechtvaardigen dat bij De Goede Zorg werkdruk (stress) geen prominent verschijnsel is? Inderdaad, zou de situatie heel anders zijn als de stressvolle tijdstijlen in de uitkomsten van de enquête sterk naar voren waren gekomen. Dan zou men met een verregaand ongezonde organisatie te maken hebben. Dat is niet het geval⁶. Toch, als men de uitkomsten nader analyseert, dan kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat werkdruk/stress wel degelijk bij vrij veel zorgmedewerkers herhaaldelijk een rol speelt. Dat betekent dat het verschijnsel van werkdruk/stress aandacht verdient in de kwaliteitszorg op basis van kortcyclische metingen, zowel vanuit het gezichtspunt van de cliënt (de kwaliteit van de zorg kan eronder lijden) als vanuit het gezichtspunt van de medewerker (het persoonlijk welbevinden van de medewerker kan eronder lijden met als

⁶ Verbeek en Van den Boom (2014) – zie voetnoot 9) – vermelden onderzoek waaruit naar voren komt dat ongeveer 65 procent van de medewerkers in de langdurige zorg het te druk vindt op het werk. Meer dan de helft van de zorgmedewerkers vindt dat er onvoldoende tijd is voor cliënten. De resultaten van het eigen onderzoek bij De Goede Zorg steken daar gunstig tegen af, zonder dat – nogmaals – gezegd kan worden dat er niets aan de hand is.

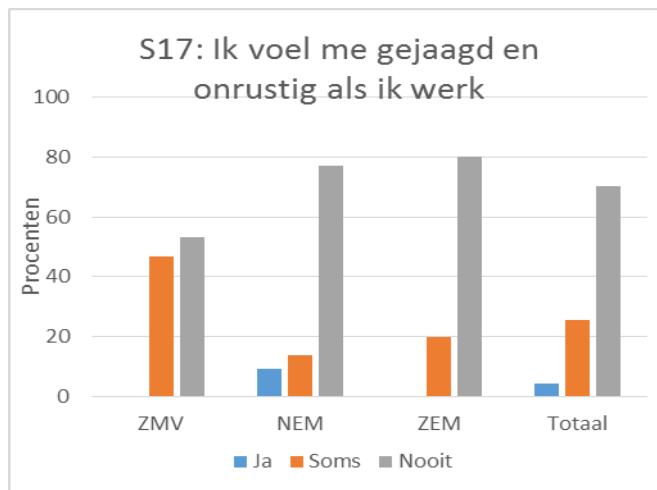
gevolg kans op afhaken en minder goed functioneren). Daarbij dient men rekening te houden met de mogelijkheid dat de teams onderling flinke verschillen kunnen vertonen.

Verbeek en Van den Boom (2014)⁷ bespreken zowel rollen van managers als de HR-adviseur op tijdsdruk aan de orde te stellen en waar nodig aan vermindering ervan te werken. Belangrijk daarbij is het creëren van een veilige omgeving waarin het probleem van de tijdsdruk kan worden besproken en behandeld.

2.5.3. Verschillen tussen teams

Bij de meeste stellingen zijn de verschillen tussen de drie bij het onderzoek betrokken teams betrekkelijk gering. Er zijn wel uitzonderingen hierop. Dat geldt onder andere voor de stelling “Ik voel me gejaagd en onrustig als ik werk”. Zie onderstaande grafiek.

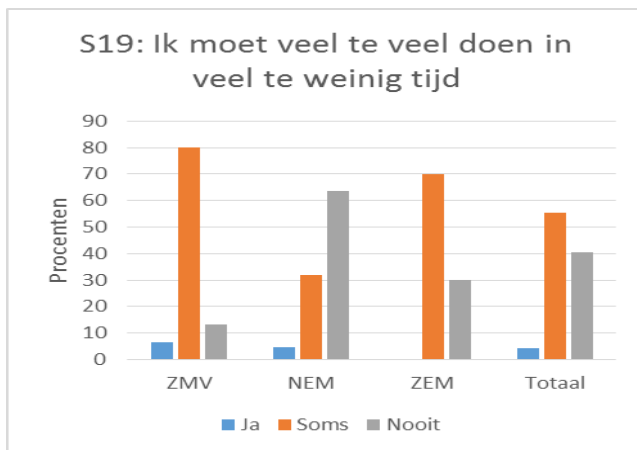
Grafiek 1. Stelling 17 naar team



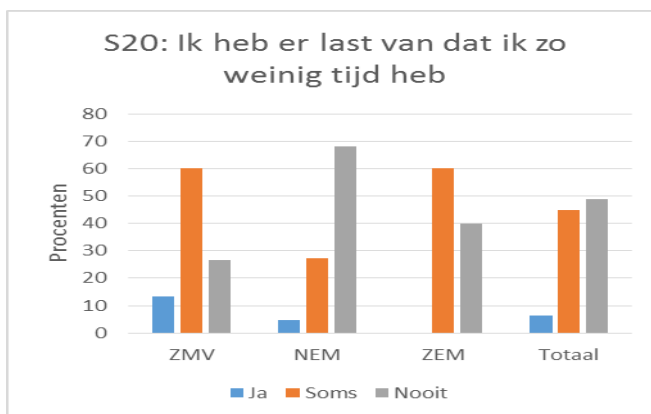
Uit Grafiek 1 valt af te leiden dat het zich (soms) opgejaagd en onrustig te voelen sterker aanwezig is bij het intramurale team (47 procent, versus 23 en 20 procent, waarbij ja en soms bij elkaar opgeteld zijn). Helaas is het onderscheid tussen ja en soms wat grof. Het zou nader onderzoek vergen om daarin een preciezer inzicht te krijgen. Ook wat betreft stelling 19 (Ik moet veel te veel doen in veel te weinig tijd) en stelling 20 (Ik heb er last van dat ik zo weinig tijd heb) is te zien dat het intramurale team hoger scoort, hoewel hier de verschillen minder groot zijn. Zie de Grafiek 2 en 3.

⁷ Bron: <http://www.hrzone.nl/organiseren/organiseren-artikelen/entry/hoe-tijdsdruk-effectief-op-te-lossen> (bezoekt op 22 juni 2015).

Grafiek 2. Stelling 19 per team

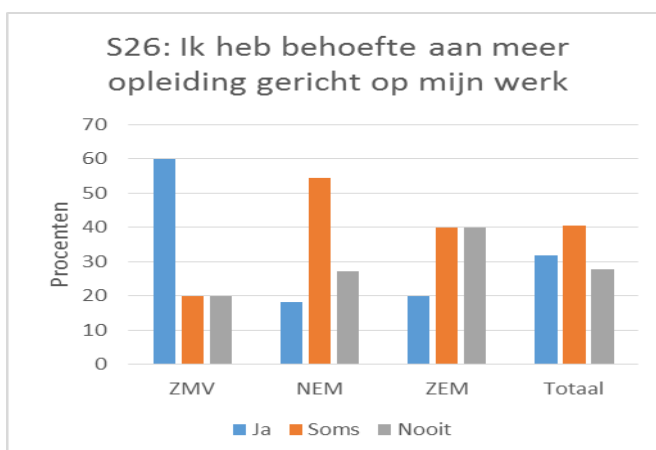


Grafiek 3. Stelling 20 per team



Het verschil tussen het intramurale team en de twee extramurale teams kan voor een deel liggen aan de verschillende context en de wijze van werken, maar kan ook liggen aan verschillen in medewerkers op het gebied van beleving en competenties. Het intramurale team heeft relatief ook meer teamleden die behoefte hebben aan meer op het werk gerichte opleiding. Zie Grafiek 4.

Grafiek 4. Stelling 26 per team



2.6. Cliëntenopinions over de dienstverlening door De Goede Zorg

Behalve onderzoek naar de tijdsbeleving van zorgmedewerkers in drie teams, is er onderzoek gedaan naar de opinies van cliënten over de dienstverlening van De Goede Zorg, en wel bij de cliënten van twee teams, één intramuraal team ZIM (Avondzon, 17 respondenten) en één extramuraal team VEM (Veenkamp, 19 respondenten). Het onderzoek is uitgevoerd in mei 2015. Er was een enquêteformulier opgesteld met 15 vragen over mogelijke verbeteringen in de dienstverlening: vindt u dat De Goede Zorg zich op de volgende punten dient te verbeteren? En dan volgden de 15 punten. De vragen werden mondeling gesteld door een enquêteur/enquêtrice die de cliënten in hun woning bezocht. Vooraf kregen de geënquêteerden een brief van De Goede Zorg met informatie en het verzoek medewerking aan het onderzoek te verlenen.

De elementen waarop de cliënten werden bevraagd zijn afkomstig uit de al in hoofdstuk 4 bekende handleiding 'Vaardig omgaan met tijd en zorg' (zie voor details voetnoot 7). Daarin was ook een cliëntenonderzoek opgenomen, maar daarin werden de cliënten gevraagd hoe belangrijk zij deze elementen vonden. De gehouden enquête bij De Goede Zorg is een evaluatieonderzoek, waarbij de cliënten konden aangeven wat zij van de diensten vonden; zij konden aangeven of men op de verschillende punten verbeteringen op zijn plaats vond. De vijf antwoordcategorieën waren:

Vindt u dat DGZ zich op de volgende punten dient te verbeteren?	Ik zeg volop ja, dit moet echt beter	Ja, zo nu en dan kan dit beter	Neutraal/ geen mening/ Niet van toepassing	Nee, ik ben doorgaans best wel tevreden hierover	Nee, ik heb geen enkele klacht op dit punt
---	--------------------------------------	--------------------------------	--	--	--

Alvorens de vragen over de 15 punten te stellen, werd eerst gevraagd te reageren op de volgende stelling: Ik ben tevreden over de dienstverlening door De Goede Zorg. Grafiek 5 geeft de uitkomsten hiervan.

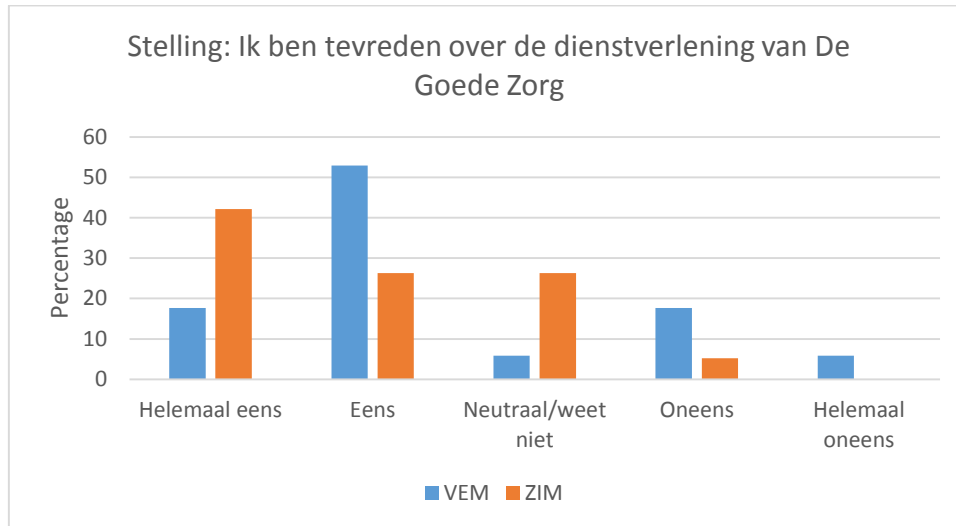
Grafiek 5 maakt duidelijk dat veel cliënten over de dienstverlening tevreden zijn. Echter, een flink aantal cliënten is niet over de gehele linie tevreden of houdt zich op de vlakke (neutraal). Ook hierbij kan gesteld worden dat de uitkomsten aangeven dat er een actief kwaliteitsbeleid nodig is om de tevredenheid op te voeren en op een hoog niveau te houden. Ook de concurrentiestrijd zal dit (waarschijnlijk) gaan eisen.

Aan het eind van de enquête (nadat de 15 punten aan de orde zijn geweest) is de cliënten gevraagd hoe groot de kans is dat zij De Goede Zorg bij familie, vrienden of anderen aanbevelen. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in Grafiek 6. Deze vraag wordt door bedrijven vaak gesteld aan hun klanten in het kader van de theorie van de Net Promoter Score (NPS). Meestal is de aanleiding van de vraag de levering van een bepaald product of dienst. Bij de zorg gaat het om een integraal pakket van diensten over een langere tijdsperiode. Er wordt hier niet ingegaan op de theorie van de NPS. De scores op zichzelf zijn informatief, zij het dat zij ongeveer een zelfde beeld geven als de vraag naar de tevredenheid met de dienstverlening door De Goede Zorg⁸. Dat wil zeggen, de meeste antwoorden staan aan de positieve kant. Maar, ook hier geldt dat er vrij veel respondenten

⁸ Uit individuele scores blijkt dat de mate van tevredenheid die men aangeeft in 50 procent van de gevallen leidt tot een navenante score betreffende de kans van aanbevelen.

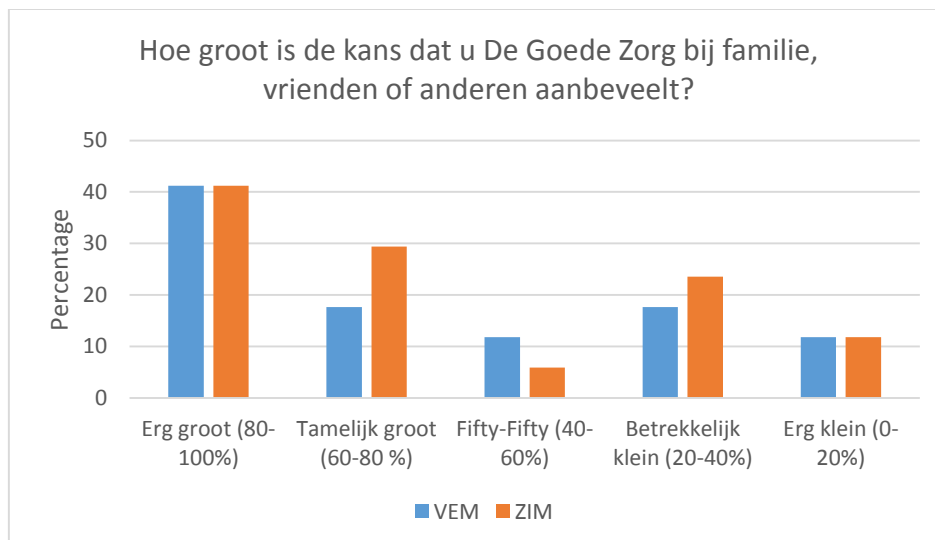
zijn die iets anders aangeven dan grote kans op aanbevelen. Hoe ga je als organisatie/team met deze signalen om? Vooral als je naar een veerkrachtige, wat tevens betekent competitieve, organisatie toe wilt.

Grafiek 5. Tevredenheid van cliënten over De Goede Zorg



Aan het eind van de enquête is gevraagd of hoe groot de kans is dat 'u De Goede Zorg bij familie, vrienden of andere personen aanbeveelt?'

Grafiek 6. Aanbevelen van De Goede Zorg bij familie, vrienden of anderen



De verschillende scores op de 15 mogelijke verbeterpunten zijn weergegeven in Tabel 7 (voor Avondzon intramuraal) en Tabel 8 (voor Veenkamp extramuraal). In dit document beperkt de analyse zich tot enkele hoofdlijnen. Er volgt eerst een grafiek met gemiddelde percentages (over de 15 punten); dit is Grafiek 7⁹. Daarna wordt voor enkele onderwerpen een grafiek gegeven met het doel verschillen tussen de twee teams te laten zien.

⁹ Hierin is AIM dezelfde groep als die in voorgaande grafieken als ZIM is aangeduid (de Z slaat op zuidelijk).

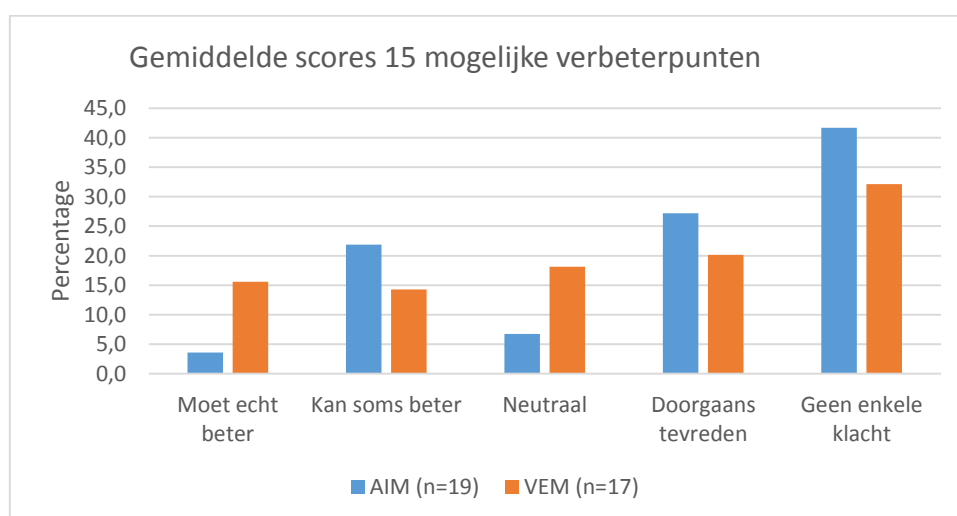
Tabel 7. Cliëntenopinions. Antwoorden vanuit Avondzon Intramuraal mei 2015

	Vindt u dat DGZ zich op de volgende punten dient te verbeteren? In percentages. Per stelling 100%	Ik zeg volop ja, dit moet echt beter	Ja, zó nu en dan kan dit beter	Neutraal/ geen mening/ Niet van toepassing	Nee, ik ben doorgaans best wel tevreden hierover	Nee, ik heb geen enkele klacht op dit punt
1	Het op een vaste tijd komen van zorgverleners	11	37	0	26	26
2	Het op tijd komen van zorgverleners	11	32	0	32	26
3	Het komen van een zorgverlener als u die oproept	5,3	21	5,3	32	37
4	Het op de afgesproken tijd komen van zorgverleners	5,3	21	5,3	32	37
5	U niet laten wachten	5,3	26	5,3	37	26
6	De tijd nemen voor u	5,3	16	0	21	58
7	Persoonlijk contact maken	0	26	5,3	21	47
8	Aandacht voor u hebben	0	32	0	21	47
9	Vlot doorwerken	0	32	5,3	11	58
10	Rustig, zonder haast werken	0	5,3	5,3	26	63
11	Overleggen met u over de zorgtijden	0	16	5,3	32	47
12	Veranderingen van tijd doorgeven	0	16	11	32	42
13	Flexibel op te roepen zijn	0	16	0	42	42
14	Korte wachttijden hebben	0	32	0	32	37
15	In een alarmsituatie u de zekerheid geven dat er hulp is als u die nodig heeft	11	0	47	11	32

Tabel 8. Cliëntenopinions. Antwoorden vanuit Veenkamp Extramuraal mei 2015

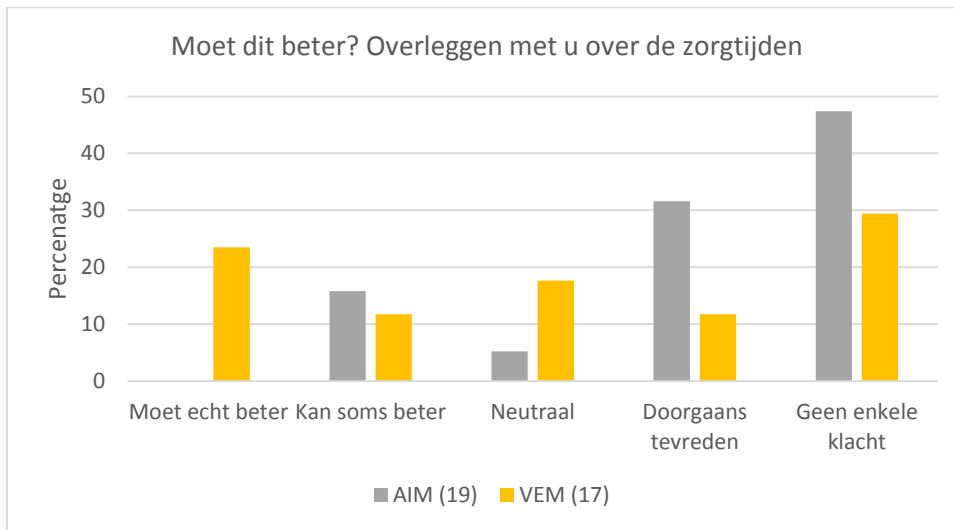
	Vindt u dat DGZ zich op de volgende punten dient te verbeteren? In percentages. Per stelling 100%	Ik zeg volop ja, dit moet echt beter	Ja, zó nu en dan kan dit beter	Neutraal/geen mening/ Niet van toepassing	Nee, ik ben doorgaans best wel tevreden hierover	Nee, ik heb geen enkele klacht op dit punt
1	Het op een vaste tijd komen van zorgverleners	6	47	6	24	18
2	Het op tijd komen van zorgverleners	12	35	12	29	12
3	Het komen van een zorgverlener als u die oproept	6	0	47	12	35
4	Het op de afgesproken tijd komen van zorgverleners	18	18	29	18	18
5	U niet laten wachten	24	24	6	35	12
6	De tijd nemen voor u	24	18	0	12	47
7	Persoonlijk contact maken	24	18	0	12	47
8	Aandacht voor u hebben	24	0	0	29	47
9	Vlot doorwerken	6	12	18	24	41
10	Rustig, zonder haast werken	6	6	24	18	47
11	Overleggen met u over de zorgtijden	24	12	18	12	29
12	Veranderingen van tijd doorgeven	12	12	6	35	35
13	Flexibel op te roepen zijn	12	6	29	18	35
14	Korte wachttijden hebben	12	0	53	18	18
15	In een alarmsituatie u de zekerheid geven dat er hulp is als u die nodig heeft	24	6	24	6	41

Grafiek 7. Gemiddelde scores mogelijke verbeterpunten

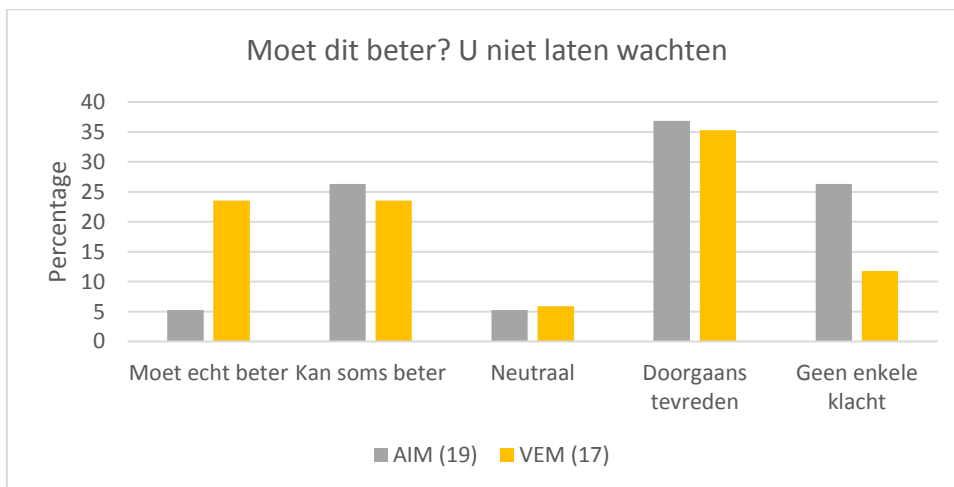


Bij wijze van illustratie worden de uitkomsten voor twee mogelijke verbeterpunten in een grafiek getoond (Grafiek 8 en 9).

Grafiek 8. Overleggen over zorgtijden



Grafiek 9. Laten wachten



Bij de enquêtering was er ook een mogelijkheid eigen opmerkingen van de betrokken cliënten op te tekenen. Deze zijn niet representatief maar geven hier en daar wel te denken (zie Tabel 9). Als bijvoorbeeld één cliënt meldt dat zij het vervelend vindt dat zorgmedewerkers tijdens hun zorgverlening (nogal lang) met collega's bellen, dan kun je je met recht afvragen of dit niet bij andere cliënten ook gebeurt en wat voor conclusies daaraan verbonden moeten worden. In het onderstaande tekstkader (Tabel 9) worden de verschillende opmerkingen van cliënten weergegeven. Vooral de zorgverleners zelf kunnen met dergelijke opmerkingen hun voordeel doen.

Tabel 9. Opmerkingen van cliënten uit de enquête onder twee teams
Mevrouw heeft het hier prima naar haar zin.
Mevrouw is zeer tevreden.
Sommige verzorgenden letten beter op tijdens douchen wat betreft smetvlekken. Even extra aandacht voor iets extra's (bijv. rug insmeren).
Mevrouw is tevreden over de zorg. Als er iets extra nodig is staat de zorg ook klaar voor mevrouw. Altijd wordt gevraagd na het werk of verzorgende nog iets voor mevrouw kan doen.
De heer (en mevrouw) zijn heel tevreden over de zorg. Allemaal vriendelijke en aardige zorgverleners.
Mevrouw is nog maar kort in zorg, maar is erg tevreden. Verzorgende is altijd vrolijk.
Behandelplan voordat cliënt gaat tekenen even ter inzage geven, d.w.z. ruim van te voren zodat cliënt het rustig kan lezen
Er wordt te weinig rekening gehouden met leeftijd van mevrouw. Het verschilt heel erg per verzorgende hoe men met mevrouw omgaat. De ene verzorgende geeft mevrouw meer aandacht dan de andere. Wanneer mevrouw iets zegt van de werkwijze van de verzorgende, worden ze boos op haar. Mevr. is 'bang' dat verzorgende vervelend tegen haar gaat doen.
Mevrouw is erg tevreden over de verzorging.
Mevrouw was erg blij dat ze kon kiezen tussen een mannelijke en vrouwelijke verzorgende. Mevrouw wordt vriendelijk behandeld door de verzorgende.
Mevrouw is erg direct, dit wordt niet door alle verzorgenden gewaardeerd.
Ik hoop dat de verzorging hun werk goed kunnen blijven doen en niet steeds weer worden gedwarsboomd van hogerhand. Ik hoop dat DGZ blijft bestaan. Ik wil de uitslag weten van deze enquête.
Erg tevreden zijn deze twee zussen. Zijn behoorlijk zelfstandig en hebben weinig zorg nodig. Hebben veel aan elkaar.
Mevrouw stoort zich vreselijk aan het feit dat er tijdens de zorg die wordt gegeven constant (vaak) met elkaar wordt gebeld. Mevrouw vindt de zorgverlener aardig.
Meer aandacht, menselijkheid, nu is het alleen de plicht. Ze willen wel, maar geen tijd. Er moet meer in map gekeken worden omdat dat belangrijk is voor mij. Communicatie onderling bij de verzorgenden is niet best. Er wordt slecht overgedragen. Het zou me geruststellen als ik daarop kon bouwen. De planning kan beter. Ik mis vaak aandacht.
De organisatie is slecht. Planbureau was een grote misser. Niet tevreden over de planning. Steeds wisselende verzorging is voor mij een ergernis, omdat ik steeds alles weer moet uitleggen. Omdat ik helemaal gewassen moet worden, vind ik dat vaak gênant. Mevrouw wil de uitslag horen.
Wondverzorging is goed. Liefdevol en met respect benaderd door de verzorging. Niet allemaal, maar de meeste zijn vriendelijk.
Mevrouw voelt zich sinds een jaar niet meer fijn hier. Mevrouw voelt een gespannen sfeer en haast van de verzorging. Mevrouw kan niet meer ontspannen. De zorg en persoonlijke aandacht is slecht. Ervaart weinig liefdevolle aandacht.
Het eten is niet lekker. Steeds hetzelfde en vieze jus. De lijst (menu) is te ingewikkeld. Eenvoudiger maken of hulp bieden bij het invullen.
Allemaal tevreden.
Erg tevreden.

Hier zijn de verschillen tussen de twee teams relatief groot. Het vergt nadere discussie met de betrokken teams om de uitkomsten goed te interpreteren. De uitkomsten geven hoe dan ook aanleiding tot bezinning op de kwaliteit van de dienstverlening en hoe die verbeterd kan worden. En hoe dit soort verbeterprocessen verankerd kunnen worden in de kwaliteitszorg op teamniveau en andere niveaus. Daarbij ligt het in de lijn van de persoonsgerichte zorg dat op veel punten de dienstverlening aan hogere eisen moet gaan voldoen.

2.7. Personeelsbeleid: contract en status

2.7.1. Algemene ontwikkelingen in het werkgeverschap in de zorg

Het lijkt geen twijfel dat het personeelsbeleid een cruciale rol speelt bij de realisatie van een succesvolle verandering. De roep om flexibilisering van de arbeid is een breed verschijnsel in de economie. De andere kant van de medaille is minder baanzekerheid en ook inkomenszekerheid. De arbeidsverhoudingen en het personeelsbeleid zijn geen onderdeel van het vervolgonderzoek.

“Een ander opvallend kenmerk is goed werkgeverschap (in veranderde organisaties in de langdurige zorg; TW). En dan niet alleen werkgeverschap in de traditionele zin, waarbij medewerkers worden ingepast in een hiërarchisch organisatiesysteem. De beschreven organisaties zijn plat, met opvallend weinig overhead en management. Professionals in de zorg zijn heel goed in staat hun eigen werk in te delen en met elkaar roosters in te vullen als zij in hun organisatie daar de ruimte en de mogelijkheden voor krijgen. Juist dan zijn zij in staat werkelijke meerwaarde te bieden voor cliënten. Als deze voorwaarden worden ingevuld en verankerd zijn in de organisatiefilosofie blijkt het makkelijker om medewerkers te vinden en te binden. En het blijkt mogelijk om een flexibel zorgaanbod te maken, dat een wezenlijk antwoord is op de vraag van de individuele cliënt. Ook als het gaat om onplanbare zorg, of als cliënten een vast team van medewerkers nodig hebben. Hiermee vullen zij op dit moment al het belangrijkste aspect van toekomstbestendige zorg in: meer en betere zorg met minder en tevreden medewerkers.”

Bron: Panteia (2014) In voor zorg! Organisaties in de langdurige zorg: vernieuwing en onderscheid 2012.

Het is dan ook niet de bedoeling daar expliciet op in te gaan. Wel is van belang stil te staan bij de relatie tussen werk(omgeving) en veranderbereidheid. Er zijn in de afgelopen decennia allerlei ontwikkelingen waar te nemen op het gebied van de arbeid. Edwards (2003) geeft daarvan een breed beeld op basis van twee begrippen: contract en status.

Contract duidt op het verschijnsel van een directe relatie tussen prestatie en loon als kern van de arbeidsrelatie. Dat ziet men bij voorbeeld in het ontstaan van een flexibele schil van banen die met weinig rechten en zekerheden gepaard gaan terwijl het loon betrekkelijk laag is. Hierbij gaat het om uitzendwerk, tijdelijke contracten en deeltijdwerk. Bij de banen voor onbetaalde tijd en met aantrekkelijke voorwaarden ziet men dat er inmiddels in veel situaties directe prestatie monitoring wordt toegepast die medebepalend is voor de beloning en baanzekerheid. In veel organisaties waar aan prestatie meting wordt gedaan is er weliswaar sprake van ‘softe HRM’; dat wil zeggen, bij onvoldoende functioneren/presteren wordt er niet onmiddellijk een ontslagprocedure in gang gezet maar komt men tot een persoonlijk programma van opleiding en/of coaching om tot verbetering en voortzetting van de arbeidsrelatie te komen. Toch ziet men in veel situaties dat er een directere relatie tussen presteren, beloning en continuering van de arbeidsrelatie wordt gelegd.

Status wijst op het verwerven van een bepaalde positie in het bedrijf die boven de wederzijdse directe contractuele werkrelatie uitgaat. Door langdurige verbintenissen tussen

een werknemer en het bedrijf ontstaat er bij de werknemer een diepe kennis van de organisatie. Status valt te ontlenen aan baanzekerheid, goede arbeidsvoorwaarden (betere dan de mensen met tijdelijke en deeltijdbanen), promotiemogelijkheden, het krijgen van verantwoordelijke taken, het kunnen inbrengen van eigen waarden en directe betrokkenheid bij besluitvorming. Met name voor werk waarvoor relatief bescheiden opleidingsniveaus gelden, vormen de opgebouwde arbeidsverhoudingen via cao's en ondernemingsraden belangrijke verworvenheden. Ook nut en noodzaak van deze verworvenheden worden tegenwoordig ter discussie gesteld. Ook degenen die deze verworvenheden willen handhaven, zijn veelal wel voorstanders van aanpassingen.

Flexibilisering is volgens toekomstverkenner een voortgaande trend die niet te stoppen is. Wel ziet men dat er in de politiek pogingen worden gedaan om de bestaansonzekerheid die met flexibilisering gepaard gaat op te vangen met nieuwe wetgeving. Er is een nieuwe tweedeling van goede en slechte banen ontstaan (dit is een internationaal verschijnsel) die de politiek niet onberoerd laat.

Mogelijkheden de gerezen ongelijkheid in baan- of breder bestaanszekerheid te beperken (in discussie of al in praktijk gebracht) betreffen het indammen van uitzendwerk dat niet gericht is op het opvangen van pieken en dalen maar louter bestaat om arbeidskosten te drukken; vermindering van uitbesteding van werkzaamheden die een 'race-to-the-bottom' versterken (steeds slechtere beloning); tegengaan van schijn-zzp-constructies; fiscale verlichting en verplichte pensioenvoorzieningen voor zzp-ers. Iedere organisatie die werknemers in dienst neemt, kan tot op zekere hoogte eigen afwegingen maken. Hierbij dient men niet alleen te kijken naar de arbeidskosten maar ook naar de aspecten van contract en status zoals in het voorgaande besproken.

2.7.2. Personeelsbeleid bij De Goede Zorg: enkele aantekeningen

Aangenomen kan worden dat De Goede Zorg zich niet aan algehele tendensen op de arbeidsmarkt kan of wil onttrekken. Er zijn echter wel aspecten van de werkrelatie die speciale aandacht eisen en die door De Goede Zorg op een relatief unieke manier kunnen worden vormgegeven.

De veerkrachtige organisatie die De Goede Zorg wil worden zal tevens een organisatie moeten zijn die op hoog niveau presteert (de 'high performance organisation') dankzij het hebben van prestatieteams ('high performance teams'). Kenmerken van prestatieteams zijn: een gedeelde visie en aanpak, continue leren en verbeteren, streven naar concrete (ook meetbare) resultaten, een sterk bewustzijn van de omgeving (in casu: de cliënt en zijn netwerk) en generatieve samenwerking (d.w.z. samenwerking die niet alleen gericht is op een effectieve uitvoering van taken maar ook leidt tot het creëren van nieuwe vormen dienstverlening, innovatie dus)¹⁰. Er is nog van alles te zeggen over dergelijke teams. Eén ding is wel duidelijk dat zulke teams een speciaal HRM-beleid vergen.

Daarbij zijn zowel contract als status van belang. De contractkant wil zeggen dat er van de medewerkers duidelijke prestaties worden verwacht en dat ze daarop ook beoordeeld

¹⁰ Zie: <http://highperformanceteam.nu/high-performance-team/high-performance-team-2> (bezoekt op 20 juni 2015)

worden. Zowel goede als slechte prestaties blijven niet onopgemerkt in waardering en beloning. Als het gaat om het adresseren van tekortkomingen kunnen er trainingen worden aangeboden (niet vrijblijvend maar als een contract: aanbieden en verkrijgen van competenties die helpen de teamprestaties te verbeteren). Belangrijk element is ook honorering van de teamprestaties; dit is een vorm van collectieve prestatiebeloning; hoe dit kan worden gerealiseerd is nog een vraag; deze dient wel beantwoord te worden.

De statuskant is ook belangrijk. De uitvoerende zorgmedewerkers zijn degenen die de directe relaties met de cliënten onderhouden. Zij dienen het gevoel te krijgen er volledig bij te horen en volop gerespecteerd te worden (al zijn ze niet degene met de hoogste rang) en niet gedwongen worden de zorgrelatie te verschrallen om economische redenen. Tegelijkertijd houdt status ook in dat zorgmedewerkers betrokken kunnen worden bij discussies over 'het verdienmodel'.

Besluitvorming in teamverband waarbij de stem van de individuele leden wordt gehoord zal al statusverhogend kunnen werken. Ook het bewaken van werkdruk (zodat deze binnen hanteerbare proporties blijft) heeft te maken met status; er moet ruimte zijn ook aan zaken aandacht te besteden die niet betrekking hebben op de dagelijkse planning en taakuitvoering. Het is ook belangrijk om de afstand tussen de hoogste leiding en de teams zo klein mogelijk te laten zijn. Dat kan onder andere door een goed communicatiebeleid. Status zal de verbondenheid die medewerkers met de organisatie hebben versterken.

De zelforganiserende teams worden geacht intern de taken en verantwoordelijkheden te verdelen zonder dat er sprake is van één bepaald verantwoordelijke teamleider. Er is wel de boven een team gestelde manager (die verschillende teams onder zich kan hebben), die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de gang van zaken in een team. Deze delegeert echter de primaire verantwoordelijkheden.

Het is van belang de taken in de teams formeel te verdelen. Doet men dat niet of te partieel, dan ontstaat er al spoedig een informele taakverdeling en leiderschap waarop men verder weinig zicht heeft. Er zijn de direct uitvoerende taken (met een directe verbinding met individuele cliënten) en regel- en ontwikkeltaken, die per teamlid kunnen verschillen. Al deze taken dienen op basis van tijdsbudgetten verdeeld te worden; er dienen daarbij waar mogelijk en zinvol prestatie-indicatoren te worden vastgesteld. Meting daarvan, feedback en evaluatie dienen plaats te vinden. Het kan van belang zijn voor elk team een voorzitter aan te wijzen met duidelijk te benoemen vergadertechnische en procedurele taken. De term 'voorzitter' is hier op zijn plaats omdat het gaat om iemand die geen eindverantwoordelijkheid draagt maar hooguit 'primus inter pares' is.

De kortcyclische kwaliteitszorg dient in de eerste plaats intern plaats te vinden. Daarnaast zijn andere vormen van controle van belang, met de tevredenheid van de cliënt als belangrijkste indicator.

Het concept van zelforganiserende teams biedt ruime mogelijkheden om zowel aan contract als status aandacht te besteden en een beleid gericht op presteren op hoog niveau in te zetten. Voor veel medewerkers zal deze gang van zaken het nodige aanpassingsvermogen vragen. Het gevaar is niet slechts denkbeeldig; medewerkers zijn bij alle veranderingen

dikwijls geneigd terug te vallen op oude routines. Routines ('zo doen we dat hier') zijn nauw verweven met de cultuur van een organisatie. In het eerste onderzoek is er op gewezen dat het belangrijk is om routines die in de oude situatie al niet goed waren (bijvoorbeeld vormen van ineffectief vergadering) mee te nemen naar de nieuwe situatie. Echter, ook routines die goed werkten in de oude situaties dienen voor een belangrijk deel in de nieuwe situatie vervangen te worden door nieuwe manieren van opereren. Deze nieuwe vormen kunnen zelf zich ontwikkelen tot nieuwe routines en praktijken zodat het nieuwe tot het DNA gaat behoren van de nieuwe organisatie.

2.8. Hoe De Goede Zorg aan het werk gaat

Het transformatietraject op basis van vier thema's

De rapporten van de verandermanager geven goed aan waarheen De Goede Zorg zich beweegt. In een relatief korte tijd (sinds februari 2014) is de organisatie bezig de beoogde transformatie te realiseren. Vanaf juli 2015 is er een implementatieperiode begonnen die volgens planning zal duren tot juli 2017. Gedurende die periode zal er periodiek geëvalueerd worden op resultaten en effecten voor de organisatie.

Voor het gehele transformatietraject worden vier thema's onderscheiden: het werken in verschillende stadsdeelgebieden, het Service Expertise Centrum, integraal management en het werken in zelforganiserende teams. Zie voor een overzicht Figuur 1.

De activiteiten worden onderverdeeld naar vier stadsdeelgebieden in Apeldoorn. Drie van deze stadsdeelgebieden zijn operationeel omdat zij samenvallen met vestigingen van De Goede Zorg die al lang operationeel zijn. In dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de laatste drie thema's.

Het Service Expertise Centrum

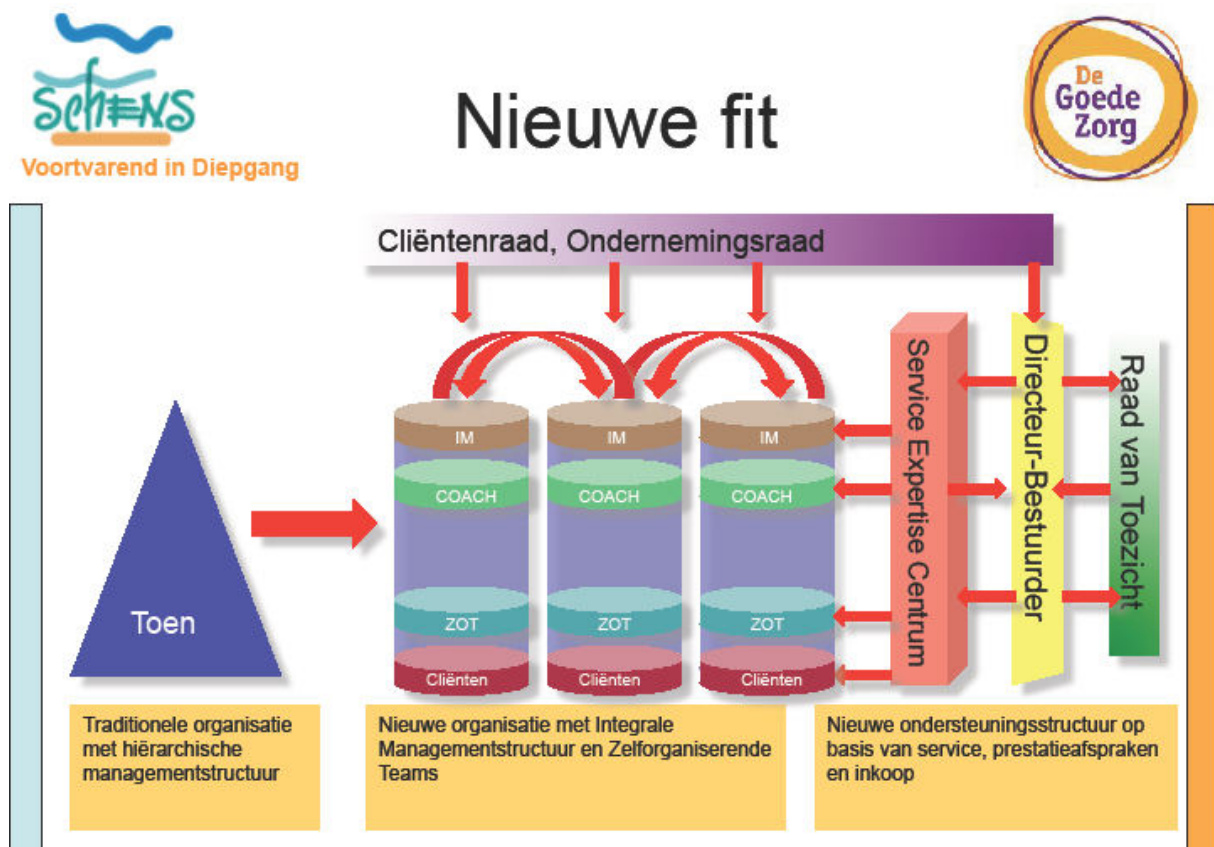
Het Service Expertise Centrum (SEC) omvat een scala van activiteiten en diensten zoals het frontoffice en het backoffice (de zorglijn, cliëntondersteuning en zorgtoeleiders), economisch en administratieve processen, zorginkoop, control-activiteiten, functies als marketing, kwaliteitszorgsystemen en communicatie, secretariaat en ondersteuning van het vrijwilligerswerk, facilitaire dienst en vastgoed. Voor een deel wordt er specialistische kennis ingehuurd. De budgetverantwoordelijke lijnmanagers sluiten met het SEC overeenkomsten af over de ondersteuning die het SEC aan de teams gaan geven.

Het SEC vervult een belangrijke taak in de organisatie. Ook binnen het SEC wordt er gewerkt met zelforganiserende teams. Naast het ondersteunen van de teams zal het SEC ook (gevraagd en ongevraagd) advies gaan verlenen aan de integraal managers en de directeur-bestuurder. Ook bij deze activiteiten zal telkens de vraag moeten zijn: wordt de cliënt er beter van?

De verandermanager is tot de conclusie gekomen dat bij De Goede Zorg veel processen op een efficiëntere manier (lean) kunnen worden georganiseerd. Hierbij valt te denken aan inkoopafspraken met leveranciers, maar ook aan interne processen rondom de directie; er zijn flinke besparingen mogelijk.

Van groot belang is de stelling dat de implementatie en ontwikkelingen van het SEC synchroon dienen te lopen met de procedure rondom de invoering van de nieuwe organisatiestructuur (zelforganiserende teams en het werken met integraal managers).

Figuur 1: Naar een nieuwe organisatiestructuur



Extra aandacht is nodig voor de marketing en innovatie. De interne veranderingen kunnen zoveel aandacht opeisen dat de marketing en innovatie te weinig aandacht krijgen. Aanvullend is het aan te bevelen hiervoor externe expertise aan te trekken. Het gaat om zaken die personeel dat vertrouwd is met de oude organisatie onvoldoende in de vingers heeft terwijl er voor lange leertrajecten geen tijd is. Er zijn nieuwe competenties in het geding die veel aandacht vragen: nieuwe creatieve diensten waarvoor potentiële cliënten willen betalen; nieuwe diensten waarbij gebruik wordt gemaakt van moderne technologische mogelijkheden.

Integraal management

Het werken met integraal management is een opmerkelijke breuk met de oude (en nog bestaande) situatie. De managers gaan zich veel minder direct bezighouden met de directe zorg aan de cliënten (daarvoor worden de teams direct verantwoordelijk) maar krijgen er andere belangrijke taken bij. Belangrijk is dat de managers budgetverantwoordelijk worden en uiteindelijk ook resultaatverantwoordelijk. Zij sturen de teams aan en kopen voor de teams interne en externe ondersteunende diensten in. Het aantal managers zal in totaal afnemen. Er is een intensief selectieproces ingezet om de managers voor het beperkte aantal posten te selecteren. Coaches worden ingezet om het proces te ondersteunen. Het is duidelijk dat extra training nodig is om de betrokken managers klaar te stomen voor de

nieuwe taken. Er is een redelijke leerperiode nodig; en dan nog zal het spannend worden als moet blijken dat de integrale managers hun taken aankunnen.

Werken in teams

Het startpunt van de zorg ligt bij de zorgvraag van de cliënt en de zorgverlener die daaraan wil voldoen. De zorgverleners werken samen in zelforganiserende teams. Met iedere cliënt wordt een zorgverleningsovereenkomst (zorgcontract) afgesloten. Daarbij gaat het om een teamverplichting ten opzichte van de cliënt. Onderling afstemmen, open communicatie en ook het geven van feedback op elkaars functioneren zijn daarbij belangrijk. De verwachting is dat er voor de medewerkers daardoor meer werkplezier en vrijheid van handelen in de uitvoering van het werk zal komen. Het geeft ook meer voldoening zelfstandig te werken aan oplossingen en mogelijkheden. Hierbij moet wel de nodige teamdiscipline worden opgebracht. Wat dit alles in de praktijk zal betekenen is nog niet duidelijk, er is een leerproces nodig. Door een goede ondersteuning van het SEC, coaches en managers zal er een goede praktijk kunnen groeien die voldoet aan de persoonsgerichte zorg. Hierbij is – zoals eerder benadrukt – een adequate kortcyclische kwaliteitszorg nodig om te voorkomen dat te traag gereageerd gaat worden op tekortschietend gedrag en ontevreden cliënten.

Ook het werken in zelfstandig opererende (zelfsturende of zelforganiserende) teams is een algemeen verschijnsel (van oudere datum; hoewel de verbreiding al snel wordt overschat). De laatste jaren wordt er meer nadruk opgelegd op zelfstandige teams met het ook het kunnen omgaan met onzekerheden in de omgeving en ook om een lerende organisatie te bevorderen.

De organisatie zelf dient echter te bepalen in welke mate een team eigen beslissingsbevoegdheden en zelfsturing krijgt en op welke gebieden. Vier gradaties kunnen hierbij worden aangegeven (Van Amelsvoort & Scholtes, 1994):

1. team beslist zelfstandig;
2. team beslist in overleg met het management;
3. team geeft advies;
4. team heeft geen invloed op de beslissing.

In principe kan men voor iedere regulatieve, of managementtaak, besluiten hoeveel autonomie het team krijgt. Wel is het zo dat er een flink aantal door het team te nemen beslissingen moet zijn, wil men kunnen spreken van zelfstandig opererende of zelforganiserende teams. Daarbij geldt dat teams (kunnen) groeien in hun mate van zelfstandigheid in de tijd. Teamautonomie is een groeiproces. Vandaar ook is het belangrijk dat de invoering van de zelforganiserende teams in fasen gebeurt.

2.9. Gefaseerde invoering van zelforganiserende teams

Een interessant model voor gefaseerde teamontwikkeling is het model voor de ontwikkeling van resultaatverantwoordelijke groepen van Van Amelsfoort (2004). Hierin worden drie fasen onderscheiden:

Eerste fase

In de eerste fase ligt de nadruk op het vergroten van inzetbaarheid in het uitvoerende werk en het vergroten van proceskennis. Het heeft voldoende kennis en kunde van alle kerntaken en de beroepshouding voldoet aan de gestelde eisen. Teamleden willen van elkaar leren en aan elkaar leren (onder andere door het geven van feedback). De prestatie-eisen nemen toe, er wordt meer flexibiliteit verwacht. Een belangrijk instrument om flexibiliteit zichtbaar te maken is de inzetbaarheidsmatrix. Dit is een schema waarin de uitvoerende taken en benodigde competenties uitgezet worden tegen de medewerkers in het team. Teamleden worden beoordeeld (deels door henzelf) op hun competenties. Op basis van de geschatte inzetbaarheid van het team wordt een opleidingsplan voor competentieontwikkeling gemaakt, inclusief intervisie en intercollegiale toetsing.

Tweede fase

In de tweede fase wordt verwacht dat het team de wijze van uitvoering van het werk zelfstandig bepaalt. Teamleden zijn op verschillende uitvoerende taken inzetbaar. Ook kan het team nieuwe opdrachten aan, ook de meer complexe opdrachten. De inzetbaarheidsmatrix is nu een instrument dat door het team wordt beheerd. Het team beslist zelfstandig over veranderingen in het uitvoerend proces, het formuleren van nieuwe eisen betreffende flexibiliteit en het inpassen van nieuwe collega's.

Derde Fase

In de derde fase gaan de teamleden elkaar coachen betreffende de wijze waarop taken worden uitgevoerd. Nu krijgen begrippen als 'zelforganiserend' en 'resultaatverantwoordelijkheid' (voor zover te beïnvloeden door het team) serieuze inhoud. Het team is gericht op voortdurende verbetering, inclusief toepassing van nieuwe technologie en andere processen. Inhuren van kennis kan aan de orde zijn. Er wordt een kennismatrix opgesteld voor de samenwerkingspartners uit de procesketen. Het team moet het bereikte prestatieniveau kunnen meten en zelfstandig analyseren en evalueren. Bij terugval weet het team maatregelen tot herstel te treffen.

Van Amelsfoort (2004) geeft nog veel meer bijzonderheden over de verschillende fasen. Zij bieden een interessante richtlijn die in de organisatie kan worden gevolgd. Het overgaan van de ene fase naar de andere wordt mede bepaald door monitoring en meting van de teams en de resultaten. Dit kan een basis zijn om de overgang van de ene naar de andere fase te laten variëren per team. Ook biedt het fasenmodel een houvast aan ondersteunend stafdiensten.

Als nadeel vermeldt Van Amelsfoort (2004) dat het model niet van toepassing is op teams van ondersteunende afdelingen en managementteams. Ook kan de ontwikkelingsgedachte achter dit model staan haaks op informatiesystemen en managementstijlen die primair op beheersing zijn gericht zijn. De ondersteunende stafdiensten, ondersteunende

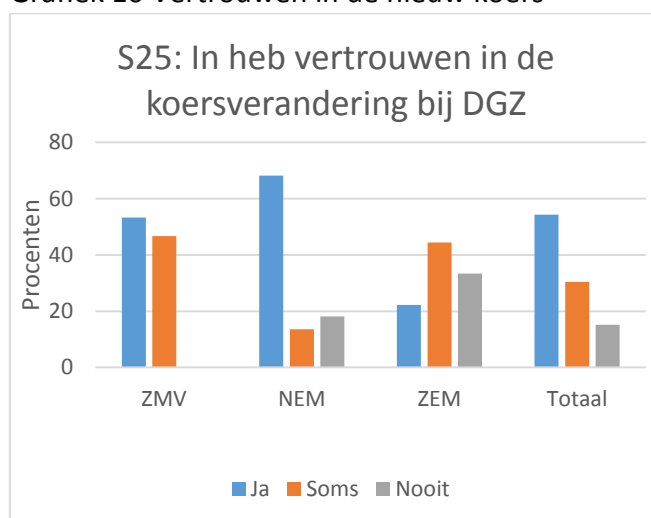
(informatie)systemen en de managementstijl dienen gelijke tred te houden met de teamontwikkeling. Dat is een belangrijke voorwaarde om succes te hebben op het gebied van zelforganiserende teams.

Uit gesprekken met de verandermanager is gebleken dat de transitie bij De Goede Zorg haar voordeel kan doen met het model van Van Amelsfoort. Ook de gedachte van het meten van het willen, moeten en kunnen overstappen van de ene fase naar de andere fase van werken in zelforganiserende teams wordt door de leiding van De Goede Zorg gezien als een interessante optie.

2.10. Het vervolgtraject

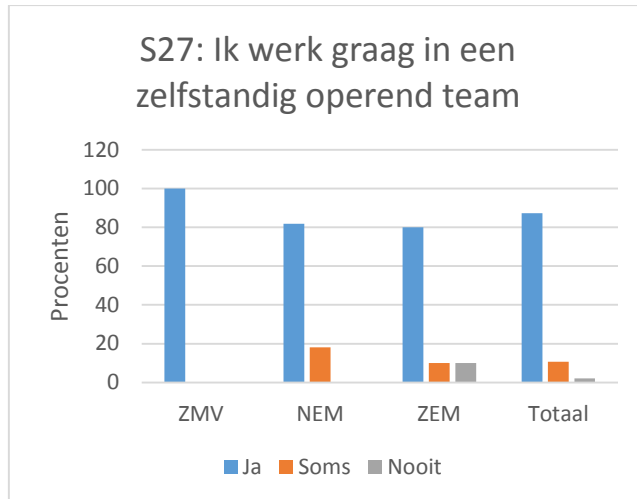
Gesteld kan worden dat het door de verandermanager aangegeven traject duidelijkheid heeft geschapen over waar de organisatie naar toe gaat. Door het ingrijpende karakter van de verandering en de eerdere constatering dat er een zekere onderstroom van afstand en (lijdelijk) verzet bestaat, kan niet worden verwacht dat iedereen vol vertrouwen de verandering tegemoet treedt (zeker niet bij de mensen die voor hun baan moeten vrezin). Bij de enquête (onder drie teams) naar tijdstijlen en tijdsdruk was ook een stelling gevoegd: Ik heb vertrouwen in de koersverandering bij De Goede Zorg. Zie Grafiek 10.

Grafiek 10 Vertrouwen in de nieuw koers



Hieruit blijkt dat in totaal 85 procent dat vertrouwen geheel of gedeeltelijk heeft. 55 procent antwoordde onvoorwaardelijk met ja. Er is op grond hiervan een redelijk goede basis aanwezig om het veranderproces voort te zetten mits er een duidelijke en voortvarende koers wordt gevaren. Zichtbaar leiderschap dient daarbij gepaard te gaan met openheid en interactief optreden. Een grote meerderheid van de medewerkers wil graag werken in een zelfstandig team, gegeven de reacties op de stelling: ik werk graag in een zelfstandig team. Zie Grafiek 11. Dit is een uitstekende basis om de transitie naar zelforganiserende teams aan te gaan.

Grafiek 11. Werken in een zelfstandig team



Te zien is dat de richting van de veranderingen correspondeert met bredere tendensen in de samenleving naar flexibele, marktgerichte organisaties. De concepten hierover worden breed gepropageerd. Succesvolle zorgorganisaties worden gepresenteerd als zijnde de organisaties die al voortgeschreden zijn in die richting: het primaat van de individuele cliënt, ondernemend leiderschap, zelfstandig opererende teams en niet-bureaucratische vormen van kwaliteitszorg.

Of organisaties in staat zijn deze vergaande vormen van aanpassing te realiseren, valt nog te bezien. De Goede Zorg heeft veel gedaan om de voorwaarden voor succes te scheppen, maar de route is nog lang. Waar het evenwicht ligt tussen volhouden en flexibel aanpassen is niet eenvoudig aan te geven. Dat is aan de wijsheid van de leiding van De Goede Zorg.

Wat in het voorgaande naar voren kwam, is samengevat het volgende:

- Er is een zekere onderstroom van scepsis die, naar het zich laat aanzien, te overwinnen valt met een duidelijke koers, onverminderd gesteund door het management van hoog tot laag.
- Hierbij is het belangrijk dat naast de dingen die erbij komen, er ook verlichting komt (minder bureaucratische rompslomp/administratieve lasten). Omvorming van de kwaliteitszorg naar kortcyclische, cliëntgerichte kwaliteitszorg heeft daarbij een hoge prioriteit.
- Ontwikkeling van een professioneel (aan de nieuwe benadering aangepast) informatie- en communicatiebeleid is een belangrijke prioriteit.
- Keuze voor een gefaseerde invoering van zelforganiserende teams is belangrijk. Daaraan dient de ontwikkeling van integraal management (delegerend en coachend ten opzichte van de teams) en de ondersteunende dienstverlening parallel te verlopen.
- Ontwikkeling van nieuwe diensten en innovaties dienen voortvarend te worden aangepakt. Hierbij is het van belang externe expertise in te huren.

In mei 2015 heeft De Goede Zorg formeel zijn strategie aangescherpt en verwoord in “Strategisch Beleidsplan 2015-2020”. Daarin wordt dat de eerder uitgezette koers onderstreept en nader geconcretiseerd. Een belangrijk aspect is daarbij het besef dat De Goede Zorg dient te werken aan verbreding van de markt.

Ook de consequenties voor het personeel van minder intramurale zorg en minder bekostiging van de overhead worden besproken. Het gaat om anders werken (flexibeler, ondernemender) door de medewerkers. De gewijzigde zorgvraag heeft ertoe geleid dat er besloten is afscheid te nemen van helpenden op kwalificatieniveau 2. Er wordt/is gewerkt aan een acceptabel sociaal plan.

De rol van de mantelzorg neemt in belangrijkheid toe gelet op de participatievisie van het huidige beleid. Daarbij zullen vaak ook vrijwilligers een belangrijke rol kunnen spelen. Er zullen wel verschuivingen optreden; maar hoe precies, dat zal de praktijk moeten leren.

Het nieuwe strategische beleidsplan stelt ook dat De Goede Zorg de zorg zo dicht mogelijk rondom de cliënt wil organiseren. Het zelfregulerend vermogen van de teams dient daarop gericht worden. Deze oriëntatie zal ook gevolgen hebben voor de kwaliteitszorg. Het huidige HKZ-instrument wordt als beperkend ervaren. Er wordt gezocht naar alternatieven hiervoor. Dit alles sluit aan op conclusies van het uitgevoerde onderzoek. Tevens valt op te merken dat er nog veel onduidelijk is en er nog veel moet gebeuren.

Wat de strategische visie betreft, ligt De Goede Zorg op koers, kan men op grond van het recente strategische plan concluderen. Het basisbesef van wat nodig is er: “Wat de Goede Zorg de afgelopen jaren tot een sterke zorgaanbieder heeft gemaakt, is voor de komende jaren niet goed genoeg. De organisatie zal nieuwe dimensies moeten geven aan vertrouwde kernwaarden” (volgens directeur-bestuurder Blaauw in het voorwoord tot het nieuwe strategisch beleidsplan).

De nieuwe dimensies zijn in de voorhanden plannen voldoende aan de orde gekomen. Het verandermanagement heeft de bewustwording hierover versterkt en geholpen de marsroute uit te zetten. Het komt aan op een doortastende uitvoering van deze plannen; alleen dan kan de nieuwe, veerkrachtige organisatie gerealiseerd worden.

2.11. Discussie van onderzoeksresultaten tijdens het seminar van 30 juni 2015.

Op 30 juni is er een seminar gehouden bij Wittenborg University waarin de in het voorgaande onderzoeksresultaten zijn gepresenteerd en besproken. Ongeveer 70 mensen uit diverse zorgorganisaties kwamen hiervoor bijeen.

Als eerste sprak Bert Blaauw, de directeur-bestuurder van De Goede Zorg. Wat we zijn geworden, stelde volgens hem echt wel wat voor; De Goede Zorg is een sterk merk; maar het oude is niet goed genoeg voor morgen. Zijn Apeldoornse organisatie had een verandermanager aangetrokken om het benodigde veranderproces in goede banen te leiden. Daarnaast deed Wittenborg University onderzoek. Daarin werd De Goede Zorg voor een deel bevestigd in wat men zelf al dacht en voor een deel de ogen open voor

onvermoede 'waarheden'. De Goede Zorg wilde vijf jaar de tijd nemen om de verandering geheel door te voeren. Dat zal niet puur in een rechte lijn gaan; De Goede Zorg zag hij als een lerende organisatie.

Erik Schensema, de verandermanager, maakt in zijn werk gebruik van metaforen. Dat bleek ook uit zijn presentatie. Hij vergeleek De Goede Zorg met een groot schip. Dat ziet er best stevig en imponerend uit. Er dreigden echter hoge golven en gevaarlijke ijsbergen. Het schip had veel ballast aan boord waardoor er te weinig ruimte was voor nieuwe lading. De verandermanager gaf vervolgens aan waar de organisatie naartoe onderweg was. De zorg richt zich via de teams op de cliënt, van wie het welbevinden staat centraal. Het management in de nieuwe opzet gaat integraal integreren, dus inclusief verantwoordelijkheid voor budgetten en voor het aantrekken van externe en interne assistentie, waaronder vrijwilligers. Ten opzichte van de teams zal er sprake te zijn van coachend leidinggeven.

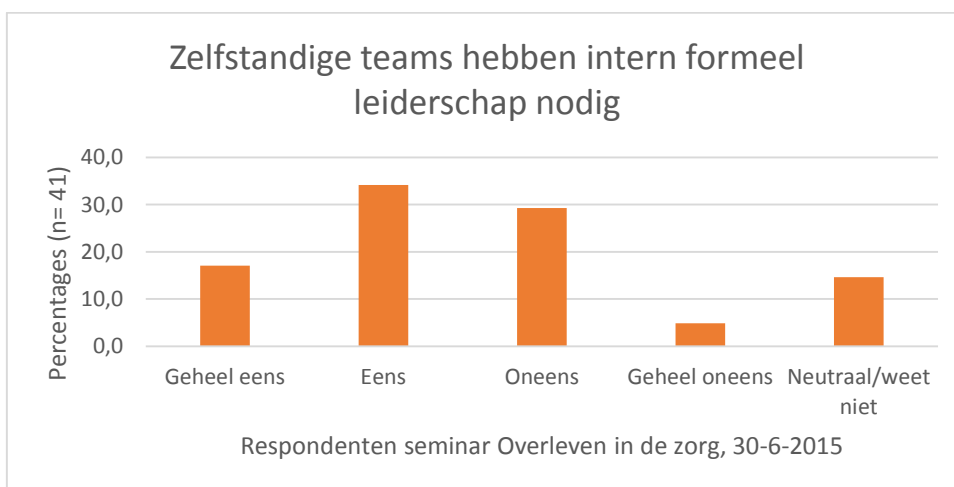
Teun Wolters, de onderzoeker van Wittenborg University en tevens lid van het regiocomité Gelderland van de VU-Vereniging (medeorganisator van het seminar), vatte het verrichte onderzoek kort samen. Mede dankzij het werk van de verandermanager waren veel medewerkers op de hoogte gebracht van wat er stond te gebeuren. Een ondervraagd aantal medewerkers (uit verschillende teams) had aangeven het belang van de verandering in te zien en deze te accepteren. De theorie over verandermanagement is ook van toepassing op De Goede Zorg; wel moet je je daarbij baseren op informatie van de medewerkers; dat is dan ook het geval geweest, al ging het daarbij telkens om een vertegenwoordigende groep. Ook gaven medewerkers aan dat de verandering ook werd gezien als een extra belasting bovenop de vele taken die er al zijn. Het is dan ook nodig dat er niet alleen allerlei taken bijkomen, maar ook dat er verlichting komt in de taken, vooral administratieve taken. Ook is er meer slagvaardigheid nodig in de besluitvorming. Meer ICT kan helpen, maar het is daarbij tevens belangrijk te komen tot minder gedetailleerde protocollen en ineffectieve routines. Hier ligt een belangrijke taak voor de kwaliteitszorg (waarbij in vernieuwde vorm het lijnmanagement dichterbij komt te zitten). Deze meting van de mening van de cliënten en aanhang dient kortcyclisch te zijn (frequenter en direct op tafel komend van de teams) in het voortdurend besef dat het welbevinden van de cliënt vooropstaat. Degenen die bij De Goede Zorg met kwaliteitszorg bezig zijn, lopen zich al warm voor de ommezwaai. Parallel aan de ontwikkeling van de zelfstandige teams, dienen het management en de ondersteunende diensten de verandering zich eigen te maken. Dat is een flinke uitdaging.

41 deelnemers aan het seminar hebben meegedaan aan een korte enquête over enkele thema's in de (langdurige) zorg. De betrokkenen waren in overgrote mate positief over het uitgaan van het concept van de lerende organisatie bij de transitie in de zorg. Ook de stelling "Persoonlijk welbevinden van de cliënt is een goede graadmeter" werd met instemming omgeven. Deze twee instemmende geluiden kunnen worden opgevat als belangrijk richtlijnen voor de verdere transitie. De 'lerende organisatie' betekent zowel dat niet alles in één keer op het hoogste niveau hoeft te worden uitgevoerd; het betekent ook dat de organisatie in staat moet zijn nieuwe handwijzen effectief op te pakken. Het persoonlijk welbevinden van de cliënt is in het verleden al eerder aangegeven als belangrijke doelstelling en uitgangspunt. De bestaande bureaucratische aanpakken hebben echter belemmerend gewerkt. Zoals in dit document is duidelijk gemaakt, kan

alleen door een consequente toespitsing van de zorg op de cliënt (zijn omgeving in aanmerking nemend) vooruitgang worden geboekt.

De korte enquête ging ook over twee andere stellingen. Eén daarvan luidde: Zelfstandige teams hebben intern formeel leiderschap nodig. Dit is een nogal provocerende stelling omdat de theorie van zelfstandige teams er toe neigt binnen het team geen formeel leiderschap toe te staan. Alle teamleden hebben een eigen verantwoordelijkheid. Het voorzitterschap van het team kan bij voorbeeld rouleren. Niettemin kan men vermoeden dat de praktijk nogal weerbarstig kan zijn, hetgeen tot uitdrukking kan komen of in een tekort aan sturing of in het ontstaan van dominante informele rollen waardoor het beoogde gelijke samenspel van mensen met verschillende functies niet uit de verf komt. Het was opmerkelijk dat over dit onderwerp de respondenten sterk verschillend dachten. Zie Grafiek 12.

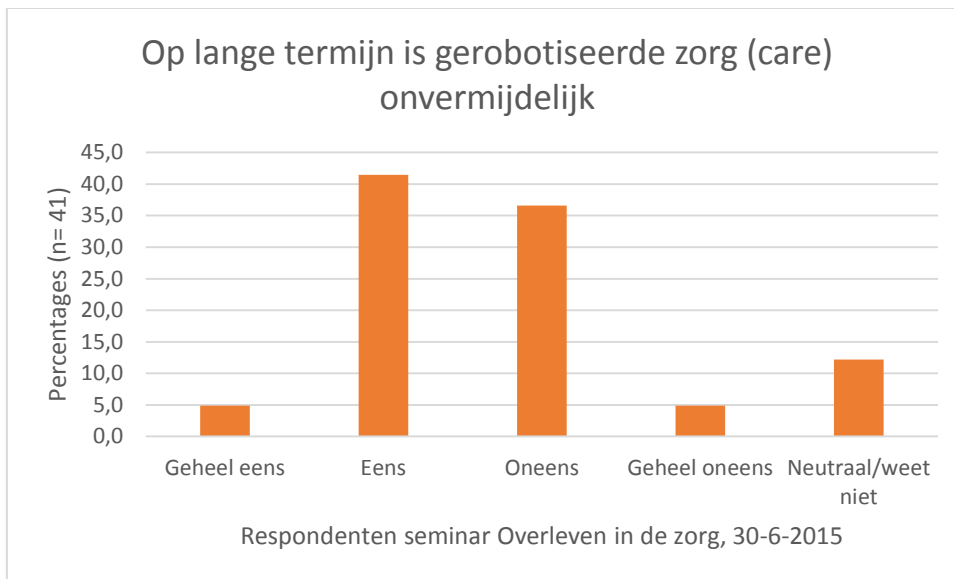
Grafiek 12. Intern formeel leiderschap in teams



Uit Grafiek 12 blijkt dat een kleine meerderheid het met de stelling eens was; deze vond dus dat zelfstandige teams een formele leider (manager) nodig hebben. 34 procent was het er niet mee eens (deze bleken dus recht in de leer te zijn) terwijl bijna 15 procent het niet weet of neutraal is. Afgaande op deze uitkomst, ligt hier dus nog een belangrijk gebied voor de 'lerende organisatie'. Uit de basisgegevens blijkt dat bij de respondenten die in de zorg werken het opiniebeeld wat meer gepolariseerd is dan bij de respondenten die niet in de zorg werken. Bij degenen die in de zorg werken steunt een groter percentage (62 procent) de stelling dat formeel leiderschap in de teams nodig is dan bij degenen die niet in de zorg werken (40 procent). Respondenten die in de zorg werken blijken ook vaker twijfels te hebben (neutraal/niet weten) over mogelijk formeel leiderschap in teams vergeleken met respondenten die niet in de zorg werken.

Een tweede stelling die in de korte enquête aan orde kwam en uiteenlopende standpunten liet zien, luidde: op lange termijn is gerobotiseerde zorg (care) onvermijdelijk. Zie Grafiek 13.

Grafiek 13. Gerobotiseerde zorg



Ook ten aanzien van de gerobotiseerde zorg lopen de verwachtingen uiteen. Een flink deel van de respondenten is het eens met de stelling terwijl een vergelijkbaar deel het oneens is met de stelling. Dit is uiteraard een ander vraagstuk dat de inrichting van teams. De robotisering zal zich op een manier aandienen. Dat het gebruik van robots ook in de zorg zal toenemen, lijkt wel zeker, maar in hoeverre deze ontwikkeling zich zal doorzetten is onzeker.

Als gastspreker op het seminar trad op Prof. Guus van Montfort (de voorzitter van de werkgeversvereniging van zorginstellingen ActiZ). Hij wierp een blik op de markt voor langdurige zorg en een gaf aan waarheen die zich aan het bewegen was. Aan het begin van het seminar was een filmpje getoond over mevrouw Holleman, die ondanks allerlei lichamelijke beperkingen, nog steeds thuis kon wonen. Dat is dankzij de thuiszorg; de inkrimping van de bekostigde thuiszorg bleek haar zwaar te vallen. Van Montfort zette uiteen dat naar zijn inzicht de cliënt het steeds meer voor het zeggen krijgt. Deze zal niet alleen meer gaan betalen, maar ook steeds meer gaan bepalen, in allerlei opzichten. De markt voor langdurige zorg wordt daarbij betreden door nieuwe aanbieders, zoals bedrijven in de bouw. Je moet niet alleen kijken naar wat de overheid doet; er zijn tendensen richting autonomie van de cliënt die zich zullen doorzetten, met of zonder de overheid.

Uit het betoog van Van Montfort kan men twee belangrijke uitdagingen afleiden. Er is het vraagstuk van het zorgen van een goede basiskwaliteit van bekostigde zorg (ter wille van arm en rijk) en de mogelijkheden van nieuw ondernemerschap die de verschillende zorgsectoren kunnen gaan bieden. Het slagen van de transitie in de zorg is daarvan afhankelijk.

REFERENTIES

ACTIZ (2015). Ruimtescheppen voor welbevinden. Rapport mei 2015.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.

Edwards, P. (Ed.) (2003). *Industrial Relations. Theory and Practice*. Second Edition. Oxford: Blackwell Publishing.

Lubberding, J., Kaptein, E. en Stratum, R. van (2013). *Change Management*. Vijfde druk, Groningen/Houten: Noordhoff.

Ministerie van VWS (2015). "Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen". Rapport 10-2-2015.

Metselaar, E.E. (1997). *Assessing the willingness to change; Construction and validation of the DINAMO*. Proefschrift, Amsterdam: Vrije Universiteit.

Metselaar, E.E. en Van der Kolk, J. (1998). Werken aan veranderingsbereidheid met het interventiewiel. In: *Sturingsinstrumenten voor de manager*, januari 1998.

Lubberding, J.B. en Lievers, B. (2009). *Change Management*. Vierde druk. Groningen/Houten: Noordhoff.

Panteia (2014). In voor zorg! Organisaties in de langdurige zorg: vernieuwing en onderscheid 2012. Rapport.

Van Amelsvoort, P. & Scholtes, G.H. (1996). 'Het ontwerpen en invoeren van zelfsturende teams'. In: Eijnatten, F.M. van (red.) *Sociotechnisch ontwerpen*. Utrecht: Lemma.

Van Amelsfoort, G. (2004) *Teamontwikkeling. Model voor ontwikkeling van resultaatverantwoordelijke groepen*. Kwaliteit in praktijk maart 2004. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Verbeek, G. (plus Artemea/V&VN) (2014). Handleiding voor zorgpraktijk en onderwijs "Vaardig omgaan met tijd en zorg".

Wolters, T. (2014). Omslag in de langdurige zorg als organisatieverandering. Met een uitwerking voor zorgorganisatie Spes Bona', Working Paper 2014-1, Apeldoorn: Wittenborg University Press.

BIJLAGE 1. DINAMO-VRAGENLIJST VOOR ONDERZOEKSBIJEENKOMST OP 27 MAART 2015 MET 15 MEDEWERKERS VAN DE GOEDE ZORG

Gegevens van de respondent

Geboortejaar:	Geslacht: vrl: mnl:	Jaren bij DGZ:
Team:	Opleidingsniveau:	

Welke invloed verwacht je van het veranderingsproces op ...					
	Zeer negatief	Negatief	Niet positief /niet negatief	Positief	Zeer positief
de kwaliteit van je werk					
de tevredenheid met je werk					
de ontwikkeling van je salaris en overige (secundaire) arbeidsvoorwaarden					
jouw betrokkenheid bij de organisatie					
de ontwikkeling van je loopbaan					

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet eens/niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Het veranderingsproces is noodzakelijk gezien de ontwikkelingen op de markt					
We moeten veranderen om de organisatie gezond te houden					
Als het veranderingsproces mislukt, voorzie ik problemen voor de organisatie					

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet eens/niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik beschik over voldoende kennis en ervaring om het veranderproces tot een succes te maken					
Ik kan op basis van eerdere veranderprojecten bijdragen aan het slagen van de veranderingen					
Mijn competentieprofiel sluit aan op wat er in de toekomst van mijn functie wordt verwacht					
Ik kan op basis van mijn vakinhoudelijke kennis bijdragen aan het veranderingsproces					
Ik heb in het verleden negatieve ervaringen opgedaan met de invoering van organisatieveranderingen					

Wittenborg University of Applied Sciences

is een van de meest internationale en innovatieve onderwijsinstellingen in Nederland. Ongeveer 500 studenten uit meer dan 50 verschillende landen studeren bij ons in Apeldoorn. The voertaal voor alle opleidingen is Engels.

Wittenborg University biedt zowel Bachelor- als Master-opleidingen aan binnen de volgende twee scholen:

the School of Business

the School of Hospitality & Tourism

Binnen de opleidingen van Wittenborg University staan vijf kernonderwerpen centraal: Management - Internationalisatie - Diversiteit - Duurzaamheid – Innovatie.

Heb je vragen of wil je direct meer informatie ontvangen over een van onze opleidingen? Neem dan contact op met Mw. Florian Oosterberg van de Admissions Departement of vraag een informatiebrochure aan.

T: +31 (0)88 6672 688 E: admission@wittenborg.eu

For further information about our educational programmes, please visit our website:
www.wittenborg.eu

Research Centre

wittenborg.eu

Wittenborg University - Schools of
Business | Hospitality & Tourism | Arts & Technology | Health & Social Care | Education