



1 + 1 = 3. Vereende krachten in de samenleving.

Een kwalitatief onderzoek naar de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, vormgegeven door zorgcoöperaties en zorginstellingen.

Auteur: Nick ten Brinke
3742229

Instelling: Universiteit Utrecht
Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie (REBO)
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO)
Master Strategisch Human Resource Management

Studiejaar: 2014/2015

Plaats en datum: Utrecht, 3 juli 2015

Begeleider: Dhr. prof. dr. Peter Leisink

Tweede beoordelaar: Mw. Jasmijn van Harten MSc

Voorwoord

Deze masterscriptie vormt voor mij het slotstuk van de master Strategisch Human Resource Management. Echter betekent het ook het einde van vier jaar studeren in Utrecht aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap en van vier jaar studie naar het besturen van organisaties. In mijn ogen een mooie aanvulling op de studie Bestuurs- en Organisatiewetenschap, omdat organisaties niet kunnen bestaan én niet kunnen functioneren zonder de mensen.

Al snel wist ik dat mijn afstudeeronderzoek zich binnen de zorgsector af zou spelen. Zoals Perikles ooit zei *'Future ages will wonder at us, as the present age wonders at us now'*. Alle veranderingen binnen de zorg zijn dan ook zeer interessant voor een bestuurskundige in spe. In deze tijden van verandering valt op dat binnen de zorg veel burgers opstaan ten behoeve van de zorg in de eigen gemeenschap en zorgcoöperaties oprichten. Deze scriptie richt zich daarom op deze zorgcoöperaties, maar ook op de 'traditionele' zorginstellingen. Zorgcoöperaties kunnen namelijk niet alle zorgverlening zelf regelen en hebben af en toe de hulp nodig van de zorginstellingen. Dat riep dan ook de vraag op welke factoren positief en negatief werken in een dergelijke samenwerking.

Ondanks de vele leuke kanten van het onderzoek zijn er ook een aantal hobbels genomen. Waar ik aan het begin van het onderzoek het gevoel had dat ik achter het onderzoek aanrende, omdat het onderzoeksthema al langer leefde bij ActiZ, het Kenniscentrum Wonen-Zorg en de verschillende betrokkenen, ontstond langzamerhand het gevoel van grip op de thematiek. Daarnaast zijn ook bij het schrijven van het stuk een aantal hobbels genomen. Daarvoor ben ik dank verschuldigd aan een aantal personen.

Allereerst wil ik de betrokken begeleiders vanuit de Universiteit Utrecht, Anita Boele, Peter Leisink en Eva Knies, bedanken. Anita en Peter, dank voor jullie betrokkenheid en enthousiasme rondom het thema waardoor jullie ons wegwijs hebben gemaakt in de wereld van zorgcoöperaties. Tevens ook dank voor de kritische vragen en opmerkingen in de verschillende fasen van het onderzoek, waardoor dit stuk naar een hoger niveau is getild. Eva, dank voor de frisse blik, kritische reflectie en bijbehorende feedback op het onderzoek die me het laatste zetje hebben gegeven.

Daarnaast wil ik ook ActiZ en het Kenniscentrum Wonen-Zorg bedanken voor de geboden mogelijkheid om daar stage te lopen. Op die manier kon ik het onderzoek uitvoeren én een kijkje nemen in de keuken bij jullie. In het bijzonder wil ik een aantal personen van beide organisaties bedanken, Frans van Rooijen, Johanneke van Woerden en Daniëlle Harkes. Frans, mijn stagebegeleider, dank voor je enthousiasme, het meedenken over het onderzoek en de kritische reflectie vanuit de praktijk. Johanneke en Daniëlle, dank ook voor de kritische reflectie vanuit de praktijk en het meedenken over het onderzoek. Daarnaast wil ik mede-onderzoeker, Babs den Dulk, bedanken voor de prettige samenwerking, waardoor er nu twee scripties liggen waar we trots op mogen zijn. Ook dank aan iedereen vanuit ActiZ en het Kenniscentrum Wonen-Zorg die in verschillende fasen van het onderzoek heeft meegedacht over het onderzoek en zo een bijdrage heeft geleverd.

Dank ben ik ook verschuldigd aan mijn ouders, vriendin, vrienden en familie voor alle steun tijdens het afgelopen half jaar. Er was altijd een luisterend oor te vinden, maar ook voldoende afleiding als daar behoefte aan was.

Last but not least wil ik alle respondenten bedanken die meegewerkt hebben aan de focusgroep en de interviews. Ik vond het ontzettend leuk om het veld in te gaan en met jullie te spreken. Er was altijd ruim de tijd voor de verschillende verhalen, die met passie werden verteld. Hierdoor ging het thema ook voor mij steeds meer leven en werd ik steeds enthousiaster. Zonder jullie had deze scriptie er niet gelegen!

Rest mij niets dan u veel leesplezier en nieuwe kennis toe te wensen! Ik hoop dan ook dat het onderzoek een bijdrage kan vormen aan de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen en de ontwikkeling van de zorg in Nederland.

Nick ten Brinke

Utrecht, 3 juli 2015

Samenvatting

De opkomst van de participatiesamenleving en de invoering van de Wmo door de Rijksoverheid hebben ervoor gezorgd dat er steeds meer gekeken wordt wat de cliënt zelf nog kan in samenwerking met mantelzorgers en andere vrijwilligers, voordat professionele zorg aan bod komt (Ministerie van VWS, 2015a; TransitieBureau Wmo, 2015; De Moor, 2013; RMO, 2008; Van Ankeren, Tonkens & Verhoeven, 2010).

Deze ontwikkeling naar actievere burgers is echter niet eenvoudig, omdat de verzorgingsstaat vaak inzet op bescherming van burgers en daardoor participatie afremde (RMO, 2008; Jager-Vreugdenhil, 2011; Van Ankeren et al., 2010). Desondanks is er wel een ontwikkeling te zien richting actievere burgers door onder andere de opkomst en ontwikkeling van zorgcoöperaties, die zich inzetten voor zorgverlening die past bij de wensen van de cliënt. Tot op zekere hoogte kunnen zij zelf in deze zorgverlening voorzien, maar voor professionele(re), specifieke(re) zorgverlening is samenwerking met zorgprofessionals en zorginstellingen benodigd (Van Beest, 2014; Movisie, 2014a; Movisie, 2014b; Dictus; 2013; NOS, 2015; WRR, 2014; Harkes, 2013; De Moor; 2014).

Ten slotte verandert ook de manier van werken van zorginstellingen door meer focus op extramurale zorg, welzijn en informele zorg in plaats van intramurale zorg, zorgverlening en formele zorg (ActiZ, 2012).

De rol van vrijwilligers binnen de zorg wordt dus steeds belangrijker om de benodigde kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers komt echter nauwelijks van de grond, omdat zorgprofessionals vrijwilligers niet zien staan of hen aan de kant schuiven om zelf de regie te pakken (Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou & Van Wieringen, 2013). Tegelijkertijd kunnen zorgcoöperaties en zorginstellingen in elkaars vaarwater komen op gebieden van zorgverlening. Zo zijn er situaties waarin zij met elkaar concurreren, maar ook situaties waarin zij samenwerken (Bokhorst, 2015; Allegro, 2013; Dictus, 2013; WRR, 2014; De Moor, 2014).

Doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te verwerven over op welke manier er een vruchtbare samenwerking kan ontstaan tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en hoe zorgcoöperaties en zorginstellingen deze samenwerking organisatorisch vorm kunnen geven. Om dit inzicht te verwerven is de samenwerking van zorgcoöperaties en zorginstellingen binnen drie verschillende cases onderzocht op het niveau van de organisatie van de samenwerking, op het niveau van het primaire proces en op het niveau van de omgeving. Aan de hand van interviews met bestuursleden (5 interviews), zorgmedewerkers (3 interviews) en vrijwilligers (1 interview) bij zorgcoöperaties, managers (4 interviews) en zorgprofessionals (2 duo-interviews) bij zorginstellingen en 1 interview met de voorzitter van de koepel voor zorgcoöperaties is antwoord gegeven op de vraag:

“Welke factoren ervaren leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen als bevorderend (succesfactoren) en belemmerend (faalfactoren) voor een vruchtbare samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen?”

De belangrijkste bevinding van het onderzoek is dat zorgcoöperaties en zorginstellingen het op een aantal punten niet met elkaar eens zijn. Zo dekken zorginstellingen risico's graag af, waardoor zij het liefst veel vastleggen in tegenstelling tot zorgcoöperaties. Zorginstellingen laten vrijwilligers dan ook alleen zorghandelingen uitvoeren, wanneer dit vastgelegd wordt, terwijl zorgcoöperaties belang hechten aan de autonomie van vrijwilligers en aan het serieus nemen van vrijwilligers door professionals. Van zorgprofessionals wordt naast de vereiste diplomering dan ook verwacht dat zij meer aandacht hebben voor welzijn en autonoom en flexibel kunnen werken.

Dit onderzoek roept een aantal nieuwe vragen op, zoals welke competenties er specifiek gevraagd worden van zorgprofessionals in samenwerking met vrijwilligers, hoe beiden ondersteund kunnen worden in een samenwerking en welke rol overige organisaties in een deze samenwerking spelen. Desondanks biedt het huidige onderzoek nieuwe inzichten voor een vruchtbare samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers.

Trefwoorden

Zorginstelling, zorgcoöperatie, zorgprofessional, vrijwilliger, aandachtige zorg, vruchtbare samenwerking, succesfactoren, faalfactoren, omgeving, primaire proces, organisatie.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
TABELLEN EN FIGUREN	7
INTRODUCTIE	8
1.1. DE ZORG IN VERANDERING.....	8
EEN NIEUW SPEELVELD BINNEN DE ZORGSECTOR	10
1.2. DE DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK	11
1.3. RELEVANTIE VAN HET HUIDIGE ONDERZOEK	12
1.3.1. <i>De praktische en maatschappelijke relevantie</i>	12
1.3.2. <i>De wetenschappelijke relevantie</i>	13
1.4. GEHANTEERDE CONCEPTEN.....	13
THEORETISCH KADER	15
2.1. AANDACHTIGE ZORG	15
2.2. HET AMO-MODEL	16
2.2.1. <i>Het AMO-model: algemeen</i>	16
2.2.2. <i>Het AMO-model: binnen een samenwerkingsverband</i>	17
2.3. ONDERNEMEND WERKNEMERSCHAP	18
2.4. DE RELATIE TUSSEN ZORGCOÖPERATIES EN ZORGINSTELLINGEN	19
2.4.1. <i>De institutionele omgeving</i>	20
2.4.2. <i>De omgeving van zorgcoöperaties en zorginstellingen</i>	21
2.4.3. <i>Ketenmanagement</i>	22
2.4.4. <i>De zorgketen</i>	22
2.4.5. <i>Cross-sector collaboration</i>	23
2.4.6. <i>Co-opetition</i>	24
2.4.7. <i>Co-opetition in de zorgsector</i>	24
2.4.8. <i>Relaties in dit onderzoek</i>	25
2.5. VERWACHTINGEN	26
METHODEN	27
3.1. EEN EMPIRISCH, EXPLORATIEF ONDERZOEK.....	27
3.2. EEN INTERPRETATIEF, KWALITATIEF ONDERZOEK.....	27
3.2.1. <i>Focusgroep</i>	28
3.2.2. <i>Interviews</i>	28
3.2.3. <i>Documentanalyse</i>	29
3.2.4. <i>Cases</i>	29
3.3. LITERATUURONDERZOEK	30
3.4. WAARBORGING VAN DE KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK	30
3.5. ANALYSE VAN DE DATA	30
RESULTATEN	32
4.1. SITUATIESCHETS	32
4.1.1. <i>Zorgcoöperatie Hoogeloon</i>	32
4.1.2. <i>Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst</i>	34
4.1.3. <i>Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar</i>	34
4.1.4. <i>Gevonden onderlinge relaties</i>	35
4.2. MOTIEVEN VOOR SAMENWERKING.....	35
4.2.1. <i>Motieven voor het zoeken van samenwerking</i>	35
4.2.2. <i>Motieven voor het aangaan van samenwerking</i>	36
4.3. ORGANISATIE.....	37
4.3.1. <i>Het maken en vastleggen van afspraken</i>	37
4.3.2. <i>Bij wie ligt de eindverantwoordelijkheid?</i>	38
4.3.3. <i>Communicatie</i>	39
4.4. PRIMAIRE PROCES.....	40
4.4.1. <i>Visie op zorgverlening</i>	40

4.4.2. De omgang van professionals met vrijwilligers	41
Afstemming	41
Competenties.....	43
Motivatie	44
Ondersteuning	46
4.5. OMGEVING	46
4.5.1. Kwaliteitseisen en cao-eisen	46
4.5.2. Gemeenten en de Rijksoverheid	48
4.5.3. Financieringsstromen en budgethouders	49
4.5.4. Verbondenheid met partijen.....	51
CONCLUSIE & DISCUSSIE	52
5.1. BEANTWOORDING HOOFDVRAAG EN THEORETISCHE BIJDRAGE	52
<i>Samenwerken richting één hoger doel</i>	57
<i>Erkenning als organisatie(vorm)</i>	57
<i>Doelstelling: aandachtige zorg leveren</i>	58
<i>Competenties, motivatie en ondersteuning</i>	58
<i>Observaties</i>	59
5.2. AANBEVELINGEN	59
5.3. BEPERKINGEN	61
5.4. AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK.....	62
LITERATUURLIJST	63
BIJLAGEN.....	69
BIJLAGE I: TOPICLIJST ZORGCOÖPERATIES.....	70
BIJLAGE II: TOPICLIJST ZORGINSTELLINGEN – ZORGPROFESSIONAL.....	73
BIJLAGE III: TOPICLIJST ZORGINSTELLINGEN – BESTUURDER/MANAGER	76
BIJLAGE IV: TOPICLIJST KOEPEL VOOR ZORGCOÖPERATIES	79
BIJLAGE V: CODEBOOM.....	82
BIJLAGE VI: PAPER PUBLIEKE DIMENSIE	83

Tabellen en figuren

Figuur 1.1	Conceptueel model	Pagina 12
Figuur 2.1	Mogelijke relaties tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen	Pagina 19
Figuur 2.2	De Contextually Based Human Resource Theory	Pagina 20
Figuur 2.3	Een raamwerk voor cross-sector collaboration	Pagina 23
Figuur 3.1	Burgerinitiatieven verdeeld over Nederland	Pagina 29
Tabel 4.1	Achtergrondinformatie bij Zorgcoöperatie Hoogeloon	Pagina 32
Figuur 4.1	Schematische weergave van de samenwerking in Hoogeloon	Pagina 33
Tabel 4.2	Achtergrondinformatie bij Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst	Pagina 34
Tabel 4.3	Achtergrondinformatie bij Dienstcoöperatie Zorg voor Elkaar	Pagina 34
Tabel 5.1	Succesfactoren voor samenwerking bij ketenmanagement	Pagina 53
Tabel 5.2	Succesfactoren voor samenwerking bij 'zaakwaarnemer' van de cliënt	Pagina 55

1.

Introductie

Hoewel de rol van vrijwilligers binnen de zorg steeds belangrijker wordt om de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te behouden, komt een samenwerking met zorgprofessionals veelal nog niet van de grond. Zorgprofessionals zijn opgeleid om cliënten te verzorgen, waar vrijwilligers zich meer richten op het welzijn. Dat betekent dat zorgprofessionals vrijwilligers soms niet zien staan als partner in de zorgverlening of hen aan de kant schuiven om zelf de regie te pakken (Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou & Van Wieringen, 2013). Hoe kan ervoor gezorgd worden dat zorgprofessionals vrijwilligers zien staan als partner en hen serieus nemen? En hoe kan er vervolgens gezorgd worden voor een goedlopende samenwerking zonder dat zorgprofessionals vrijwilligers aan de kant te schuiven?

Vrijwilligers en zorgprofessionals komen in toenemende mate met elkaar in aanraking in een samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Daarbij kunnen zorgprofessionals te maken hebben met een leidinggevende vanuit de zorgcoöperatie en een leidinggevende vanuit de zorginstelling, wat de situatie voor hen complex maakt (Van Beest, 2014). Wat wordt er immers van hen verwacht wanneer zij vanuit beide organisaties worden aangestuurd? Krijgt 'de wil' van een van beide organisaties voorrang en hoe werkt dit door op de samenwerking met vrijwilligers? Delen zorgcoöperaties daarnaast de visie op zorgverlening van zorginstellingen of krijgen zorgprofessionals daarnaast ook te maken met verschillende visies op zorgverlening?

Dit onderzoek zal zich richten op de factoren die een bijdrage leveren aan een goedlopende samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en hoe zorgcoöperaties en zorginstellingen deze samenwerking bevorderd kan worden door zorgcoöperaties. In dit hoofdstuk zal het onderzochte vraagstuk ingeleid worden met de bijbehorende doel- en vraagstelling. Ten derde zal de relevantie van het huidige onderzoek besproken worden en ten slotte zullen gehanteerde concepten ingekaderd worden.

1.1. De zorg in verandering

De afgelopen jaren is de verzorgingsstaat in beweging door een drietal ontwikkelingen. Een eerste ontwikkeling is het toenemende belang van vrijwilligers binnen de zorg. Zo heeft de invoering van de Wmo door de Rijksoverheid en de kanteling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving ervoor gezorgd dat er meer vanuit de vraag van de cliënt gewerkt wordt. Uitgangspunt bij deze vraaggerichte benadering zijn de mogelijkheden die cliënten nog hebben. Er wordt eerst gekeken wat de cliënt, eventueel ondersteund door mantelzorgers en andere vrijwilligers, zelf kan voordat de professionele zorg aan bod komt (Ministerie van VWS, 2015a; TransitieBureau Wmo, 2015; De Moor, 2013; RMO, 2008; Van Ankeren, Tonkens & Verhoeven, 2010). Met de decentralisaties en bezuinigingen van dit moment, zal de vraaggerichte benadering verder doorgevoerd worden en verbreed worden naar andere zorgterreinen, zoals de langdurige zorg (NOS, 2015; Ministerie van BZK, 2013).

Deze ontwikkeling naar actieve(re) burgers is echter niet eenvoudig, omdat de verzorgingsstaat vaak inzet op de bescherming van burgers en daardoor participatie afremde. Nu 'moet' men echter wel, omdat de vergrijzing van de Nederlandse samenleving zorgt voor druk op de betaalbaarheid van de zorg. Het 'moeten' kan echter ook spanning opleveren met het 'kunnen', wanneer burgers de competenties niet bezitten om te participeren en ook geen ondersteuning krijgen (RMO, 2008; Jager-Vreugdenhil, 2011; Van Ankeren et al., 2010).

Ten tweede is deze actievare burger echter wel terug te vinden in de opkomst en de ontwikkeling van burgerinitiatieven rondom thema's als zorg, welzijn en wonen. Zo organiseren burgers zich in toenemende mate in zorgcoöperaties. In 2013 waren er nog slechts dertig in Nederland, maar in 2014 al honderd. Deze zorgcoöperaties lopen, ondanks dat zij allen georganiseerd zijn rondom het thema zorg, enorm uiteen. De fase waarin deze zorgcoöperaties zich bevinden verschilt ten eerste enorm. Veel van deze zorgcoöperaties zijn namelijk bezig met (het afronden van) de oprichting, maar er is ook een deel dat zich voorbereidt op het regelen en verlenen van zorg en een deel dat al daadwerkelijk zorg regelt en verleent. Ten tweede verschilt de inhoud van de dienstverlening enorm. Zo houdt een deel van de zorgcoöperaties zich bezig met het verlenen van zorg, maar houdt een ander deel zich naast het verlenen van zorg ook bezig met het aanbieden van diensten, zoals tuinonderhoud en administratieve ondersteuning. Ten derde verschilt ook de lokale context, aangezien de zorgcoöperaties verspreid zijn over heel Nederland. Zorgcoöperaties in de dunbevolkte gebieden van Nederland, zoals in Groningen en het noorden van Noord-Holland hebben bijvoorbeeld te maken met het verdwijnen van zorginstellingen. Zorgcoöperaties in dichtbevolkte gebieden, zoals in Utrecht, Amsterdam en Zuid-Holland, hebben daarentegen bijvoorbeeld te maken met een geringe mate van sociale cohesie (Van Beest, 2014).

Deze zorgcoöperaties ontstaan op initiatief van burgers uit onvrede over of het ontbreken van het aanbod van professionele zorg. Door de continue professionalisering en schaalvergroting van de zorg vinden veel burgers de zorg namelijk niet meer huiselijk, omdat individuele wensen van cliënten veelal niet of moeilijk gehonoreerd kunnen worden. Met het oprichten van zorgcoöperaties kunnen burgers de zorg zelf naar wens inrichten. Tot op zekere hoogte kan de benodigde zorg door henzelf geleverd worden, maar daarnaast is er ook samenwerking benodigd met zorginstellingen voor professionele(re), specifieke(re) zorgverlening (Movisie, 2014a; Movisie, 2014b; Dictus, 2013; NOS, 2015; WRR, 2014; Harkes, 2013; De Moor, 2014).

Ten slotte verandert de manier van werken van zorginstellingen om succesvol te blijven en/of om succesvol(ler) te worden. Ten eerste is een omslag van intramurale zorg naar zoveel mogelijk extramurale zorg gaande, wat terug is te zien in het aantal ouderen dat langer thuis kan blijven wonen. Dit aantal is de afgelopen jaren steeds verder toegenomen waardoor de intramurale zorgcapaciteit terug is gebracht met ruim 40.000 plaatsen, terwijl het aantal 80-plussers meer dan verdubbeld is. Daarnaast is het aantal cliënten dat kleinschalige verpleging ontvangt de afgelopen jaren als gevolg hiervan met zo'n 25% toegenomen. Een tweede aanpassing is het verleggen van de focus op zorg naar de focus op welzijn. Zorginstellingen realiseren zich meer dat de kwaliteit van leven van cliënten centraal zou moeten staan en daarmee het welzijn van cliënten. Hulpvragen moeten niet direct beantwoord worden met het aanbieden van zorg, maar er moet eerst gekeken worden naar wat zij zelf nog kunnen en waar het sociale netwerk hen zou kunnen helpen. Vervolgens zou er pas naar oplossingen door professionele zorg gekeken moeten worden. Een derde aanpassing die samenhangt met de vorige aanpassing is de verschuiving van de nadruk op formele zorg naar de nadruk op informele zorg. Zorginstellingen realiseren zich dat het aanbieden van zorg niet voorop moet staan bij het helpen van cliënten, maar dat de hulpvraag waar mogelijk door de cliënt zelf of door zijn sociale netwerk beantwoord moet worden (ActiZ, 2012). Een laatste aanpassing is de vraag vanuit cliënten en zorgprofessionals om een verbreding van de professionele handelingsruimte, zodat er meer gebruik gemaakt kan worden van de ervaringskennis van zorgprofessionals. Op deze manier kunnen zorgprofessionals beter aansluiten bij de behoefte(n) van cliënten. Bureaucratische procedures, regels, verantwoordingsmechanismen, controlemechanismen en het ontbreken van een integrale aanpak staan dit op dit moment in de weg (Dictus, 2013). Deze vraag is binnen organisaties als Buurtzorg dan ook opgepakt, waardoor er nu gewerkt wordt met zelfsturende teams waarbinnen zorgprofessionals hun expertise naar eigen oordeel in kunnen zetten om aan te sluiten bij de wensen van cliënten (Buurtzorg, 2015).

De samenhang van deze veranderingen toont een paradigmashift bij zorginstellingen. Door de nadruk steeds meer te leggen op de kwaliteit van leven van cliënten ontstaat namelijk ook meer focus op informele en extramurale zorg. Tevens wordt er meer uit regie van cliënten en naar wensen van cliënten gewerkt. Daarom vragen cliënten en zorgprofessionals om het vergroten van de professionele handelingsruimte, zodat er beter aangesloten kan worden bij individuele zorgbehoeften (ActiZ, 2012).

Een nieuw speelveld binnen de zorgsector

Deze ontwikkelingen binnen de Nederlandse samenleving en de Nederlandse zorgsector creëren een nieuw speelveld. Zo zorgen de veranderingen in de verzorgingsstaat ervoor dat burgers zich meer en meer verenigen in zorgcoöperaties en de zorgverlening naar eigen wens gaan organiseren (Van Beest, 2014).

Deze zorgcoöperaties bevinden zich daarmee op het gebied dat traditioneel ingevuld wordt door de zorginstellingen. Deze twee organisaties zitten dan ook deels in elkaars vaarwater, waardoor zij in zekere zin elkaars concurrenten worden. Zorgcoöperaties nemen namelijk een deel van de zorgverlening over, die anders verleend zou worden door zorginstellingen (Bokhorst, 2015). Echter ondergaan de zorginstellingen intern ook een verandering, waardoor zij ervoor kiezen om een deel van de zorgverlening over te laten aan naasten van de cliënt. Een deel van deze zorgverlening zal via deze informele weg uitgevoerd worden door zorgcoöperaties.

Tegelijkertijd zijn er echter ook samenwerkingsverbanden te zien tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Zo hebben enkele zorgcoöperaties en zorginstellingen de handen ineen geslagen om samen zorg te verlenen aan cliënten. Om deze samenwerking vruchtbaar vorm te geven, moet er echter in alle gevallen afzonderlijk worden bekeken hoe dit dient te gebeuren. Er bestaat namelijk geen blauwdruk voor het vormgeven van een vruchtbare samenwerking, omdat beide organisaties bepaalde opvatting kennen die verschillen, zoals over professionaliteit en 'het weten wat nodig is'. Daarnaast sluiten werkwijzen, waarden en aanpak van beide organisaties vaak niet op elkaar aan (Allegro, 2013; Dictus, 2013; WRR, 2014; De Moor, 2014).

Bij het bepalen van de vruchtbaarheid van een samenwerkingsverband zijn er dus tot op heden al een aantal factoren te identificeren die dit in zekere mate bepalen. Dergelijke succes- en faalfactoren zijn bijvoorbeeld de opvatting over professionaliteit, de werkwijzen en de aanpak. Echter zijn er nog zeer veel niet onderzochte aspecten die het succes van een samenwerkingsverband mede bepalen, zoals de omgeving. Zo hebben zorgcoöperaties in de dunbevolkte gebieden van Nederland, zoals Groningen en Noord-Brabant vaak te maken met het verdwijnen van zorginstellingen waardoor zij vaak de eerste stap zeggen en de leiding nemen in (het vormgeven) van de samenwerking (Zorgcoöperatie Hoogeloon, 2015b). In dichtbevolkte gebieden, zoals Utrecht en Zuid-Holland ontbreekt echter vaak de betrokkenheid van burgers, waardoor zorginstellingen de eerste stap zetten in het opzetten van een samenwerkingsverband (Van Beest, 2014).

Dit onderzoek dat zich richt op de vormgeving van de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en mogelijke succes- en faalfactoren bij het inrichten van deze samenwerking door zorgcoöperaties en zorginstellingen zal daarom specifiek kijken naar een aantal van deze nog niet onderzochte aspecten. Zo zal er specifiek gekeken worden naar succes- en faalfactoren op drie niveaus, namelijk op het niveau van de organisatie van de samenwerking, op het niveau van het primaire proces en op het niveau van de omgeving van de samenwerking. Deze niveaus komen voort uit de literatuur tot op heden over het succesvol inrichten van de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen en uit de gehouden focusgroep, zie paragraaf 3.2.1 (WRR, 2012; WRR, 2014; Nouws, 2011; Bokhorst, 2015).

Door aan de hand van dit onderzoek succes- en faalfactoren te identificeren voor het succesvol inrichten van een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers worden inzichten geboden die bruikbaar zijn voor de inrichting van deze samenwerking door zorgcoöperaties en zorginstellingen, zodat er mogelijk gespeeld kan worden op de veranderingen in de Nederlandse zorgsector. Ook de overheid heeft dit belang opgemerkt, wat blijkt uit de wens dat gemeenten burgerinitiatieven op het gebied van wonen, welzijn en zorg serieus nemen, in gesprek gaan en waar mogelijk samenwerking creëren (TransitieBureau Wmo, 2014). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport spreekt daarnaast concreet over de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren (Zorgvisie, 2015; Ministerie van VWS, 2015b). Dit onderzoek is dan ook maatschappelijk gezien interessant, omdat het oplossingen kan bieden voor onder andere het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het toekomstbestendig houden van de zorg.

Dit onderzoek is tevens wetenschappelijk gezien interessant, omdat er al veel kennis is vergaard over people management van zorgprofessionals binnen de eigen zorginstelling. Dit onderzoek zal echter een stap verder gaan door te kijken naar het HR-beleid dat vereist is om professionals die (deels) buiten de organisatie werkzaam zijn te ondersteunen. Daarnaast is er wetenschappelijk al veel kennis ontwikkeld over de samenwerking van verschillende typen zorgprofessionals, maar nog niet over de samenwerking van professionals en vrijwilligers, waar dit onderzoek zich op richt (Wright, Dunford & Snell, 2001).

1.2. De doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

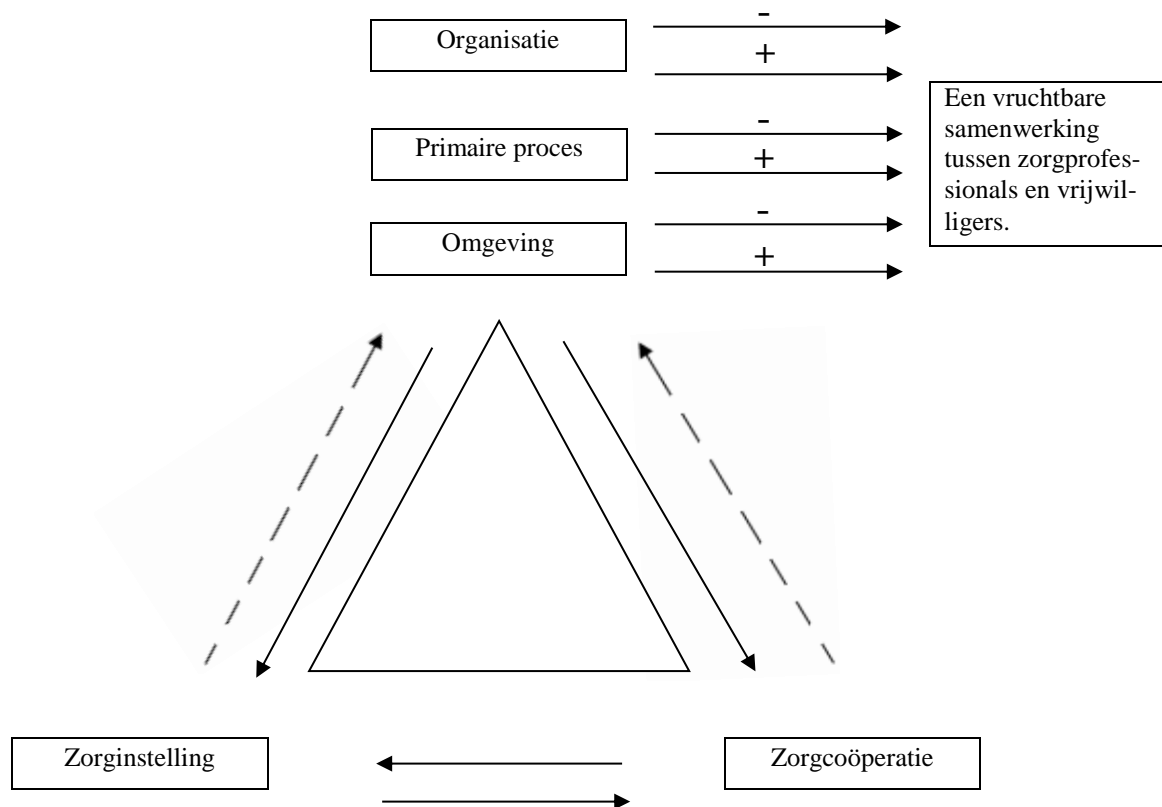
Bovenstaande ontwikkelingen tonen de noodzaak van een onderzoek naar samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en hoe zorgcoöperaties en zorginstellingen deze samenwerking organisatorisch kunnen bevorderen. De doelstelling van dit onderzoek is dan ook het verwerven van inzicht over op welke manier er een vruchtbare samenwerking kan ontstaan tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Deze vruchtbare samenwerking vertaalt zich in een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, die uiteindelijk de zorg verlenen.

Aansluitend hierop luidt de centrale vraag van dit onderzoek: *“Welke factoren ervaren leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen als bevorderend (succesfactoren) en belemmerend (faalfactoren) voor een vruchtbare samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen?”*

Deze vraag gaat ten eerste in op succes- en faalfactoren op het niveau van de organisatie. Ten tweede gaat het in op succes- en faalfactoren op het niveau van het primaire (zorg)proces en ten slotte wordt er aandacht besteed aan succes- en faalfactoren op het niveau van de omgeving van de organisaties.

Er is gekozen voor deze focus, omdat uit verschillende studies tot op heden is gebleken dat faalfactoren in de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen voortkomen uit zaken op deze niveaus (WRR, 2012; WRR, 2014; Nouws, 2011; Bokhorst, 2015). Tevens kwamen er tijdens de focusgroep (zie hoofdstuk 3.2.1) factoren naar boven, die zijn te scharen onder deze niveaus. Zo werd er op het niveau van de organisatie onder andere gesproken over de structuur en inrichting van organisaties, die het inspelen op individuele cliëntwensen bemoeilijkt. Op het niveau van het primaire proces werd er onder andere gesproken over de toenemende mate van bureaucratie door regels en procedures, die het inspelen op verschillende zorgbehoeften van cliënten tegenwerkt. Op het niveau van de omgeving werd er onder andere gesproken over knellende wet- en regelgeving die het lastig maakt om in te spelen op verschillende zorgbehoeften van cliënten en af te wijken van regels.

Bovenstaande doel- en vraagstelling zijn uitgewerkt in het conceptueel model in figuur 1.1. Daarin is enerzijds de situatieschets omtrent de samenwerking tussen zorginstellingen en zorgcoöperaties te zien. De dubbele pijl tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie geeft aan dat zij in wisselwerking met elkaar staan door de samenwerking. Daarnaast worden beide partijen beïnvloed door de omgeving, door bijvoorbeeld bovengenoemde wet- en regelgeving. Tegelijkertijd geven de onderbroken pijlen aan dat ook de zorginstelling en de zorgcoöperatie de omgeving kunnen beïnvloeden. Anderzijds is te zien dat de omgeving een bevorderende invloed, succesfactor, en belemmerende invloed, faalfactor, kan hebben op een vruchtbare samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, die de samenwerking tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie in de praktijk uitvoeren. Dezelfde mogelijke relatie bestaat op het niveau van de organisatie van de samenwerking en op het niveau van het primaire proces.



Figuur 1.1: Conceptueel model

1.3. Relevantie van het huidige onderzoek

In deze paragraaf zal de relevantie van dit onderzoek beschreven worden.

1.3.1. De praktische en maatschappelijke relevantie

Het onderzoek kent ten eerste een praktische relevantie, omdat het nieuwe inzichten oplevert voor zorginstellingen en zorgcoöperaties, maar ook voor het Kenniscentrum Wonen-Zorg en ActiZ. Daarin zit ook onder andere de maatschappelijke relevantie, want het levert inzichten op voor zorgcoöperaties en zorginstellingen over de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers.

Voor het Kenniscentrum Wonen-Zorg levert dit onderzoek nieuwe kennis op over 'lokale kracht'. 'Lokale kracht' gaat over het samenspel van burgerprojecten, overheid en organisaties in wonen, zorg en welzijn (Aedes-Actiz, 2014). Het kenniscentrum kan met haar platformfunctie deze kennis verder verspreiden richting zorgcoöperaties en zorginstellingen, zodat zij een betere samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers kunnen stimuleren.

ActiZ houdt zich bezig met het collectief behartigen van de belangen van haar leden richting politiek, (lokale) overheden, verzekeraars, onderwijs, media en publiek (ActiZ, 2014a). Een onderzoek naar de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en hoe zorgcoöperaties en zorginstellingen deze samenwerking organisatorisch kunnen faciliteren levert haar leden informatie en inzichten op om een vruchtbare samenwerking te bewerkstelligen. Op dit moment zitten veel zorginstellingen namelijk met vragen over hoe om te gaan met de opkomst van zorgcoöperaties. Zo vinden zorginstellingen het bijvoorbeeld lastig om de samenwerking met zorgcoöperaties vorm te geven, omdat dit een ander HR-beleid vraagt van zorginstellingen naar de zorgprofessionals. Deze zorgprofessionals zijn bij samenwerking met een zorgcoöperatie immers ook een deel van hun tijd werk-

zaam in samenwerking met deze zorgcoöperaties, waar zij normaal gesproken volledig werkzaam waren bij de zorginstellingen. Er kan dan ook sprake zijn van twee leidinggevendenden, namelijk één binnen de zorgcoöperatie en één binnen de zorginstelling (Nouws, 2011). Deze studie verschaft hier inzichten over en draagt zo bij aan de kennisfunctie van ActiZ.

Ten tweede kunnen het Kenniscentrum Wonen-Zorg en ActiZ met de verworven inzichten lobbyen bij inspecties en overheden om zo een vruchtbare samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers mogelijk te maken. Aanvullend kan ActiZ ten derde met de verworven inzichten aanbevelingen doen tijdens cao-onderhandelingen. In een dergelijke cao kunnen dan voorwaarden opgenomen worden die een vruchtbare samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers kunnen bevorderen.

Ten slotte wordt de verzorgingsstaat vervangen door de participatiemaatschappij, wat inhoudt dat burgers actiever moeten worden en meer eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Dit wordt op het zorggebied op dit moment veelal ingevuld door de opkomst van zorgcoöperaties. Daarnaast wordt er veelal gesteld dat burgers in dergelijke coöperaties ondersteuning nodig hebben van professionals om op een goede manier invulling te geven aan de participatie (RMO, 2008; Van Ankeren et al., 2010; Jager-Vreugdenhil, 2011). Deze ondersteuning is echter veelal niet aanwezig, omdat de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen allerlei problemen oproept (Zorgvisie, 2015; Ministerie van VWS, 2015b; Allegro, 2013; Dictus, 2013). Dit onderzoek zal deze tegenstrijdigheid en een deel van de problemen onderzoeken en zo meer inzicht verschaffen over het organisatorisch bevorderen van een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. Zo kan er mogelijk een vorm gevonden worden om om te gaan met de ontwikkelingen binnen de Nederlandse samenleving en binnen de Nederlandse zorgsector.

1.3.2. De wetenschappelijke relevantie

Ten tweede kent dit onderzoek een wetenschappelijke relevantie. Deze blijkt uit de wetenschappelijke aanvullingen die dit onderzoek oplevert.

Ten eerste is er binnen het HRM-vakgebied reeds veel kennis ontwikkeld over people management van zorgprofessionals binnen de eigen organisatie (Wright et al., 2001). Het huidige onderzoek zal hier echter dieper op ingaan door te kijken naar het inrichten van HR-beleid voor professionals die (deels) buiten de organisatie werkzaam zijn. De zorgprofessionals waar dit onderzoek zich op richt, verlenen namelijk zorg in teams binnen de zorgcoöperatie, waardoor zij werkzaam zijn binnen een andere organisatie dan de eigen zorginstelling. Daarnaast komen zorgprofessionals in deze teams in aanraking met vrijwilligers. Dit onderzoek richt zich daarnaast dan ook op de samenwerking van zorgprofessionals en vrijwilligers en de aansturing van hen. Echter is het managen van vrijwilligers lastiger, omdat de organisatie in principe geen zeggenschap over hen heeft. Deze samenwerking is wetenschappelijk gezien dan ook interessant, omdat er nog weinig bekend is over de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009; Rose, 2011; D'Amour, Ferralda-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, 2005; Vigoda, 2002).

Ten tweede is er binnen publiek management onderzoek veel aandacht besteed aan de samenwerking tussen profit-organisaties, maar nauwelijks aan een samenwerking tussen non-profitorganisaties (Rondinelli & London, 2003). Deze studie zal zich echter richten op een samenwerking tussen non-profitorganisaties in de zorgsector waardoor er een bijdrage wordt geleverd aan de kennis over dit type samenwerking.

1.4. Gehanteerde concepten

In dit onderzoek worden enkele concepten gebruikt, die in deze paragraaf toegelicht zullen worden. Doel van deze toelichting is niet om tot een gedeelde definitie te komen, maar om de concepten hanteerbaar te maken voor dit onderzoek.

Aandachtige zorg: Burgers met een zorgbehoefte zo lang mogelijk hun eigen leven laten leiden, zoals ze gewend waren, door autonomie en verantwoordelijkheid van hen in stand te laten. Daarbij moet er respect getoond worden richting cliënten, aandacht worden besteed aan cliënten en uitgelegd worden aan cliënten wat er wordt gedaan (ActiZ, 2010; Knies, Leisink & Kraus-Hoogveen, 2013).

Burgerinitiatief: Een groep georganiseerde burgers die zich inzetten voor een maatschappelijke relevant doel of een publiek belang door zelf iets te ondernemen binnen het publieke domein (Vrieling & Verhoeven, 2011; Ministerie van BZK, 2010).

Burgerparticipatie: Het (actief of passief) deelnemen aan een formele organisatie in het private domein om een maatschappelijk of publiek doel te dienen (Jager-Vreugdenhil, 2011).

Extramurale zorg: Zorg die niet binnen een zorginstelling wordt geleverd, maar in de thuissituatie van de cliënt (ActiZ, 2012).

Intramurale zorg: Zorg die binnen een zorginstelling wordt geleverd (ActiZ, 2012).

Vruchtbare samenwerking: Het succesvol inrichten van een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers door zorgcoöperaties en zorginstellingen, zodat zij samen aandachtige zorg verlenen aan de cliënten.

Zorgcoöperatie: Door de verscheidenheid in zorgcoöperaties is het lastig om tot één definitie te komen. Echter is er altijd sprake van een democratisch gecontroleerde organisatie die gezamenlijk eigendom is van de leden en die ontworpen is om aan de behoeften van leden te voldoen, namelijk het verlenen van zorg. De zorgcoöperatie kan hiertoe bemiddelen tussen bewonersvragen en het bestaande aanbod, ontbrekend aanbod ontwikkelen, de schakel tussen informele en formele partijen vormen, een rol in de samenwerking met bestaande lokale partijen vervullen, potentieel in de samenleving benutten, bepaalde zorgdiensten helpen inkopen en bemiddelen bij diensten in het zorgspectrum (Van Opstal, 2011; Stichting Omzien, 2014).

Een zorgcoöperatie kan dus de vraag van haar leden faciliteren en het zorgaanbod van zorginstellingen afstemmen op deze vraag, zodat de zorg op de door de cliënt gewenste manier geleverd wordt. Daarnaast kan een zorgcoöperatie zelf ontbrekend zorgaanbod en aanvullende welzijnsdiensten ontwikkelen om aan de zorgvraag van haar leden te voldoen.

Zorginstelling: Een organisatie die bestaat uit (zorg)professionals en zich bezighoudt met het verlenen van zorg aan cliënten. Deze zorgprofessionals zijn gespecialiseerd in het leveren van zorg en bezitten expertise en vaardigheden op dit gebied. Bij het leveren van zorg streven zij bepaalde normen en waarden na om een bepaald serviceniveau te garanderen (Wilensky, 1964; Fournier, 2002).

Zorgkantoor: Een organisatie die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en daarvoor financiering toekent aan organisaties die deze zorg verlenen (Zorgwijzer, 2014).

2.

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de reeds beschikbare wetenschappelijke kennis, die relevant is voor dit onderzoek. Daarvoor zal er in de eerste paragraaf gekeken worden naar wat een vruchtbare samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers is aan de hand van aandachtige zorg. Of de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers vruchtbaar is, laat zich immers uitdrukken in de kwaliteit van de zorgverlening en deze wordt ingekaderd door het concept aandachtige zorg.

Vervolgens zal in de tweede paragraaf het AMO-model behandeld worden om te kijken wat er van zorgprofessionals en vrijwilligers wordt gevraagd om een samenwerking vruchtbaar te laten zijn.

In de derde paragraaf zal er gekeken worden naar ondernemend werknemerschap. Wat wordt er namelijk van zorgprofessionals en zorginstellingen verwacht wanneer zorgprofessionals tevens werkzaamheden buiten de organisatie uitvoeren en hoe faciliteert de zorginstelling zorgprofessionals daarin?

Ten slotte zal er in de vierde paragraaf gekeken worden naar de mogelijke vormen die de organisatorische samenwerking aanneemt. Zijn zorgcoöperaties en zorginstellingen namelijk elkaars concurrenten of vullen zij elkaar aan op het gebied van zorgverlening? En wat betekent dit voor de samenwerking van zorgprofessionals en vrijwilligers? Om deze vragen te beantwoorden zal er gekeken worden naar verschillende mogelijke onderlinge relaties.

2.1. Aandachtige zorg

In dit onderzoek staat de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en hoe zorgcoöperaties en zorginstellingen deze samenwerking kunnen vormgeven centraal. Om te bepalen of deze samenwerking vruchtbaar is en de gewenste zorg oplevert, zal er allereerst gekeken worden naar het concept aandachtige zorg.

Het blijkt lastig om eenduidig vast te stellen of een dergelijke samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers vruchtbaar is. Het is immers lastig om binnen de publieke sector indicatoren vast te stellen om te achterhalen of de gewenste uitkomsten behaald zijn, waar deze manier van werken binnen de private sector al geruime tijd succesvol wordt gehanteerd. Het verschil tussen deze sectoren is echter dat publieke organisaties vaak meerdere, ambigue doelen nastreven en het daardoor lastiger is om eenduidig vast te stellen of de gewenste uitkomst is behaald (Van Thiel, 2009; Rainey, 2009; Boyne, 2002; Propper & Wilson, 2003; Van Thiel & Leeuw, 2002; Modell, 2004).

Binnen de samenleving bestaat er dan ook veel aandacht voor de kwaliteit van zorg. Zo is er bijvoorbeeld veelvuldig gedebatteerd in Den Haag over de prestaties binnen de zorg als gevolg van alle media-aandacht. Deze media-aandacht richtte zich bijvoorbeeld op het inrichten van diensten van zorgprofessionals die niet goed aaneengesloten zouden zijn, waardoor cliënten soms uren zonder zorgverlening door moesten brengen. Dit heeft onder andere geleid tot verscherpt toezicht en het opstellen van het 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg'. (AD, 2014; Knies et al., 2013).

In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zijn indicatoren opgenomen aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of de gewenste zorg geleverd wordt. Deze indicatoren richten zich niet alleen op de inhoud van de zorg, maar ook op de professionaliteit van de zorgverlener. Dit kwaliteitskader heeft als doel mogelijke interne verbeteringen richting een betere kwaliteit van leven voor cliënten inzichtelijk te maken, informatie te

verschaffen aan cliënten en verantwoording af te leggen aan inspecties (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2010). Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg miste volgens de zorginstellingen echter dat cliënten met een zorgbehoefte ondersteund zouden moeten worden om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen en hun eigen leven te kunnen leiden. Daarom hebben de zorginstellingen het concept ‘Aandachtige Zorg’ ontwikkeld. Met dit concept richt de zorg zich op het ondersteunen van de autonomie van de cliënt en het behouden van het welzijn van de cliënt. Aandachtige zorg vraagt om specifiek gedrag van zorgprofessionals, namelijk het besteden van aandacht aan cliënten, het tonen van respect naar cliënten en het behandelen van elke cliënt als een individu (Knies et al., 2013).

Aan de hand van het concept aandachtige zorg is er dus een visie op zorgverlening ontwikkeld waar zorginstellingen zich in kunnen vinden. Het is echter de vraag of zorgcoöperaties deze zorg ook nastreven. Het blijft dus de vraag of zij hetzelfde verstaan onder een vruchtbare samenwerking. Een gedeelde visie op zorgverlening draagt echter wel bij aan een vruchtbare samenwerking, omdat zorgprofessionals en vrijwilligers in dit geval richting hetzelfde doel werken, zoals weergegeven in verwachting 1a. Uit het feit dat zorgcoöperaties uit onvrede op de bestaande zorg zijn ontstaan, is daarentegen verwachting 1b voortgekomen.

Verwachting 1a: Een gedeelde visie op zorgverlening draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 1b: Zorgcoöperaties hanteren een andere visie op zorgverlening dan zorginstellingen.

Wanneer zorginstellingen en zorgcoöperaties allebei wel dezelfde aandachtige zorg zouden nastreven, speelt een tweede vraag op. Zijn beide organisaties het namelijk eens over de manier waarop deze aandachtige zorg tot stand moet komen? Zorgcoöperaties willen bijvoorbeeld, zoals tijdens de focusgroep naar voren kwam, niet volgens procedures werken, waar zorginstellingen deze procedures soms nog wel hanteren. Hieruit is verwachting 2 voortgekomen. Daarnaast zal in dit onderzoek de visie op zorgverlening met specifiek de kenmerken van aandachtige zorg, zoals het respect richting cliënten, bevraagd worden in interviews.

Verwachting 2: Zorgcoöperaties verlenen op andere wijze zorg dan zorginstellingen.

2.2. Het AMO-model

Nu ingekaderd is welke zorg de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers op zou moeten leveren, ontstaat de vraag wat dat van beiden vraagt en wat zij hiervoor nodig hebben. Aan de hand van het AMO-model zal inzichtelijk gemaakt worden wat er van zorgprofessionals en vrijwilligers gevraagd wordt en welke ondersteuning zij behoeven in het verlenen van aandachtige zorg.

2.2.1. Het AMO-model: algemeen

Het AMO-model biedt de mogelijkheid om in te gaan op concrete HRM-aspecten die gevraagd worden van zorgprofessionals en die managers kunnen gebruik om zorgprofessionals in staat te stellen aandachtige zorg te verlenen. Volgens dit model zullen zorgprofessionals in staat zijn om goed te presteren (P), wanneer zij ten eerste de benodigde kennis en vaardigheden bezitten om te presteren of de mogelijkheid krijgen om deze te ontwikkelen (A), wanneer zij ten tweede voldoende interesse en motivatie hebben om te presteren (M) en wanneer zij ten derde de nodige steun ontvangen vanuit de zorginstelling om te presteren (O). Hierin kunnen managers bijvoorbeeld een rol spelen door procedures af te schaffen en zorgprofessionals de vrijheid te bieden om in te spelen op wensen van cliënten (Appelbaum, Bailey, Berg & Kalleberg, 2000; Boxall & Purcell, 2011).

Verbeterde prestaties van zorgprofessionals zullen hun weerslag vinden in organisatieprestaties die ook zullen toenemen. Het AMO-model gaat hierbij uit van ‘high-performance work systems’ die wanneer deze positief zijn ingericht voor de medewerkers of wanneer de medewerkers de perceptie hebben dat zij positief zijn ingericht voor hen, zorgen voor een grotere betrokkenheid van de medewerker en dus een grotere bereidheid om te presteren. Op die manier kunnen medewerkers richting de gewenste organisatieprestaties gestuurd worden, namelijk het verlenen van de gewenste aandachtige zorg (Appelbaum et al., 2000; Boxall & Purcell, 2011).

2.2.2. Het AMO-model: binnen een samenwerkingsverband

De samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen vereist andere competenties van managers, namelijk een toegenomen flexibiliteit en responsiviteit om meerdere typen medewerkers en een team waarover zij geen volledige zeggenschap hebben, te kunnen faciliteren. Voorheen waren managers namelijk verantwoordelijk voor het aansturen en faciliteren van een groep zorgprofessionals binnen de staande zorginstelling die tevens alleen uit zorgprofessionals bestond. Met de samenwerking worden zij echter verantwoordelijk voor het aansturen en faciliteren van zorgprofessionals die zorg verlenen buiten de staande zorginstelling. Daarnaast werken de zorgprofessionals bij het verlenen van zorg samen met vrijwilligers vanuit de zorgcoöperaties en worden de zorgprofessionals daarbij ook aangestuurd vanuit de zorgcoöperatie.

Deze andere vereiste competenties van managers kunnen gepaard gaan met een aantal praktische problemen. Zo kunnen managers weigeren deze op te pakken, kunnen managers te maken hebben met tijdgebrek om deze op te pakken of kunnen ze te maken hebben met een gebrek aan competenties om deze op te pakken (Larsen & Brewster, 2003). Deze praktische problemen zouden ook op kunnen spelen bij managers van zorginstellingen. Het is daarom belangrijk te kijken naar de mogelijkheden die managers hebben om zorgprofessionals op de juiste manier aan te sturen en hun werkzaamheden te faciliteren.

Het AMO raamwerk kan toegepast worden op de managers van de zorginstellingen, maar ook op de zorgprofessionals vanuit zorginstellingen en vrijwilligers vanuit zorgcoöperaties. Binnen de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen komt dit AMO-model dan ook op een aantal manieren terug. Zo komen voornamelijk de 'Abilities-component' en de 'Motivation-component' terug in de daadwerkelijke samenwerking van zorgprofessionals en vrijwilligers bij het verlenen van zorg aan cliënten. Bezitten zij namelijk de kennis en vaardigheden om op een goede manier samen te werken en zijn zij beiden gemotiveerd om samen zorg te verlenen? Van de zorgprofessionals vraagt het daarnaast het vermogen om buiten gebaande paden van bestaande zorgverlening te denken om zo de eigen expertise in te zetten voor maatwerk aan cliënten en aansluiting bij de vrijwilligers, maar zijn zij hiertoe in staat? In de interviews zal daarom onder andere worden worden op vereiste competenties van zorgprofessionals in deze samenwerking, de inrichting van de samenwerking, gemaakte afspraken tussen zorgprofessionals en vrijwilligers en ondersteuning die managers kunnen bieden.

Voorgaand onderzoek laat zien dat het van belang is dat vrijwilligers en zorgprofessionals de handen ineen slaan en taken duidelijk afstemmen, waarbij vrijwilligers taken uitvoeren waar zij plezier uit halen. In verwachting 3a en 3b is daarom de verwachting opgenomen dat afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, waarbij vrijwilligers taken uitvoeren waar zij plezier uit halen, bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking. Daarbij kan een coördinerende rol van zorgprofessionals belangrijk zijn, zodat de vrijwilliger niet overbelast raakt, maar daarbij moet de vrijwilliger niet op afstand worden gezet. Hieruit volgt verwachting 4 dat ondersteuning van vrijwilligers door zorgprofessionals bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking. Daarnaast is het in de samenwerking van belang dat de zorgprofessionals zich ervan bewust zijn dat het taalgebruik moet aansluiten bij die van vrijwilligers, die niet altijd zorgervaring hebben. Ten slotte wordt in voorgaand onderzoek geconcludeerd dat vrijwilligers voor een succesvolle samenwerking met zorgprofessionals assertief en eisend moeten zijn naar zorginstellingen, maar ook lief, zorgzaam en complimenteus naar cliënten en zorgprofessionals waarmee wordt samengewerkt, zodat de betrokkenen in de samenwerking zich gewaardeerd voelen en gemotiveerd blijven om samen aandachtige zorg te verlenen (Tonkens, Van den Broeke & Hoijtink, 2009; Timmermans, 2003).

Verwachting 3a: Afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 3b: Vrijwilligers die taken uitvoeren waar zij plezier uit halen, dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 4: Ondersteuning van vrijwilligers door zorgprofessionals zonder hen te overvragen en op afstand te zetten, draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

De 'Opportunity-component' komt ten eerste terug in de mate van autonomie die zorgprofessionals krijgen vanuit hun zorginstelling om zorg dusdanig te organiseren dat er aangesloten wordt bij de visie op zorg-

verlening van de zorgcoöperatie. Daarvoor moet de zorgprofessional bijvoorbeeld af mogen wijken van procedures vanuit de zorginstelling. De mate van autonomie van medewerkers blijkt volgens veel onderzoekers daarnaast belangrijk te zijn voor de betrokkenheid van medewerkers (Boselie & Paauwe, 2004; Boxall & Purcell, 2011). Ten tweede komt de ‘Opportunity-component’ terug in de bekwaamheid van zorgprofessionals om aan te kunnen geven welke ondersteuning zij nodig hebben om aandachtige zorg te verlenen én in de bekwaamheid van managers om deze ondersteuning daadwerkelijk te kunnen bieden. Voorgaand onderzoek laat zien dat deze ondersteuning bijvoorbeeld geboden kan worden door zorgprofessionals en vrijwilligers te ontlasten door een persoonlijk begeleider, die informatie verschaft over mogelijkheden richting cliënten, randvoorwaarden zoals het invullen van formulieren verzorgt, zorg draagt voor een soepele samenwerking of verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van de zorgverlening (Tonkens et al., 2009). Hieruit volgt de verwachting dat ondersteuning van managers aan zorgprofessionals bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 5: Ondersteuning van zorgprofessionals door managers draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

2.3. Ondernemend werknemerschap

Aan de hand van het AMO-model zijn reeds een aantal vereisten van zorgprofessionals, vrijwilligers en managers inzichtelijk gemaakt. Echter gaat het hierbij om vereisten die van toepassing zijn bij een samenwerking binnen een organisatie. Bij de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers in dit onderzoek werken zorgprofessionals echter ook een deel van hun tijd buiten de zorginstelling. Dat brengt zowel aanvullende vereisten voor hen met zich mee, maar ook voor zorginstellingen en managers.

Ondernemend werknemerschap gaat ervan uit dat een werknemer in loondienst is bij de zorginstelling en daarmee ook een formele gezagsverhouding heeft. Echter kent deze werknemer ook de vrijheid om taken buiten de organisatie op te pakken, eventueel in samenwerking met anderen. Deze medewerker wordt uiteindelijk primair beoordeeld op de resultaten die bereikt worden. Dit type arbeidsrelatie past dan ook bij het verlenen van aandachtige zorg, omdat zorgprofessionals op deze manier de autonomie en vrijheid krijgen om in te spelen op individuele wensen van cliënten (ActiZ, 2014b; Gründemann, Fruytier & Veltink, 2015; Liebrechts, Preenen & Dhondt, 2015; Claessen, Keijl, Kraaijenhagen & Dijkers, 2013; Freese & Staal, 2015; PMC, 2014).

Het deels werkzaam zijn buiten de eigen zorginstelling vraagt ook om andere eigenschappen van zorgprofessionals. Zo wordt ten eerste meer proactief, risiconemend gedrag gevraagd om buiten gebaande paden te durven denken en zo aandachtige zorg te kunnen verlenen. Het kunnen vertonen van dit proactieve gedrag hangt af van de competentie en de motivatie om meer werk op te kunnen pakken. Ten tweede worden zelfstandigheid, het nemen van verantwoordelijkheid en het stevig in je schoenen staan gevraagd. Als ondernemende werknemer krijg je namelijk vaker te maken met complexere vraagstukken en eventuele verrassingen, waarin de werknemer zelfstandig het juiste besluit moet kunnen nemen. Deze complexiteit komt voort uit het feit dat er vaker buiten de organisatie wordt gewerkt (Liebrechts et al., 2015; PMC, 2014; Claessen et al., 2013; Freese & Staal, 2015). Hieruit volgt verwachting 6 dat pro-activiteit en zelfstandigheid van zorgprofessionals bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 6: Zelfstandige, proactieve zorgprofessionals dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

Deze andere eigenschappen die gevraagd worden van zorgprofessionals werken ook door in andere vereisten van managers en de gehele zorginstelling. Zo is het ten eerste van belang dat de cultuur binnen zorginstellingen aangepast wordt. Er moet een ondernemend klimaat gecreëerd worden met minder procedures en controle van bovenaf, zodat de ondernemende werknemer ruimte krijgt. Ten tweede is het van belang voor managers om in overleg met de werknemer de juiste randvoorwaarden te scheppen. Zo is het van belang om resultaatafspraken te maken, zodat de manager zicht heeft op het werk en ook de medewerker weet wat er wordt verwacht en de werkdruk niet te hoog wordt. Daarnaast is het belangrijk om afspraken te maken over de arbeidsverhouding, zodat werknemers vertrouwen van collega's en autonomie van de manager krijgen. Ten slotte is het van belang dat managers aandacht besteden aan de transparantie naar andere ‘traditionele’ werknemers, zodat er geen ge-

voel van onrechtvaardigheid ontstaat wanneer ondernemende werknemers anders worden behandeld (Freese & Staal, 2015; Claessen et al., 2013; PMC, 2014). Hieruit volgt de verwachting dat autonomie en vrijheid voor zorgprofessionals bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking, omdat er zodoende ingespeeld kan worden op afzonderlijke cliëntwensen.

Verwachting 7: Autonomie en vrijheid voor zorgprofessionals dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

Ondernemend werknemerschap kan effect hebben op het individu, het team en de organisatie. Het kan bijvoorbeeld op individueel niveau en teamniveau leiden tot bevoegenheid, teamleren en betere prestaties, wanneer de ervaren vrijheid en vertrouwen positief doorwerken op het individu en het team. Wanneer dit voor individuen echter te veel druk met zich meebrengt kan het ook tot stress en spanning tussen werknemers leiden. Op organisatieniveau kan het leiden tot werkplezier, binding van werknemers en breder inzetbare werknemers, omdat zij meer diverse taken uitvoeren en vertrouwen en vrijheid ervaren. Ten slotte kan het voor de cliënt uitmonden in aandachtige zorgverlening en een hogere kwaliteit van leven, omdat zorgprofessionals de vrijheid hebben om individuele wensen van cliënten te respecteren en daarop in te spelen (PMC, 2014; Claessen et al., 2013; Freese & Staal, 2015).

Aan de hand van ondernemend werknemerschap is er ingegaan op een aantal nieuwe vereisten voor zorgprofessionals, managers en zorginstellingen. Deze vereisten worden in dit onderzoek meegenomen in de interviews door te vragen in hoeverre zorgprofessionals autonomie, vrijheid en minder controle en procedures van bovenaf ervaren. Daarnaast wordt er tijdens de interviews ingegaan op de vraag welke competenties er van zorgprofessionals worden gevraagd wanneer zij in samenwerking met vrijwilligers bij zorgcoöperaties zorg verlenen en hoe zij daarbij ondersteund kunnen worden door managers.

2.4. De relatie tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Nu de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers in kaart is gebracht, zal deze paragraaf zich richten op de mogelijke relatietypen tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Zij kunnen bijvoorbeeld elkaars concurrenten zijn, maar ook elkaars partners. De onderlinge relatie is afhankelijk van twee factoren, namelijk de mate van samenwerking tussen beide organisaties en de mate van afhankelijkheid van elkaar. Om dit voor de verschillende relaties in kaart te brengen is figuur 2.1 ontwikkeld. Afhankelijk van welke relatie beide organisaties tot elkaar hebben, ontstaan er namelijk mogelijk verschillende belemmerende of bevorderende factoren.



Figuur 2.1: Mogelijke relaties tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Ten eerste kunnen beide organisaties simpelweg elkaars concurrenten zijn. In dat geval zijn zij onafhankelijk van elkaar en bestaat er ook geen samenwerking tussen beide organisaties. Deze situatie zal als eerste belicht worden aan de hand van de institutionele omgeving van zorgcoöperaties en zorginstellingen.

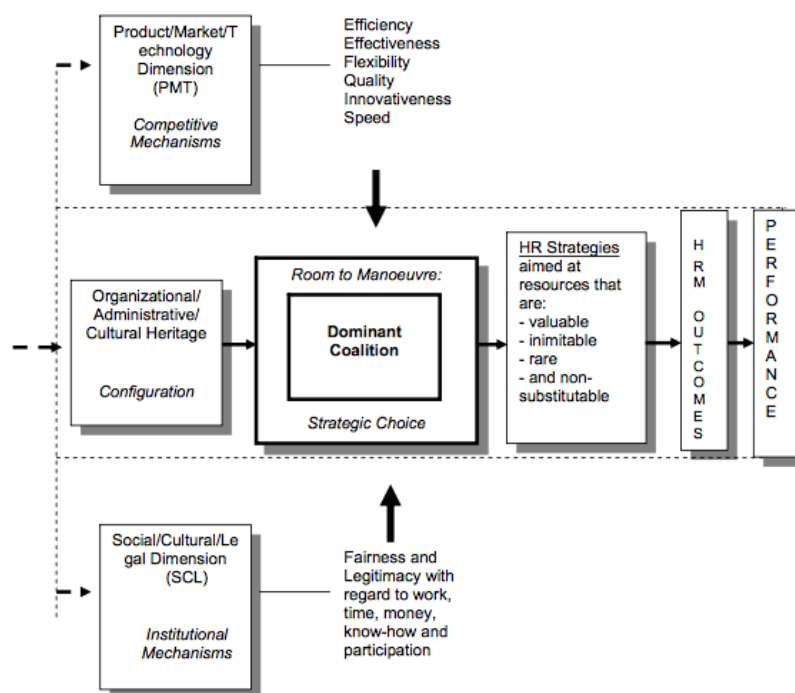
Ten tweede kunnen beide organisaties met elkaar samenwerken. Bij dit type relaties zijn er verschillende ‘vormen’ van samenwerking te onderscheiden, waar achtereenvolgens op ingegaan zal worden. Zo bestaat er ketenmanagement, waarbij organisaties samenwerken in bepaalde ketens. Ten tweede bestaat er cross-sector collaboration, waarbij organisaties genoodzaakt zijn om samen te werken om bepaalde vraagstukken op te lossen of om bepaalde diensten te leveren. Een derde samenwerkingsvorm is co-opetition, waarbij er in een competitieve omgeving samen wordt gewerkt. Daarbij is de mate van samenwerking en de mate van onderlinge afhankelijkheid het laagst vergeleken met de andere samenwerkingsvormen.

Ten derde kunnen beide organisaties met elkaar samenwerken zonder dat zij allebei diensten leveren. In deze vorm van samenwerking vormt de zorgcoöperatie een soort ‘zaakwaarnemer’ voor de cliënt. De zorgcoöperatie ontvangt in dit geval een zorgvraag van een cliënt en zoekt hiervoor de geschikte zorginstelling om de vraag van de cliënt naar zijn of haar wens in te vullen, omdat zijzelf geen personeel in dienst heeft om zorg te verlenen. De zorgcoöperatie maakt op hoofdniveau afspraken met de zorginstelling voor de zorgverlening en ‘stapt’ vervolgens uit de samenwerking door de zorgverlening volledig over te laten aan de zorginstelling en alleen nieuwe cliënten door te verwijzen naar de zorginstelling. De zorgcoöperatie werkt dus volledig samen met de zorginstelling, maar toch wordt er een relatief lage afhankelijkheid verwacht, omdat er vermoedelijk veel zorginstellingen bereid zijn een dergelijke samenwerking aan te gaan.

In de interviews zal daarom worden naar de aanleiding voor samenwerking en de inrichting van de samenwerking om te kunnen bepalen van welk type samenwerking er sprake is.

2.4.1. De institutionele omgeving

Om inzicht te krijgen in de institutionele omgeving van zorgcoöperaties en zorginstellingen wordt er gebruik gemaakt van de ‘Contextually Based Human Resource Theory’ (Pauwe, 2004). Het model, zoals weergegeven in figuur 2.2, onderscheidt drie dimensies die van invloed zijn op organisaties. Ten eerste is dat de ‘product, markt en technologische dimensie’, de ‘PMT-dimensie’, ten tweede de ‘sociale, culturele en de juridische dimensie’, de ‘SCL-dimensie’ en ten slotte de ‘configuratie’ van de organisatie, zoals die historisch gezien is gegroeid (Pauwe, 2004).



Figuur 2.2: De Contextually Based Human Resource Theory (Pauwe, 2004)

De PMT-dimensie gaat in op de invloed vanuit de markt op organisaties en staat voor de economische, bedrijfsmatige context en de economische rationaliteit. Zo maken organisaties keuzes aan de hand van eisen die ontstaan uit product-marktcombinaties en de geschikte technologie. Deze eisen worden vaak uitgedrukt in efficiëntie, effectiviteit, flexibiliteit of kwaliteit. De SCL-dimensie gaat in op de invloed vanuit de samenleving op organisaties en staat voor de maatschappelijke context en de relationele rationaliteit. Zo maken organisaties keuzes aan de hand van politiek-maatschappelijke en culturele krachten. Deze krachten werken vaak door in normen en waarden over wat een eerlijke arbeidsrelatie is tussen organisatie en individuele werknemer en wat sociaal legitiem gedrag van de organisatie is richting de samenleving. De configuratie van de organisatie gaat in op de samenstelling van de organisatie, zoals die in het verleden is ontstaan als gevolg van strategische keuzes. Deze configuratie bestaat onder andere uit de leeftijd van de organisatie, de structuur van de organisatie en de cultuur van de organisatie (Paauwe, 2004).

Deze dimensies hebben invloed op de ‘room to manoeuvre’ van organisaties. Deze ruimte kunnen organisaties benutten om strategische keuzes te maken. De mate van ruimte wordt voornamelijk beïnvloed door de druk vanuit de PMT-dimensie en de SCL-dimensie. Deze strategische keuzes worden gemaakt door de ‘dominant coalition’ binnen de organisatie, waarin verschillende actoren zijn vertegenwoordigd, zoals vakbonden, de HR-afdeling, de ondernemingsraad of (top)management. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de organisatie door middel van keuzes ook invloed uitoefent op de omgeving. Toch gebruiken organisaties niet altijd de ruimte die zij hebben om keuzes te maken. Dit komt enerzijds door ‘bounded rationality’ en anderzijds door ‘isomorphism’. ‘Bounded rationality’ zorgt er namelijk voor dat niet alle informatie over concurrenten beschikbaar is voor organisaties, waardoor zij niet de meest optimale keuze kunnen maken. ‘Isomorphism’ zorgt er daarnaast voor dat organisaties meer op elkaar gaan lijken door het kopiëren van gedrag en keuzes van andere organisaties om zo geen (eventuele) achterstand op te lopen, door een bepaald kader van normen en waarden binnen één land of regio waardoor organisaties dezelfde aanpak hanteren en door bepaalde regelgeving die voor alle organisaties binnen een bepaald land of bepaalde regio geldt (Paauwe, 2004).

2.4.2. De omgeving van zorgcoöperaties en zorginstellingen

De configuratie van zorgcoöperaties en zorginstellingen is op bepaalde vlakken hetzelfde. Zo zijn het allebei publieke organisaties. Dat houdt in, dat ze zich allebei inzetten voor het belang van de samenleving. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee, dat ze een voorbeeldfunctie hebben richting de samenleving op verschillende gebieden, zoals het vormen van een afspiegeling van de samenleving of het geven van het goede voorbeeld wat betreft het volgen van wet- en regelgeving.

Wat betreft de SCL-dimensie gelden eveneens een aantal zaken voor beide organisaties. Zo proberen beiden sociaal legitiem te werk te gaan door steeds meer aan de individuele wensen van cliënten te voldoen en dus cliëntgericht en kleinschaliger te gaan werken. Tevens stelt de samenleving aan beide organisaties dezelfde eisen wat betreft een eerlijke arbeidsrelatie.

Voor zorgcoöperaties en zorginstellingen geldt daarnaast dat zij gezien de PMT-dimensie met dezelfde markt te maken hebben, namelijk die van de zorgsector. Dat houdt in dat zij op de arbeidsmarkt concurreren om de beste en meest getalenteerde werknemers aan te trekken. Daarnaast geldt dat zij met dezelfde decentralisaties en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen te maken hebben, waardoor zij druk vanuit ‘de markt’ ervaren op hun budgetten. Ten slotte geldt ook dat cliënten dezelfde eisen stellen aan het zorgaanbod van beide organisaties, namelijk meer cliëntgerichte, kleinschalige zorg.

Zorgcoöperaties en zorginstellingen hebben dus grotendeels te maken met dezelfde institutionele omgeving. Wanneer zij daarbinnen beiden zelfstandig de vraag van een cliënt willen beantwoorden met een zorgaanbod zijn ze concurrenten. Echter kunnen zij elkaar binnen deze markt ook aanvullen of zelfs samenwerken. Daarom zal er vervolgens gekeken worden naar inzichten vanuit ketenmanagement, cross-sector collaboration en co-opetition.

2.4.3. Ketenmanagement¹

Het functioneren van organisaties kan vaak niet los gezien worden van andere organisaties, omdat zij de schakel van een keten vormen en afhankelijk zijn van elkaars prestaties. Hierdoor ontstaat een ketenbelang, omdat organisaties een belang hebben binnen de keten dat verder gaat dan zelf zo optimaal mogelijk presteren. Binnen deze keten sturen organisaties niet alleen elkaar, maar beïnvloeden zij elkaar ook. Deze ketens zijn er in verschillende vormen. Ten eerste zijn er ketens, waarin organisaties wederzijds afhankelijk zijn van uitkomsten en (politieke) besluitvormingsprocessen. Ten tweede zijn er ketens, waarin organisaties zich verenigen om gezamenlijke doelen te realiseren door met elkaar in gesprek te zijn. Verder hanteren deze organisaties hun eigen beleid en produceren zij tevens verschillende, eigen producten of diensten. Ten derde zijn er ketens, waarin organisaties samenwerken om te voorzien in gezamenlijk doel, zoals een publiek goed, een dienst of een waarde. Organisaties kunnen in dit geval vaak niet zelfstandig de gewenste output of outcome realiseren. Dit sluit aan bij het idee van cross-sector collaboration (Isett, Mergel, LeRoux, Mischen & Rethemeyer, 2011; Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001; Poorthuis, Van der Aa, Van Rheenen, Konijn & De Jager, 2006; Koffijberg, 2007).

Een keten heeft een aantal kenmerken. Ten eerste is er sprake van een samenhangend geheel van geschakelde input- en outputprocessen om een product of dienst voort te brengen. Ten tweede zijn de schakels in de keten met elkaar verbonden, omdat zij vooraf gaan aan elkaar. Deze volgorde van schakels kan wisselen, maar ook de basis van de schakeling kan verschillen. Zo is er enerzijds seriële afhankelijkheid, waarbij organisaties elkaar opvolgen en output van de ene organisatie input voor de ander is, en anderzijds parallelle afhankelijkheid, waarbij ketens gelijktijdig lopen en organisaties informatie van elkaar nodig hebben om de schakel te doorlopen. Ten derde is een keten een netwerk van actoren, waardoor meerdere organisaties in een netwerk verantwoordelijk kunnen zijn voor één schakel van de keten. Ten vierde kent de keten een zekere duurzaamheid. Ten slotte kent een keten geen formele hiërarchie. Er is geen centraal gezag, want er is sprake van wederzijdse afhankelijkheden waardoor schakels slechts in beperkte mate invloed hebben op elkaar. Daarentegen kent iedere schakel vaak wel zijn eigen taak, waarin organisaties enige mate van autonomie hebben (Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001; Poorthuis et al., 2006).

Binnen ketens is allereerst het opstellen van duidelijke ketendoelen van belang. Deze doelen moet door alle schakels van de keten onderschreven worden en alle schakels van de keten moeten onder deze doelen hetzelfde verstaan. Ten tweede is ook het opzetten van een goede informatievoorziening van belang, welke duidelijkheid verschaft over de sturing binnen de keten, het functioneren van de keten en het afleggen van verantwoording binnen de keten. Tevens moet er informatie worden gedeeld over de productiviteit, effectiviteit, efficiency en kwaliteit van de schakels om deze op elkaar af te stemmen en de gehele keten te coördineren. Dit vereist vertrouwen, omdat schakels elkaars concurrenten zijn en nu samen moeten werken (Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001).

2.4.4. De zorgketen

Een deel van de aspecten van deze keten kunnen worden herkend binnen de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Het einddoel binnen de zorgketen is namelijk het verlenen van aandachtige zorg aan de cliënt. Zorgcoöperaties en zorginstellingen zijn voor het verlenen van deze zorg afhankelijk van elkaar, omdat zij samen zorg verlenen aan cliënten en er dus gezamenlijk een dienst tot stand komt. In de interviews zal daarom gevraagd worden hoe de onderlinge communicatie verloopt, hoe de eindverantwoordelijkheid van zorgverlening is geregeld en of er sprake is van hiërarchie.

¹ Ketenmanagement moet niet verward worden met netwerksamenwerking, hoewel zij wel samenhangen. Netwerkmanagement houdt namelijk de verbinding op bestuurlijk niveau in, waar ketenmanagement de operationele uitwerking is van dit netwerkmanagement (Korsten, 2010).

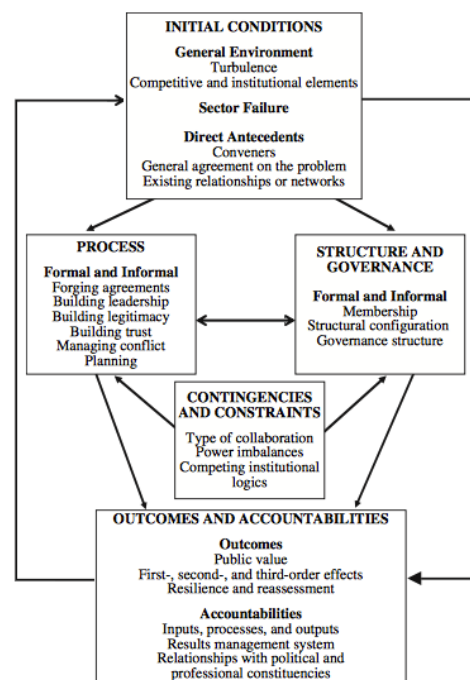
2.4.5. Cross-sector collaboration

Voor veel publieke uitdagingen vanuit de samenleving wordt cross-sector collaboration steeds belangrijker geacht om te zorgen voor voordelige uitkomsten. Cross-sector collaboration houdt in dat er een samenwerkingsverband ontstaat tussen minstens twee verschillende ‘typen organisaties’. Daarbij kan er gedacht worden aan samenwerking tussen de overheid, profit-organisaties, non-profitorganisaties, filantropische instellingen en of groepen uit de samenleving. Dit samenwerkingsverband heeft als doel om informatie, bronnen, activiteiten en bekwaamheden aan elkaar te koppelen of te delen met elkaar om zo een uitkomst te realiseren die zij afzonderlijk van elkaar nooit hadden kunnen realiseren (Bryson, Crosby & Stone, 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2005; Crosby & Bryson, 2010).

Om cross-sector collaboration te begrijpen zijn er een vijftal dimensies te onderscheiden, welke zijn weergegeven in figuur 2.3 (Bryson et al., 2006). Bij de ‘initial conditions’ gaat het om de omgeving, waarin cross-sector collaborations ingebed zijn. Veel van deze samenwerkingsverbanden ontstaan, wanneer de sector ‘faalt’ om een uitdaging op te lossen. Daarnaast worden deze samenwerkingsverbanden vaak opgericht om onder andere onzekerheid te verminderen, de afhankelijkheid van bronnen in de omgeving te verminderen en de transactiekosten te verlagen. Ten slotte zijn er een aantal directe antecedenten voor een dergelijke samenwerking te herkennen, zoals de aanwezigheid van een ‘tussenpersoon’ die de samenwerking helpt opzetten, de overeenstemming over het bestaan van een bepaalde uitdaging en behaald succes in vorige samenwerkingsverbanden (Bryson et al., 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2005; Crosby & Bryson, 2010).

Bij het ‘process’ gaat het om aspecten die een rol spelen in het proces van het samenwerkingsverband. Ten eerste gaat het om het vastleggen van zaken in de overeenkomst, maar ook de manier waarop dit gebeurt. Dit kan enerzijds informeel en anderzijds formeel. Het voordeel van formeel vastleggen is het creëren van duidelijkheid. In de interviews zal daarom gevraagd worden naar gemaakte afspraken en hoe deze zijn vastgelegd. Ten tweede gaat het om het verkrijgen van legitimiteit. Het verkrijgen van legitimiteit naar de samenleving is belangrijk om als samenwerkingsverband te ‘overleven’. Daarvoor is het van belang om gezien te worden als een organisatievorm naar interne en externe stakeholders, dat het samenwerkingsverband herkenbaar is als entiteit en dat het samenwerkingsverband vertrouwen geeft aan leden om vrij te communiceren binnen het verband. In de interviews zal er daarom gevraagd worden naar de rol die de omgeving van de samenwerking speelt en welke houding organisaties aannemen ten opzichte van het samenwerkingsverband. Ten derde gaat het om het opbouwen van vertrouwen door onder andere informatie en kennis te delen en goede intenties naar elkaar te tonen. Ten slotte gaat het om het goed verdelen van macht en het managen van conflicten, die kunnen ontstaan door verschillende verwachtingen en bedoelingen van leden van het samenwerkingsverband (Bryson et al., 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2005; Crosby & Bryson, 2010). Er zal daarom in de interviews gevraagd worden naar onderlinge communicatiemechanismen om te achterhalen hoe er met eventuele conflicten wordt omgegaan of hoe deze voorkomen worden.

Bij de ‘structure en governance’ gaat het om aspecten omtrent het daadwerkelijk vormgeven en inrichten van het samenwerkingsverband. Deze structuur hangt af van de context van de samenwerking, het doel van het samenwerkingsverband en van complexiteit en ambiguïteit binnen het samenwerkingsverband. Zo wordt de structuur bijvoorbeeld aangetast wanneer belangrijke leden uit het samenwerkingsverband stappen of hun rol veranderen. De ‘contingencies en constraints’ beschrijven aspecten die het ‘process’, de ‘structure en governance’ en de duurzaamheid van samenwerkingsverbanden beïnvloeden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om verschil-



Figuur 2.3: Een raamwerk voor cross-sector collaboration (Bryson et al., 2006)

len in macht en tegenstrijdige belangen. De ‘outcomes’ beschrijven ten slotte uitkomsten van samenwerkingsverbanden (Bryson et al., 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2010).

2.4.6. Co-opetition

Zorgcoöperaties kunnen echter ook een ‘dubbelrol’ vervullen richting zorginstellingen. Zij kunnen namelijk zowel concurrent zijn van de zorginstellingen, als partner van de zorginstellingen. Om dit te belichten zal er hierin worden gegaan op co-opetition. Co-opetition gaat niet alleen uit van samenwerking, maar ook van een competitieve omgeving. De mate van samenwerking en de mate van competitie in co-opetition kunnen daarbij variëren. Organisaties in een competitieve omgeving gaan een samenwerking aan, omdat zij wederzijds complementair zijn aan elkaar en er dus wederzijds voordeel te behalen valt met de samenwerking. Deze voordelen zitten in het delen van kennis en competenties, het ontwikkelen van nieuwe producten en het minimaliseren van onzekerheid en zijn afzonderlijk niet te behalen. De basis voor deze relatie bestaat uit wederzijds vertrouwen, commitment en het delen van informatie, risico's en beloningen. De samenwerking kent een gezamenlijke visie en een gezamenlijk doel, los van de individuele visie en het individuele doel van de organisaties. In de interviews zal gevraagd worden naar het bestaan van een gezamenlijk doel. Ten slotte kunnen de afspraken zwart op wit zijn vastgelegd, maar kunnen deze afspraken ook mondeling overeen zijn gekomen (Zineldin, 2004; Brandenburger & Nalebuff, 2011; Baretta, 2008; Song, 2003; Gnyawali, He & Madhavan, 2006). Op deze afspraken zal in de interviews ingegaan worden om te bekijken hoe de basis van samenwerking eruit ziet.

Het opzetten van een duurzame co-opetition kent een aantal voorwaarden. Zo moet er sprake zijn van twee of meer organisaties die bereid zijn de relatie met elkaar aan te gaan op basis van vertrouwen. Elke partij moet daarbij iets van waarde hebben, dat de andere partij wil hebben en bereid zijn iets van die waarde voor de andere partij op te geven om iets van waarde van de andere partij terug te krijgen. Hierover kunnen partijen communiceren en onderhandelen, zodat beide partijen beter worden van de relatie. Ten slotte herkennen beide partijen ethische normen en waarden, afhankelijkheid en commitment als cruciale factoren voor het opzetten en behouden van een lange termijn relatie. (Zineldin, 2004; Brandenburger & Nalebuff, 2011; Baretta, 2008; Song, 2003; Gnyawali et al., 2006). In de interviews zal dan ook gevraagd worden hoe de onderlinge communicatie verloopt en hoe afhankelijk zij van elkaar zijn om te achterhalen of deze cruciale factoren aanwezig zijn in deze samenwerking.

Co-opetition kent echter ook een keerzijde. Allereerst eist het opbouwen en behouden van co-opetition bepaalde investeringen van organisaties, maar zijn de opbrengsten onzeker. Bij het behouden van co-opetition komen namelijk situaties voor die geïnterpreteerd moeten worden en daar gaat tijd en geld in zitten. Ten tweede kan een gebrek aan ervaring wat betreft het samenwerken met organisaties ervoor zorgen dat het management veel tijd en aandacht moet steken in het leren kennen van andere organisaties. Hierdoor kan de aandacht voor de ‘core business’ afnemen. Ten derde kan het delen van informatie en bronnen ervoor zorgen dat een bepaalde mate van vrijheid vervalt, omdat de controle over deze informatie en bronnen verloren is gegaan. Ten vierde kan de relatie tussen organisaties slecht gemanaged worden, waardoor het potentiële voordeel van co-opetition verloren gaat. Ten vijfde dragen macht en afhankelijkheid de mogelijkheid met zich mee dat er conflicten ontstaan tussen organisaties. Ten zesde zorgt co-opetition voor een bepaalde mate van afhankelijkheid, waardoor organisaties zo afhankelijk van elkaar kunnen worden dat zij te kwetsbaar worden. Ten slotte kan een te nauwe co-opetition ervoor zorgen dat organisaties zich verplicht voelen om betrokken te blijven. Dit kan ertoe leiden dat organisaties er niet uit durven te stappen, ook als de nadelen zwaarder gaan wegen dan de voordelen (Zineldin, 2004; Brandenburger & Nalebuff, 2011; Gnyawali et al., 2006).

2.4.7. Co-opetition in de zorgsector

Co-opetition kan een belangrijke rol spelen. Binnen de private sector wordt co-opetition namelijk gezien als een middel om de opbrengsten voor alle partijen te vergroten. Binnen de zorgsector kan dit echter niet, omdat het gaat om publiek geld en er daarbij jaarlijks vooraf een budget vastgesteld is. Bovendien gaat het binnen de publieke sector niet alleen om economische doelen, maar gaat het ook om bredere doelen. Zo moet het niet alleen gaan om het effectief en efficiënt verlenen van zorg, maar ook om de maatschappelijke legitimiteit van de zorgverlening. Binnen de zorgsector kan co-opetition er echter wel voor zorgen dat de geldstromen anders verdeeld

worden, waardoor er meer geld gestoken wordt in het daadwerkelijk verlenen van zorg in plaats van in het concurreren met elkaar (Baretta, 2008).

Daarnaast kent co-opetition binnen de zorgsector twee belangrijke karakteristieken. Ten eerste is dat de centrale rol van een regelgevend orgaan. Dit regelgevend orgaan moet ervoor zorgen dat er een balans wordt gevonden tussen samenwerking en competitie. Vaak overstemt competitie namelijk de noodzaak tot samenwerking en daarin kunnen regels zorgen voor een goede balans. Het regelgevend orgaan dient dan ook als een soort coördinerend systeem om de balans te behouden tussen competitie en samenwerking en zo een goede balans te vinden voor co-opetition (Baretta, 2008; Song, 2003; Gnyawali et al., 2006). In de interviews zal bevestigd worden welke rol deze wet- en regelgeving speelt en of het bijdraagt aan samenwerking.

De invloed van professionals op co-opetition, ten tweede, blijkt voornamelijk te zitten in het feit dat professionals van nature met elkaar blijven concurreren. Het competitie-aspect moet dan ook zoveel mogelijk verwijderd worden om een goede co-opetition te realiseren. Daarnaast hebben professionals het beeld dat zij onafhankelijk zijn van anderen. Het is daarom van belang om zorgprofessionals een mate van afhankelijkheid te laten ervaren, zodat zij meer ‘gedwongen’ worden om samen te werken. Daarbij is het echter wel van belang om een zekere mate van autonomie van de zorgprofessionals in stand te houden, omdat anders de prestaties mogelijk achteruit gaan (Baretta, 2008; Song, 2003; Gnyawali et al., 2006). In de interviews zal daarom bevestigd worden in hoeverre zorgprofessionals autonomie ervaren.

2.4.8. Relaties in dit onderzoek

Landelijk gezien komt de rol van ‘zaakwaarnemer’ van de cliënt vermoedelijk het meest voor. Zo zijn er in Nederland veel zorgcoöperaties die geen medewerkers in dienst hebben, maar cliënten doorverwijzen naar zorginstellingen of andere professionele organisaties (Van Beest, 2014).

In het huidige onderzoek zal naar verwachting echter de rol van samenwerkingspartner het meest voorkomen in de gedaante van ketenmanagement, cross-sector collaboration of co-opetition. Dit is in lijn met het doel van het onderzoek logisch. Om factoren die bijdragen aan een vruchtbare samenwerking en factoren die deze vruchtbare samenwerking belemmeren te inventariseren, zijn namelijk cases geselecteerd waaruit zoveel mogelijk informatie vergaard kan worden.

Op basis van de literatuur over deze typen relaties kunnen er een aantal verwachtingen worden opgesteld, die terugkomen in alle typen samenwerkingsverbanden. Zo wordt er verwacht dat het maken van afspraken en het formeel vastleggen van deze afspraken bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking, omdat dit onduidelijkheid voorkomt. Daarnaast wordt er verwacht dat een gelijkwaardige machtsrelatie bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking, omdat dit mogelijke conflicten voorkomt. Ten slotte wordt er verwacht dat erkenning van het samenwerkingsverband door organisaties in de omgeving bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking, omdat dit zorgt voor vertrouwen en het kunnen handelen als organisatie richting de omgeving.

Verwachting 8: Het formeel vastleggen van gemaakte afspraken draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 9: Een gelijkwaardige machtsverdeling tussen zorginstellingen en zorgcoöperaties draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

Verwachting 10: Erkenning van het samenwerkingsverband door de omgeving draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

2.5. Verwachtingen

Uit de bovenstaande literatuur volgen de onderstaande verwachtingen:

- 1a: Een gedeelde visie op zorgverlening draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.
- 1b: Zorgcoöperaties hanteren een andere visie op zorgverlening dan zorginstellingen.

- 2: Zorgcoöperaties verlenen op andere wijze zorg dan zorginstellingen.

- 3a: Afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.
- 3b: Vrijwilligers die taken uitvoeren waar zij plezier uit halen, dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 4: Ondersteuning van vrijwilligers door zorgprofessionals zonder hen te overvragen en op afstand te zetten, draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 5: Ondersteuning van zorgprofessionals door managers draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 6: Zelfstandige, proactieve zorgprofessionals dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 7: Autonomie en vrijheid voor zorgprofessionals dragen bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 8: Het formeel vastleggen van gemaakte afspraken draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 9: Een gelijkwaardige machtsverdeling tussen zorginstellingen en zorgcoöperaties draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

- 10: Erkenning van het samenwerkingsverband door de omgeving draagt bij aan een vruchtbare samenwerking.

3.

Methoden

In dit hoofdstuk zal er stil worden gestaan bij de methoden voor de uitvoering van dit onderzoek.

3.1. Een empirisch, exploratief onderzoek

Uit de doelstelling en de onderzoeksvraag blijkt dat er sprake is van een toegepast onderzoek. Het onderzoek levert namelijk enerzijds een bijdrage aan het verbeteren van de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers in de praktijk, die vormgegeven wordt door zorgcoöperaties en zorginstellingen. Anderzijds richtte het onderzoek zich op het verkrijgen van wetenschappelijke kennis over deze samenwerking. Het doel van toegepast onderzoek is dan ook het doen van wetenschappelijk onderzoek naar de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van oplossingen voor een concreet praktijkprobleem (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014).

Om deze kennis te verkrijgen is er gebruik gemaakt van empirisch, inductief onderzoek. Zorgcoöperaties zijn namelijk de laatste jaren sterk in opkomst, waardoor er sprake is van een nieuw, nog weinig onderzocht fenomeen. Er is daarom eerst empirische data verzameld om zo kennis te vergaren over het vormgeven van deze samenwerking (Van der Velde et al., 2013).

Gezien de recente ontwikkeling van het fenomeen is een exploratief onderzoek geschikt om kennis te ontwikkelen. Zo worden er eerst verschijnselen gezocht en vastgesteld om tot patronen te komen die de basis vormen voor kennisonwikkeling (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014). Specifiek is onderzocht of bepaalde factoren bevorderend (succesfactoren) of belemmerend (faalfactoren) werken voor de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. Deze succes- en faalfactoren zijn waar mogelijk omgezet in aanbevelingen (Van der Velde et al., 2013).

3.2. Een interpretatief, kwalitatief onderzoek

Om het onderzoek uit te voeren is er een interpretatieve benadering gehanteerd. Feiten zouden namelijk niet of nauwelijks bestaan in dit onderzoek. Beide partijen zouden zaken waarschijnlijk immers anders ‘framen’, waardoor er niet gesproken kon worden over vaststaande feiten. Daarom is er gebruik gemaakt van percepties, ervaringen en belevingen (Van der Velde et al., 2013). Daarnaast bood het gebruik van percepties de mogelijkheid om fictieve situaties te bespreken tijdens interviews. Zo hadden niet alle zorgcoöperaties en zorginstellingen ervaring met samenwerking op verschillende vlakken. Echter kon er aan de hand van percepties wel achterhaald worden wat men denkt over een mogelijke samenwerking op gebieden.

Bij deze interpretatieve manier van onderzoek doen, paste een onderzoek dat gebruik maakt van kwalitatieve methoden. Kwalitatieve methoden bieden namelijk de mogelijkheid om in te gaan op de percepties, ervaringen en belevingen van personen door bijvoorbeeld door te vragen in een interview. Er ontstaat op deze manier rijke en diepgaande data (Silverman, 2012). Een onderzoek dat gebruik maakt van kwantitatieve methoden zou te veel ‘platte’ informatie opleveren en niet genoeg vertellen over de context of de complexiteit van de situatie. Tevens is er gebruik gemaakt van meerdere kwalitatieve methoden, namelijk interviews, focusgroepen en documentanalyse. Er is dan ook sprake van een ‘multimethodstudie’ (Van der Velde et al., 2013).

Om het onderzoek uit te voeren zijn er cases geselecteerd. Er is dan ook sprake van een casestudy. De combinatie van casestudies en kwalitatieve methoden maakt het mogelijk om zoveel mogelijk in de natuurlijke omgeving onderzoek te doen (Van der Velde et al., 2013).

3.2.1. Focusgroep

Ter voorbereiding op de interviews is er een focusgroep georganiseerd. Doel van deze focusgroep was ten eerste het komen tot een scherpere formulering van de onderzoeksvraag. Een tweede doelstelling was het selecteren van topics en issues die spelen bij een samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Deze dienden als input voor de invulling van de interviews.

3.2.2. Interviews

Wat betreft de interviews was er sprake van semigestructureerde interviews. Er is namelijk gewerkt met topiclijsten, waarbinnen de vrijheid bestond om door te vragen en door te praten over onderwerpen. Deze interviews zijn met behulp van opnameapparatuur opgenomen, zodat de onderzoeker de mogelijkheid had om de interviews terug te luisteren en te herinterpreteren (Silverman, 2011).

Er is gewerkt met een topiclijst voor de zorgcoöperaties (zie Bijlage I), twee topiclijsten voor de zorginstellingen en een topiclijst voor de koepel voor zorgcoöperaties (zie Bijlage IV). Er is een topiclijst gehanteerd voor de zorgprofessionals binnen de zorginstelling (zie Bijlage II) en een topiclijst voor de bestuurders en managers van de zorginstelling (zie Bijlage III). Er is ten eerste gekozen voor een splitsing in topiclijsten voor zorgcoöperaties en zorginstellingen, omdat voor beide organisaties verschillende factoren bevestigd zijn. Zo is er bij zorginstellingen bijvoorbeeld gevraagd naar de ondersteuning die geboden wordt aan zorgprofessionals in de vorm van scholing en training. Dit is voor de zorgcoöperaties echter niet aan de orde. Ten tweede is er gekozen voor een splitsing in topiclijsten binnen de zorginstellingen, namelijk voor de zorgprofessionals en bestuurders/managers, omdat de volgorde van topics is omgedraaid. Zo werd er bij zorgprofessionals eerst gekeken naar het primaire proces en daarna naar de organisatie van de samenwerking en de omgeving. Bij bestuurders/managers werd er echter eerst ingegaan op de organisatie van de samenwerking en daarna het primaire proces en de omgeving. Op deze manier is er meer aangesloten bij de specifieke functie van de geïnterviewde.

Wat betreft vragen bij elk topic is er gewerkt met voortschrijdend inzicht, zodat vragen bij topics aangepast konden worden op basis van opgedane kennis in eerdere interviews en op basis van analyses van interviews. Echter is er gestart met een zo volledig mogelijk topiclijst (Boeije, 2014).

Allereerst is er gestart met de aanleiding voor het huidige onderzoek en het huidige interview. Daarin zijn ook de rechten van de respondent uitgelegd. Vervolgens is er ingegaan op de achtergrond van de respondenten, zoals leeftijd en functie. Het tweede 'topic' ging in op de samenwerking tussen de zorgcoöperatie en de zorginstelling en de vormgeving ervan. Het derde 'topic' over het primaire proces van de organisatie ging in op de daadwerkelijke zorgverlening. Vragen over de visie op zorgverlening, hoe men omgaat met de cliënt, hoe men de bejegening naar de cliënt ziet, hoe groot de mate van autonomie van de professional en de cliënt is, stonden hierin centraal. Het vierde 'topic' over de organisatie en het management van de organisatie ging in op de samenwerking en de inrichting ervan. Vragen over hoe men de ondersteuning vanuit beide organisaties ervaart, hoe men de ondersteuning vanuit de leidinggevende ervaart, of er sprake is van gelijkwaardigheid of hiërarchie en waar de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat ligt, stonden hierin centraal. Het vijfde 'topic' over de omgeving van de organisatie ging in op de invloed van de omgeving van beide organisaties op de samenwerking. Vragen over welke rol inspecties spelen in de samenwerking, hoe men de rol van de gemeente ziet bij samenwerking, wat de invloed van wet- en regelgeving is op de samenwerking en hoe de financiering van de zorg eruit ziet, stonden hierin centraal. Ten slotte is het interview afgesloten door te vragen of er nog zaken onbesproken zijn gebleven en of men nog vragen, opmerkingen en tips had voor het vervolg van het onderzoek.

Er is ten eerste gewerkt met deze 'topics', omdat deze tijdens de focusgroep naar voren zijn gekomen. Ten tweede bleek uit de literatuur dat dergelijke thema's belangrijk zijn bij het bevorderen of belemmeren van samenwerking (Boer & Van der Lans, 2013; Kampen, Verhoeven & Verplanke, 2013; WRR, 2012; WRR, 2014; De Moor, 2014).

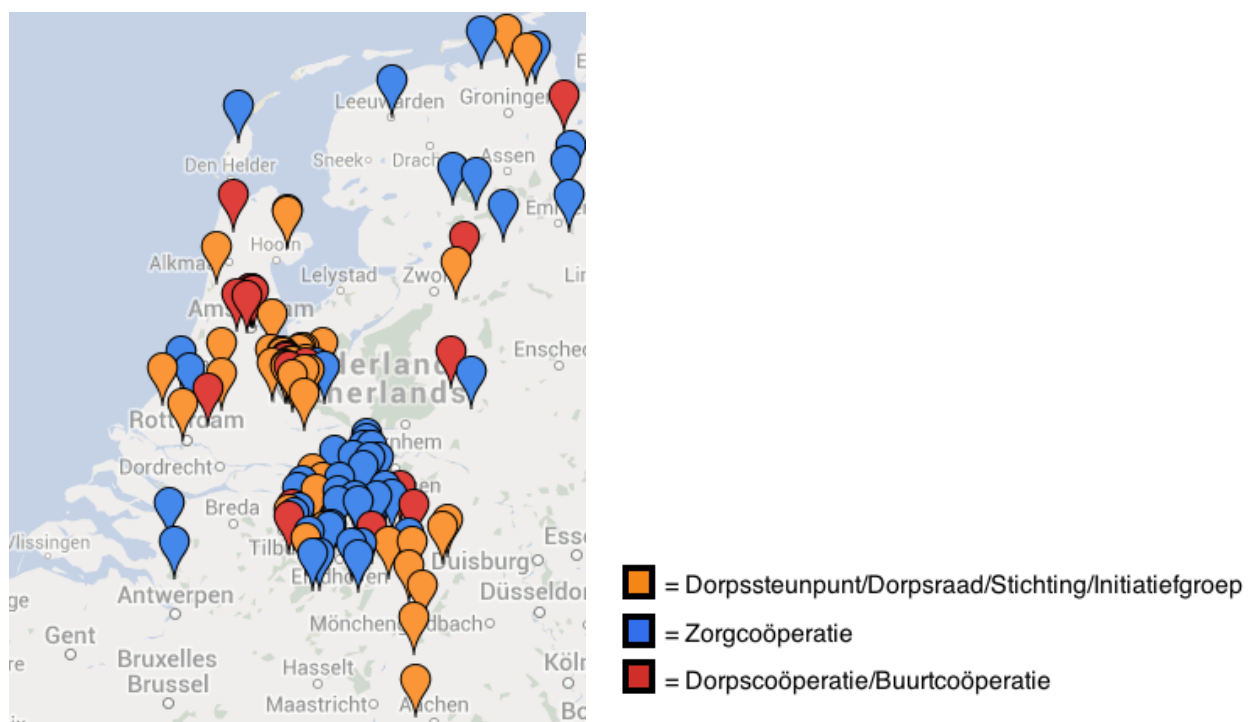
3.2.3. Documentanalyse

Aanvullend op de interviews en de focusgroep zijn documenten geanalyseerd. De analyse van deze documenten diende ten eerste als achtergrondinformatie voor bijvoorbeeld de situatieschets of het in beeld brengen van de visies op zorgverlening. Hiervoor zijn jaarverslagen en beleidsdocumenten van de zorginstellingen geanalyseerd.

De analyse van deze documenten diende ten tweede als verdieping op de interviews. Zo is bijvoorbeeld het kwaliteitskader geanalyseerd dat is opgesteld door Zorgcoöperatie Hoogeloon en Joris Zorg om te achterhalen op welke kwaliteitseisen ge-audit wordt. Een ander geanalyseerd document is de samenwerkingsovereenkomst tussen Zorgcoöperatie Hoogeloon en Joris Zorg om te achterhalen welke afspraken er zijn gemaakt tussen beide partijen en hoe deze afspraken zijn vastgelegd.

3.2.4. Cases

Het huidige onderzoek is uitgevoerd in de maanden februari tot en met juni 2015. De onderzoekspopulatie bestond uit zorgcoöperaties en zorginstellingen in Nederland. Figuur 3.1 laat de verdeling van burgerinitiatieven en zorgcoöperaties over Nederland zien.



Figuur 3.1: Burgerinitiatieven verdeeld over Nederland (Vilans, 2015)

Er is op basis van een aantal kenmerken gekozen voor het selecteren van deze cases voor het huidige onderzoek. Ten eerste is er rekening gehouden met de lokale context. Zo zijn er zowel zorgcoöperaties en zorginstellingen benaderd die zich op het platteland bevinden (Zorgcoöperatie Hoogeloon), als die zich in stedelijk gebied bevinden (Stadsdorp Zuid). Ten tweede is er rekening gehouden met de duur van de samenwerking. Zo zijn er enerzijds cases geselecteerd die al langer samenwerken op het gebied van zorgverlening (Zorgcoöperatie Hoogeloon) en anderzijds cases die samenwerking verkennen (Coöperatie Zorg voor Elkaar). Ten derde is er rekening gehouden met het aanbod van diensten. Zo zijn er zorgcoöperaties die in samenwerking met zorginstellingen alleen zorgverlening aanbieden (Coöperatieve Vereniging Tot Uw Dienst), maar zijn er ook zorgcoöperaties die in samenwerking met zorginstellingen een groter aanbod van diensten hebben (Coöperatie Austerlitz Zorgt). Deze kenmerken zorgen ervoor dat er een bepaalde mate van spreiding is qua kenmerken van zorgcoöperaties en zorginstellingen. Op basis van deze spreiding in kenmerken bij geselecteerde cases ontstond een zo compleet mogelijk beeld van succes- en faalfactoren. Om zoveel mogelijk cases te kunnen onderzoeken is er een samenwerking opgezet met een andere student, waarbij beide onderzoekers een aantal cases hebben onderzocht.

Deze criteria hebben geleid tot het selecteren van verschillende zorgcoöperaties. Voor dit onderzoek hebben een drietal zorgcoöperaties meegewerkt aan de focusgroep, namelijk zorgcoöperatie Hoogeloon, coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst en coöperatie Austerlitz Zorgt. Aan de interviews in de tweede fase heeft tevens een vijftal zorgcoöperaties meegewerkt. In dit onderzoek worden er daarvan drie besproken, namelijk zorgcoöperatie Hoogeloon, coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst en dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar, en in het onderzoek van de collega-onderzoeker twee. Bij deze deelnemende zorgcoöperaties zijn vervolgens de samenwerkende zorginstellingen benaderd.

Bij zorgcoöperaties is er specifiek gesproken met bestuursleden (5 interviews), zorgmedewerkers (3 interviews) en vrijwilligers (1 interview) en bij zorginstellingen met managers (4 interviews) en zorgprofessionals (2 duo-interviews) om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van succes- en faalfactoren volgens medewerkers op managementniveau en uitvoerend niveau. Ten slotte is er gesproken met de voorzitter van de koepel voor zorgcoöperaties, omdat deze belangrijk is in de context van twee cases. In totaal zijn er 16 interviews afgenomen, waarvan 2 duo-interviews.

3.3. Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek is er aan de hand van literatuuronderzoek ten eerste onderzocht wat er op dit moment al bekend is over het onderwerp in de wetenschap en in de beroepspraktijk (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014). Ten tweede is aan de hand van deze literatuur de context van het huidige onderzoek inzichtelijk gemaakt en slotte is hierdoor onderzocht hoe betrokken organisaties het beste benaderd konden worden voor dit onderzoek (Boeije, 2014).

3.4. Waarborging van de kwaliteit van het onderzoek

Goed wetenschappelijk onderzoek kent vijf kenmerken, namelijk: betrouwbaar, valide, repliceerbaar, objectief en ethisch verantwoord. Om hier rekening mee te houden is dit onderzoek ten eerste precies en nauwkeurig uitgevoerd. Ten tweede is er goed afgebakend wat onderzocht zou worden, zodat hierover geen verwarring kon ontstaan en zodat er in de interviews zoveel mogelijk over hetzelfde onderwerp is gesproken. Ten derde is er stap voor stap opgeschreven welke keuzes er zijn gemaakt in het onderzoek en waarom deze keuzes zijn gemaakt. Ten vierde is ervoor gezorgd dat het onderzoek geen negatieve impact had op de betrokkenen bij het onderzoek door gebruik te maken van 'informed consent' door respondenten voorafgaand aan ieder interview de rechten duidelijk te maken en de gelegenheid te bieden om vragen te stellen over het onderzoek. Tevens is de verkregen informatie vertrouwelijk behandeld en zijn resultaten anoniem gerapporteerd. Ten slotte waren de resultaten na afloop van het onderzoek in te zien voor respondenten (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014).

Tevens heeft de onderzoeker er ten eerste voor gezorgd dat de probleemstelling in eerste instantie breed bleef, zodat ook factoren die anders wellicht buiten het onderzoek zouden vallen meegenomen konden worden. Daarbij was de probleemstelling wel smal en specifiek genoeg om een heldere focus aan te brengen in het onderzoek. Ten tweede was de onderzoeker zich er bewust van dat het onderzoek niet 'blanco' gestart kon worden. De onderzoeker had bepaalde kennis en veronderstellingen die meegenomen werden in het onderzoek. Echter is de onderzoeker open blijven staan voor betekenissen en interpretaties van respondenten. Ten derde heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van 'sensitizing concepts' die algemeen beschreven werden en naar mate het onderzoek vorderde verder ingevuld werden. Deze 'sensitizing concepts' hielpen bij het aanbrengen van focus in het onderzoek (Boeije, 2014).

3.5. Analyse van de data

De analyse van de data is niet pas begonnen, wanneer alle data binnen was. Tijdens de focusgroepen en interviews begon de eerste analyse reeds. De analyse is daarnaast verder gegaan bij het transcriberen van de interviews. Zo spoedig mogelijk na ieder interview zijn de opnamen namelijk getranscribeerd om data niet verloren te laten gaan. Tijdens dit proces kan de onderzoeker mogelijk al verbanden zien ontstaan, waardoor de analyse dan reeds verder gaat (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014).

Na het transcriberen van alle interviews, zijn deze met behulp van software geanalyseerd. Voor de analyse is in deze studie gebruik gemaakt van NVivo. Met behulp van dit programma zijn de interviews gecategoriseerd in fragmenten, waarna er volgens een code aan de fragmenten gekoppeld werd. Eerst zijn er een aantal interviews open gecodeerd om zoveel mogelijk relevante codes te ‘vinden’ en een eerste codeboom op te stellen. Een deel van de codes was daarnaast vooraf aan de hand van de literatuur al opgesteld. De definitieve codeboom is terug te vinden in bijlage V (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014).

Vervolgens zijn de overige interviews gecodeerd en is er tevens een hiërarchie aangebracht in de codes. Zo zijn er op basis van de literatuur en de meest besproken onderwerpen kerncodes opgesteld, namelijk samenwerking, organisatie, primaire proces en omgeving. Hieronder zijn vervolgens subcodes gedefinieerd op basis van de gevonden codes uit de interviews, waarbij samenhangende codes zijn geclusterd tot een subcode (Van der Velde et al., 2013; Boeije, 2014). Deze hiërarchie in codes is ten slotte gebruikte om het resultatenhoofdstuk te schrijven, waarbij er gewerkt werd+ met illustraties aan de hand van citaten.

De analyse heeft zowel op het mesoniveau, factoren tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen, als microniveau, factoren tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, plaatsgevonden.

4.

Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de bevindingen besproken worden aan de hand van de kerncodes en de bijbehorende subcodes. Aan deze indeling zal allereerst een beschrijving van de onderzochte cases en een beschrijving van de gevonden relaties tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen toegevoegd worden. Ten tweede zullen de redenen voor het zoeken naar samenwerking en het aangaan van samenwerking worden besproken. Ten derde zal er gekeken worden naar het niveau van de organisatie, ten vierde naar het niveau van het primaire proces en ten slotte naar het omgevingsniveau van het samenwerkingsverband. Binnen deze niveaus zal steeds een vergelijking plaatsvinden tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen.

4.1. Situatieschets

In deze paragraaf worden de verschillende onderzochte cases beschreven. Per case wordt besproken welke diensten de coöperatie aanbiedt en met welke zorginstelling(en) de coöperatie samenwerkt. Daarnaast wordt van elke coöperatie door middel van een tabel de achtergrond geschetst. Zo wordt onder andere aangegeven in welke gemeente de coöperatie actief is, wanneer deze is opgericht en hoeveel leden de coöperatie in 2014 had.

Ten eerste wordt de case omtrent zorgcoöperatie Hoogeloon belicht, ten tweede de case omtrent coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst en ten slotte de case omtrent dienstcoöperatie Zorg voor Elkaar.

4.1.1. Zorgcoöperatie Hoogeloon

Zorgcoöperatie Hoogeloon biedt een aantal diensten aan, die variëren van welzijn tot zorg. Een aantal diensten op het gebied van welzijn zijn dagbesteding, een eetgroep en tuinonderhoud. Op het gebied van zorg biedt de zorgcoöperatie intramurale zorg aan in de zorgvilla's of thuiszorg via Zorgthuis. Ten slotte verstrekt de coöperatie informatie via het spreekuur waar men terecht kan voor vragen omtrent zorg en welzijn en via het Wmo-loket (Zorgcoöperatie Hoogeloon, 2015a).

Tabel 4.1: Achtergrondinformatie bij Zorgcoöperatie Hoogeloon

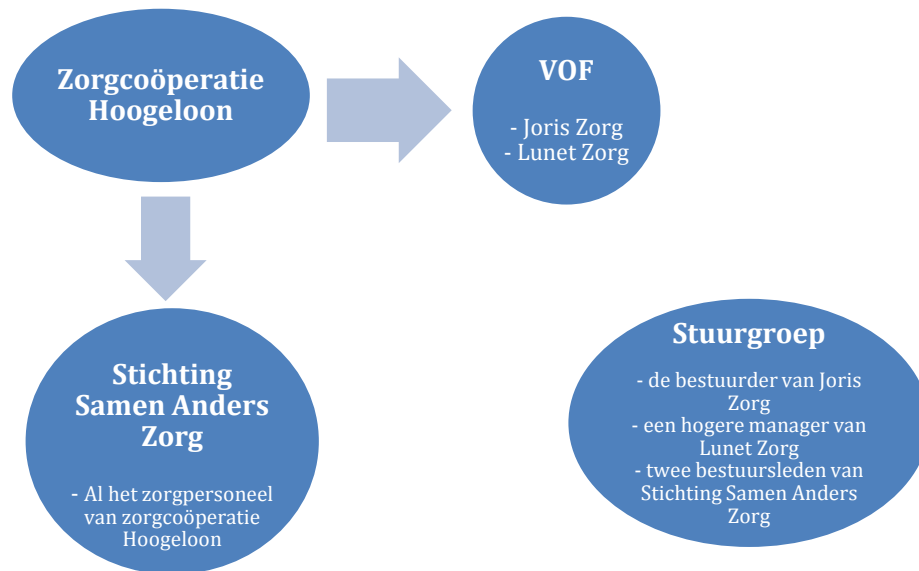
Zorgcoöperatie Hoogeloon			
Provincie:	Noord-Brabant	Aantal inwoners provincie:	2.489.325 ²
Gemeente:	Bladel	Aantal inwoners gemeente:	19.870 ³
Opgericht in:	2005		
Aantal leden in 2014:	234		
Lid van de koepel:	Ja / nee		

Op het gebied van zorg werkt zorgcoöperatie Hoogeloon voornamelijk samen met Joris Zorg. Daarnaast wordt er ook samengewerkt met Lunet Zorg. In deze samenwerking vervult Joris Zorg een faciliterende, adviseerende en controlerende rol. De faciliterende rol houdt in dat Joris Zorg onder andere de salarisadministratie verzorgt voor de zorgcoöperatie, dat de zorgcoöperatie gebruik kan maken van Jorisflex voor vervangend personeel bij bijvoorbeeld ziekte, dat Joris Zorg (bij)scholing aanbiedt voor de medewerkers en vrijwilligers van de zorg-

² CBS (2014).

³ CBS (2015).

coöperatie en dat Joris Zorg afspraken maakt met het zorgkantoor. De adviserende rol houdt in dat Joris Zorg gevraagd en ongevraagd advies geeft over zaken aan de zorgcoöperatie. Zo wordt er bijvoorbeeld advies gegeven over de bedrijfsvoering, wanneer Joris Zorg het idee heeft dat zaken effectiever of efficiënter kunnen. De controlerende rol houdt in dat er met alle betrokken partijen bij de samenwerking een Kwaliteitskader is geschreven voor de kwaliteit van zorgverlening. Op basis van dit kader wordt er door één manager van Joris Zorg en één manager van Lunet Zorg een audit uitgevoerd bij de zorgcoöperatie, waarin wordt gekeken of er wordt voldaan aan de gestelde kwaliteitseisen in wet- en regelgeving en of de afspraken na worden gekomen.



Figuur 4.1: Schematische weergave van de samenwerking in Hoogeloon

Figuur 4.1 geeft de inrichting van het samenwerkingsverband schematisch weer. Zorgcoöperatie Hoogeloon kent een ‘dochteronderneming’, namelijk stichting Samen Anders Zorg. In die stichting is al het personeel ondergebracht dat zorg verleent bij de zorgcoöperatie. Daarvoor is gekozen, omdat in een coöperatieve rechtsvorm alle leden zeggenschap hebben en dat zou bijvoorbeeld betekenen dat alle leden geraadpleegd moet worden voor het verlenen van verlof aan een medewerker. Daarnaast heeft de zorgcoöperatie Hoogeloon een daadwerkelijke overeenkomst afgesloten met de VOF, waarin zowel Joris Zorg als Lunet Zorg zijn ondergebracht. Als laatste is er een stuurgroep aanwezig in de samenwerking. In deze stuurgroep zitten de bestuurder van Joris Zorg, een hogere manager van Lunet Zorg en twee bestuursleden van stichting Samen Anders Zorg. In deze stuurgroep wordt de koers uitgezet voor de zorgverlening bij de zorgcoöperatie, wordt het Kwaliteitskader besproken en worden de resultaten van de audit besproken.

Ten slotte is zorgcoöperatie Hoogeloon lid van de Koepel Zorgcoöperaties Zuid-Nederland. Deze koepel is op verzoek van de zorgverzekeraar opgericht om één overeenkomst te sluiten in plaats van losse overeenkomsten met alle zorgcoöperaties.

4.1.2. Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst

Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst biedt een aantal diensten aan die variëren van welzijn tot zorg. Zo levert de zorgcoöperatie huishoudelijke hulp en tuinonderhoud. Daarnaast biedt de zorgcoöperatie persoonlijke verzorging en verpleging bij de cliënten thuis. Ten slotte helpt de zorgcoöperatie bij het uitzoeken van de gewenste voorzieningen voor cliënten en informeert het hen hierover (Meeuws, 2012).

Op het zorgvlak werkt de coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst samen met Savant Zorg. Daarin is Savant Zorg faciliterend en aanvullend. De faciliterende rol houdt in dat Savant Zorg zorgindicaties stelt voor cliënten van de zorgcoöperatie en dat Savant Zorg (bij)scholing aanbiedt. De aanvullende rol houdt in dat Savant Zorg gespecialiseerde en niet-planbare zorg biedt, die de zorgcoöperatie niet kan leveren.

Ten slotte is de coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst lid van de Koepel Zorgcoöperaties Zuid-Nederland net als zorgcoöperatie Hoogeloon.

Tabel 4.2: Achtergrondinformatie bij Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst

Coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst			
Provincie:	Noord-Brabant	Aantal inwoners provincie:	2.489.325 ⁴
Gemeente:	Laarbeek	Aantal inwoners gemeente:	21.909 ⁵
Opgericht in:	2005		
Aantal leden in 2014:	272		
Lid van de koepel:	Ja / nee		

4.1.3. Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar

De situatie omtrent dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar verschilt op enkele punten van de situatie omtrent zorgcoöperatie Hoogeloon en coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst. Zo is de coöperatie in vergelijking met de overige twee relatief jong en is er geen sprake van een zorgcoöperatie, maar van een dienstencoöperatie. Zo wordt er bijvoorbeeld ook ondersteuning geboden op administratief vlak. Daarnaast biedt de dienstencoöperatie zelf geen diensten aan, maar maakt het gebruik van een online platform waarop aanbieders en vragers met elkaar in contact komen over gewenste hulp (Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar, 2015).

Voor dit platform is een coöperatie opgericht, namelijk zorgcoöperatie Wijzelf Oisterwijk. Inwoners van Oisterwijk kunnen zich daarop aanmelden voor het aanbieden van hulp op gebied van welzijn en zorg. Deze aanbieders kunnen dat kosteloos doen of hier een klein bedrag voor vragen. Het bestuur van zorgcoöperatie Wijzelf Oisterwijk zorgt er vervolgens voor dat deze aanbieders 'gescreend' worden (Zorgcoöperatie Wijzelf Oisterwijk, 2014). Om de activiteiten van beide coöperaties met elkaar te verbinden en van elkaars voortgang op de hoogte te blijven, neemt een persoon uit het bestuur van zorgcoöperatie Wijzelf Oisterwijk deel aan de bestuursvergadering van dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar.

Op dit moment worden er gesprekken gevoerd met verschillende zorginstellingen over een mogelijke samenwerking, waarbij de zorginstelling zorg levert op voorwaarden van de dienstencoöperatie.

Tabel 4.3: Achtergrondinformatie bij Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar

Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar			
Provincie:	Noord-Brabant	Aantal inwoners provincie:	2.489.325 ⁶
Gemeente:	Oisterwijk	Aantal inwoners gemeente:	25.735 ⁷
Opgericht in:	2013		
Aantal leden in 2014:	150		
Lid van de koepel:	Ja / nee		

⁴ CBS (2014).

⁵ CBS (2015).

⁶ CBS (2014).

⁷ CBS (2015).

4.1.4. Gevonden onderlinge relaties

Theoretisch zijn er verschillende relaties mogelijk tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. In Nederland zou vermoedelijk de rol van ‘zaakwaarnemer’ van de cliënt het meest voorkomen (Van Beest, 2014). Van de hierboven besproken cases zal er echter maar in één case sprake zijn van een dergelijke relatie, namelijk bij dienstcoöperatie Zorg voor Elkaar. Deze zorgcoöperatie wil namelijk geen eigen personeel in dienst nemen, maar de zorgbehoefte van cliënten zo goed mogelijk invullen. Daarom worden op dit moment gesprekken gevoerd met zorginstellingen over een dergelijke samenwerking, waarbij de zorginstelling op voorwaarden van de zorgcoöperatie zorg gaat verlenen. Na het maken van deze afspraak doet de zorgcoöperatie een stap terug en laat het de zorgverlening aan de zorginstelling over.

Voor de overige twee cases is de onderlinge relatie te scharen onder de rol van samenwerkingspartners. Zo leveren zorgcoöperatie Hoogeloon en coöperatieve vereniging Tot Uw Dienst zelf zorg, maar zoeken zij samenwerking met verschillende zorginstellingen voor het verlenen van complexere, specifieke zorg, het faciliteren van de financiering van de zorg en praktische zaken zoals bijscholing. Er kan gesteld worden dat dit voor beide cases gebeurt door ketenmanagement, omdat de samenwerking vereist is om het doel, namelijk het leveren van aandachtige zorg, te bereiken. Daarnaast bestaat er binnen deze samenwerkingsverbanden een zekere afhankelijkheid tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, omdat zij als aanvullend op elkaar worden gezien. Zowel de zorgprofessionals als de vrijwilligers kennen een zeker takenpakket en kunnen daarin autonoom handelen, waardoor er geen sprake is van formele hiërarchie. Deze kenmerken passen bij ketenmanagement.

4.2. Motieven voor samenwerking

In deze paragraaf worden de verschillende redenen voor samenwerking besproken, welke deels verschillen voor zorgcoöperaties enerzijds en zorginstellingen anderzijds. Allereerst wordt dan ook besproken waarom zorgcoöperaties de samenwerking zoeken met zorginstellingen en vervolgens waarom zorginstellingen bereid zijn de samenwerking aan te gaan met zorgcoöperaties.

4.2.1. Motieven voor het zoeken van samenwerking

Leden van zorgcoöperaties wijzen een aantal redenen aan waarom samenwerking met zorginstellingen wordt gezocht. De twee meest genoemde redenen zijn het faciliteren van de financiering van zorg en de praktische redenen voor samenwerking. Voordat er echter een samenwerking kan ontstaan is het volgens leden van zorgcoöperaties van belang dat zorginstellingen de filosofie, visie en missie van zorgcoöperaties onderschrijven. Deze hoeven niet identiek te zijn, maar zorginstellingen moeten zorgcoöperaties daarin wel ondersteunen. Uit onderstaand citaat blijkt dat het ondersteunen van een filosofie belangrijk is en dat dit bijvoorbeeld vorm krijgt door te werken met zelfsturende teams, zodat te veel ‘bemoeienis’ van managers voorkomen wordt.

“Want waar zitten dan nu knelpunten als je naar zorginstellingen, naar gemeenten, noem het maar op gaat om samen de samenwerking aan te gaan?”

“Nou dat is punt een dat ze onze filosofie niet delen. Wij hebben met [naam van de zorginstelling] wel een zorgaanbieder in dienst, maar die hebben we puur uitgezocht op dit soort zaken, van ‘wat is hun filosofie?’ We zijn zorgaanbieders tegengekomen dat als er een probleem op de werkvloer was, dat er dan een manager ingevlogen moest worden. Nou die hadden dus geen zelfsturende teams”.

(Respondent 2, zorgcoöperatie)

Wanneer zorginstellingen aan deze voorwaarde voor samenwerking voldoen, is de eerste aanleiding voor het zoeken van samenwerking in de meeste gevallen de noodzaak om financiering van zorg gefaciliteerd te krijgen. Zo mogen zorgcoöperaties veelal geen afspraken maken met zorgkantoren, omdat zij niet als partij gezien worden. De Rijksoverheid heeft namelijk eisen opgesteld waaraan zorginstellingen moeten voldoen om door zorgkantoor als partij gezien te worden. Daarnaast maken zorginstellingen vaak ook afspraken met de zorgverzekeraars en in enkele gevallen ook met de gemeente, omdat zorgcoöperaties ook hiervoor niet aan de gestelde eisen kunnen voldoen. Een van de eisen is namelijk het hebben van een WTZi-erkenning, welke de meeste zorgcoöperaties niet hebben. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) stelt voor een dergelijke erkenning bij-

voorbeeld eisen aan het hebben van een toezichtsorgaan, die veel zorgcoöperaties gezien de organisatiegrootte niet hebben (Ministerie van VWS, 2015c). Uit onderstaand citaat blijkt dan ook dat de WTZi-erkenning benodigd is een deel van het geld te krijgen van het zorgkantoor.

“Zij hebben een WTZi-erkenning en wij niet en die is vereist om als partij gezien te worden door het zorgkantoor. Het zorgkantoor verdeelt de zak met geld over de diverse ZZP's en huizen en noem maar op en wij zijn een te kleine organisatie voor het zorgkantoor om met ons in zee te gaan”.

(Respondent 6, zorgcoöperatie)

Wanneer een samenwerking eenmaal besproken wordt, komen vaak ook de praktische zaken ter sprake. Zo geven een aantal leden aan dat het vervolgens ook gebruikelijk is om op het gebied van (bij)scholing aansluiting te zoeken bij zorginstellingen, omdat samenwerking goedkoper is en zorginstellingen hier vaak een systeem voor hebben. Daarnaast wordt er veelal aansluiting gezocht bij zorginstellingen om gebruik te maken van hun personeel, wanneer de mensen vanuit de zorgcoöperatie een zorghandeling niet uit mogen voeren of niet beschikbaar zijn in de nacht.

4.2.2. Motieven voor het aangaan van samenwerking

De meest genoemde reden vanuit zorginstellingen voor het aangaan van samenwerking met zorgcoöperaties is dat er sprake is van wederkerigheid. Zorginstellingen moeten kortom ook baat hebben bij het aangaan van samenwerking. Dit kan ten eerste door een kostenbesparing, omdat iets op grotere schaal uitgevoerd kan worden. Daarentegen hoeft kostenbesparing niet het belangrijkste te zijn, want zorginstellingen kunnen met een samenwerking ook legitimiteit verkrijgen naar de samenleving. Ten tweede kunnen zorgcoöperaties dienen als ‘proeftuin’. Zorginstellingen kijken graag bij zorgcoöperaties hoe zij zorg verlenen zonder alle wet- en regelgeving volledig na te leven. Wanneer inspecties dit immers goed vinden, kunnen zorginstellingen de touwtjes ook laten vieren in het naleven van wet- en regelgeving. Een ander punt uit deze ‘proeftuin’ is dat zorgcoöperaties veel zorg verlenen in samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers en dat zorginstellingen daar graag van willen leren. Deze ‘proeftuin’ komt ook naar voren in het onderstaande citaat, waaruit blijkt dat een samenwerking met zorgcoöperaties zorgt voor het genereren van kennis bij zorginstellingen over nieuwe zorgconcepten.

“Ja, want het is wel zo dat er geprobeerd wordt om bepaalde ideeën die binnen de zorgcoöperatie leven te kopiëren naar [naam van de zorginstelling] toe?”

“Ja, zeker. Maar daar ben ik ook heel erg voor hè. Kijk wij zullen in de zorg natuurlijk meer naar dat soort concepten moeten, want we krijgen gewoon steeds minder geld, zo simpel is het gewoon. En de overheid stuurt daar natuurlijk ook heel erg op, dat mensen steeds meer zelf moeten doen, dus dan kom je gewoon in dat soort zorgconcepten terecht. [...] En dan willen wij ook heel graag leren hoe ze dat nou doen en hoe ze dat dan weggezet hebben”.

(Respondent 18, zorginstelling)

Ten slotte geven enkele leden van zorgcoöperaties aan dat zij het idee hebben dat zorginstellingen graag hun macht versterken door middel van een samenwerking. Zij hebben een bepaalde machtspositie, omdat de zorgcoöperatie hen vraagt om samen te werken, waardoor zij voorwaarden kunnen stellen aan de samenwerking. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat een zorginstelling bereid was de samenwerking met de zorgcoöperatie aan te gaan, maar alleen wanneer er op meerdere zorggebieden samengewerkt zou worden.

Samenvatting		
	Zorgcoöperaties	Zorginstelling
Motief voor samenwerking	Vooraf moet er sprake zijn van ondersteuning van de visie op zorgverlening. Het motief is het gefaciliteerd krijgen van financiering van zorg en aansluiting voor scholing.	Een ervaren win-winsituatie, omdat zij kennis opdoen in ‘proeftuinen’, legitimiteit verkrijgen naar de samenleving en/of kosten kunnen verdelen.

4.3. Organisatie

In deze paragraaf worden de bevindingen besproken die betrekking hebben op het niveau van de organisatie van de samenwerking. Er wordt allereerst ingegaan op het maken van afspraken en het vastleggen daarvan. Ten tweede wordt er gekeken naar de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening en ten slotte wordt er ingegaan op de interne en externe communicatie.

4.3.1. Het maken en vastleggen van afspraken

Het maken en goed vastleggen van afspraken wordt door veel leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen gezien als een belangrijk onderdeel van de samenwerking. Een enkele medewerker van zorginstellingen geeft echter aan te willen starten vanuit mondelinge afspraken om zo vertrouwen uit te spreken en aansluiting te vinden bij de wens van zorgcoöperaties voor minder bureaucratie en deze later formeel vast te leggen. De meerderheid geeft echter aan dat beide partijen voorafgaand aan de samenwerking met elkaar om tafel moeten gaan zitten om verwachtingen en ideeën over elkaar uit te spreken, zodat er onderling duidelijkheid gecreëerd wordt. Dit zou vervolgens omgezet moeten worden in afspraken, waarbij beide partijen water bij de wijn moeten doen om tot realistische doelstellingen te komen. Met deze afspraken ligt er een juridische basis en deze afspraken kunnen erbij gepakt worden in het geval van onduidelijkheden of discussies.

Het maken en helder vastleggen van afspraken ervan behoeft dus aandacht. Over het algemeen zijn leden van zorgcoöperaties het ook eens over de hoeveelheid afspraken, want dat moeten er niet te veel zijn. Dat levert volgens een deel van de leden namelijk overmatige bureaucratie op en daarbij perkt het volgens andere leden de vrijheid van beide organisaties te veel in. Een enkel lid geeft ten slotte ook aan, dat zorgverlening zich kenmerkt door het sociale aspect wat erbij komt kijken in de vorm van de omgang met cliënten. Over dit sociale aspect kunnen lastig afspraken worden gemaakt, omdat je een praatje met de cliënt bijvoorbeeld niet af kunt dwingen en dat iets is dat vanuit de zorgprofessional zelf moet komen. Hieruit vloeit voort dat er niet te veel afgesproken kan worden.

Waarover de afspraken dan wel moeten gaan, levert echter een divers beeld op. De meeste leden geven aan dat er bepaalde ‘basisafspraken’ gemaakt moeten worden over de invulling van de samenwerking. Deze afspraken zouden moeten gaan over de missie, werkwijze, contactpersonen en onderlinge financiële verstandhouding. Het risico van deze ‘basisafspraken’ is echter wel dat er zaken fout kunnen gaan, omdat niet alles geregeld is. Deze fouten moeten dan echter geaccepteerd worden, omdat er anders alsnog te veel geregeld zou worden. Uit onderstaand citaat blijkt dan ook dat je als organisatie niet alles moet willen afdekken en dat dit ook niet kan. Het blijft mensenwerk en daarom moeten fouten af en toe geaccepteerd worden.

“Nou ja waar ligt het goede evenwicht?” En mensen die zijn over het algemeen, dat merk je aan die organisaties [de zorginstellingen] ook, als er iets fout gaat dan moet je gedekt zijn. Dus je gaat alles overorganiseren om gedekt te zijn. En ik denk dat we moeten accepteren dat er af en toe fouten gemaakt worden. Het is allemaal mensenwerk, maar je moet ervan uitgaan dat je de intentie hebt om dat met z’n allen zo goed mogelijk te doen. En ja er gaat wel eens wat fout”.
(Respondent 2, zorgcoöperatie)

Andere leden geven aan dat er naast deze ‘basisafspraken’ ook op praktisch vlak het een en ander geregeld moet worden. Zo moeten zorgprofessionals bijvoorbeeld bij cliënten naar binnen kunnen en daarvoor moeten er afspraken gemaakt worden over het verkrijgen en het gebruik van sleutels.

Medewerkers van zorginstellingen maken echter liever over meerdere thema’s afspraken. Zo worden er bij voorkeur afspraken gemaakt over dezelfde ‘basisafspraken’, maar legt men aanvullend daarop het liefst alle wet- en regelgeving vast in kaders, zodat daaraan voldaan wordt. Daarnaast geven zij aan dat er in sommige gevallen op deze kaders ge-audit wordt. Ten slotte geeft een enkeling ook aan dat het belangrijk is om duidelijke afspraken te maken over de inzet van mantelzorg. Wanneer mantelzorgers immers goed worden ingezet, kan de zorginzet tot een minimum beperkt worden.

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Het maken en vastleggen van afspraken	'Basisafspraken' die gaan over de missie, werkwijze, contactpersonen en onderlinge financiële verstandhouding.	Meer vastleggen dan 'basisafspraken', zoals over de inzet van vrijwilligers en de na te leven wet- en regelgeving.

4.3.2. Bij wie ligt de eindverantwoordelijkheid?

Bij leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen die daadwerkelijk zorg verlenen is niet in alle gevallen duidelijk wie er uiteindelijk verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Onderstaand fragment uit een interview met een medewerker op uitvoerend niveau binnen een zorginstelling laat deze onduidelijkheid zien. Zo wordt er verwacht dat de zorginstelling verantwoordelijk is voor het handelen van de zorgprofessional, maar is de zorgcoöperatie verantwoordelijk voor het geheel. Hoe dit vervolgens contractueel is vastgelegd, is onduidelijk voor de betreffende medewerker.

“Maar bij wie ligt nu, de verantwoordelijkheid zeg maar voor het zorg verlenen?”

“Ja, als wij iemand van ons uit daar naartoe sturen, is het wel onze verantwoordelijkheid”.

[...]

“Maar voor het hele proces van zorg verlenen dan zeg maar. Hoe zit dat?”

“Dat is van de coöperatie, want zij vragen hulp bij ons. Dus het is hun eindverantwoordelijkheid”.

[...]

“En dat is ook zo vastgelegd?”

“Dat zou ik niet weten. [...] Ik neem aan van wel, maar dat durf ik niet te zeggen hoe dat contractueel eruit ziet. Daar hebben wij verder niks mee te maken”.

(Respondent 15, zorginstelling)

Een enkele zorgprofessional van een zorginstelling geeft ook aan dat zij geen personeel leveren aan de zorgcoöperatie voor verantwoordelijke diensten en dat zij dus nooit eindverantwoordelijkheid dragen. Een andere zorgprofessional van een zorginstelling geeft ten slotte aan dat de zorgcoöperatie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorgverlening, omdat zij de cliënten het beste in beeld hebben en zij immers het contract aan zijn gegaan met de individuele cliënt. Als zij daarbij hulp inroepen van de zorginstelling betekent dat dat de zorginstelling als onderaannemer fungeert en dus ook geen eindverantwoordelijkheid draagt.

Ondanks de onduidelijkheid geeft een meerderheid van de uitvoerenden aan dat zij zichzelf verantwoordelijk voelen voor eigen handelen en dat zij eventuele fouten zelf oplossen. Het zou dan ook goed zijn volgens enkele managers van zorginstellingen en bestuursleden van zorgcoöperaties om de zorgprofessionals ruimte te geven, zodat zij bepaalde problemen en vraagstukken zelf op kunnen lossen. Deze professionals hebben immers hart voor de zaak en hebben de juiste competenties, wat resulteert in een goede kwaliteit van zorgverlening.

De onduidelijkheid op uitvoerend niveau bestaat niet op managementniveau bij zorgcoöperaties. Managers geven aan dat de eindverantwoordelijkheid afhankelijk van wie hoofdaannemer en onderaannemer is bij een van beide organisaties ligt. In de meeste gevallen zijn zorgcoöperaties onderaannemer, omdat zorginstellingen dan afspraken maken met het zorgkantoor wat hen hoofdaannemer maakt. In deze gevallen ligt de eindverantwoordelijkheid ook bij de zorginstellingen. Desondanks ervaren de managers ook dat degene die de zorg verleent zichzelf verantwoordelijk voelt voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Op managementniveau binnen de zorginstellingen ontstaat een meer divers beeld. Zo geeft een deel van de managers aan dat de eindverantwoordelijkheid bij de zorginstelling ligt, omdat zij vanwege gemaakte afspraken met het zorgkantoor hoofdaannemer zijn. Een ander deel van hen geeft echter aan dat zorgcoöperaties zorginstellingen inschakelen voor hulp, waardoor de zorginstellingen als onderaannemer zonder eindverantwoorde-

lijkheid fungeren. Daarnaast zijn zorgcoöperaties de eindverantwoordelijke, omdat zij de contracten met de cliënten aangaan. Ten slotte wordt ook hier ervaren dat zorgverleners zichzelf verantwoordelijk voelen voor eigen handelen. Onderstaand fragment geeft weer hoe de verdeling qua eindverantwoordelijkheid er volgens een bestuurslid van een zorgcoöperatie uitziet op gevoelsmatige basis en op formele basis.

“Wat betreft de eindverantwoordelijkheid kwam eerder naar voren dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Alleen als het puntje bij paaltje komt, stel dat er iets misgaat ligt het bij de zorginstelling”.

“In principe. Nou heeft iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid natuurlijk en wij hebben dat ook. Maar als het echt gaat over aansprakelijkheid, stel je voor er gebeurt iets en het zou [de zorgcoöperatie] gesloten moeten worden, dan komt met grote letters in de krant ‘Vestiging [naam van de zorginstelling] moet sluiten vanwege wanbeleid’. Dan komt er niet te staan zorgcoöperatie, want dan is het in een keer van de [naam van de zorginstelling] want dat zijn herkenbare instanties. Dus in zoverre is het hun verantwoordelijkheid, maar wij vinden zelf dat wij [...] verantwoordelijk zijn voor de dingen die hier gebeuren en dat ze goed moeten gebeuren. [...] Kijk de erkenning is afgegeven op hun naam en niet op de onze”.

(Respondent 6, zorgcoöperatie)

Aanvullend op de vraag wie eindverantwoordelijk is geven enkele leden van zorgcoöperaties aan dat er bij zorginstellingen vaak gewerkt wordt met bepaalde kwaliteitssystemen en bijbehorende formulieren om de kwaliteit te monitoren, maar dat dit bij zorgcoöperaties niet werkt, omdat het zorg voor overmatige bureaucratie wat ten koste gaat van zorgverlening. Het belangrijkste is volgens deze leden juist dat de cliënt tevreden is over de ontvangen zorgverlening en dat kan alleen beoordeeld worden door cliënten te vragen of zij tevreden zijn. Managers van zorginstellingen herkennen dit in hun eigen organisatie. Zo geeft men aan dat zorgcoöperaties met zo min mogelijk wet- en regelgeving de zorg voor de cliënt goed willen regelen, waar zorginstellingen vaker met systemen werken.

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Eindverantwoordelijkheid	Op uitvoerend niveau bestaat onduidelijkheid, waarbij de uitvoerenden wel verantwoordelijkheid voelen voor eigen handelen. Op managementniveau bestaat wel duidelijkheid en wordt er aangegeven dat de hoofdaannemer eindverantwoordelijk is.	

4.3.3. Communicatie

Een aantal uitvoerenden binnen zorgcoöperaties en zorginstellingen geeft aan dat gemaakte afspraken intern helder gecommuniceerd moeten worden naar de rest van de leden, betrokkenen en medewerkers. Zo weet iedereen wat er van elkaar wordt verwacht, wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft, waar men terecht kan met vragen en voorkomt dit uiteindelijk onduidelijkheden.

Zorgprofessionals van zorginstellingen tekenen daarbij echter aan dat het belangrijk is dat deze afspraken wel van belang moeten zijn voor hen. Het communiceren van niet relevante afspraken zorgt ten eerste namelijk voor een overvloed aan informatie waar je niks aan hebt. Ten tweede geven enkele zorgprofessionals aan dat het er ook voor kan zorgen dat je met je hoofd bij bepaalde afspraken bent, terwijl die eigenlijk helemaal niet relevant zijn en dat dit afleidt van de dagelijkse zorgtaken. Uit onderstaand fragment blijkt bijvoorbeeld hoe de onduidelijkheid voor een zorgprofessional van een zorginstelling doorwerkt in de dagelijkse gang van zaken.

“Kijk als er afspraken gemaakt worden tussen [naam van de zorginstelling] en [naam van de zorgcoöperatie] zijn die dan ook bekend bij jullie?”

“Wel als het er toe doet zeg maar en het van belang is dat wij dat weten. Als die op het moment dat wij op pad zijn van belang zijn, dan krijgen we dat te horen natuurlijk. Afspraken die gemaakt worden, waar wij niks van weten, ja ‘zijn er dan afspraken gemaakt of niet?’ Of wellicht zijn ze niet aan de orde, dat weet ik niet. Maar wat wij moeten weten dat zullen we weten, dat wordt ons uiteraard verteld”.

(Respondent 13, zorginstelling)

Wat betreft externe communicatie valt er volgens enkele leden van zorgcoöperaties nog het een en ander te verbeteren bij zorginstellingen. Zo wordt aangegeven dat het nog eens voor komt dat medewerkers van zorginstellingen lastig te bereiken zijn en dat zij traag communiceren, wat zorgt voor frustraties. Medewerkers van zorginstellingen geven echter aan dat de externe communicatie goed verloopt. Zo spreekt men elkaar aan op gemaakte afspraken als die niet nageleefd worden en wordt er gewerkt met vaste contactpersonen, zodat helder is waar men met vragen terecht kan.

Samenvatting		
	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Communicatie	Gemaakte afspraken moeten intern gecommuniceerd worden om onduidelijkheid te voorkomen. Contactpersonen zijn soms lastig bereikbaar en communiceren traag.	Gemaakte afspraken moeten, indien relevant, intern gecommuniceerd worden om onduidelijkheid te voorkomen. De externe communicatie verloopt goed, omdat er durf bestaat om elkaar aan te spreken en er vaste contactpersonen zijn.

4.4. Primaire proces

In deze paragraaf worden de bevindingen besproken die betrekking hebben op het niveau van het primaire proces. Allereerst wordt er gekeken naar de visie op zorgverlening en ten tweede wordt de omgang van professionals met vrijwilligers besproken aan de hand van de elementen uit het AMO-model.

4.4.1. Visie op zorgverlening

Wat betreft de visie op zorgverlening ontstaat een relatief eenduidig beeld. Zo vindt het merendeel van de leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen dat de cliënt met een zorgbehoefte zijn leven zo lang mogelijk moet kunnen voortzetten, zoals hij of zij gewend was. Dat houdt in dat de inzet van burens, familie en mantelzorgers een grote rol speelt. Zo wordt aangegeven dat het goed samenwerken met mantelzorgers kosten bespaart door minder professionele inzet en dat de cliënt op deze manier zo min mogelijk verschillende personen aan zijn of haar bed krijgt. Zoals onderstaand citaat aangeeft moet er dus eerst gekeken worden welke zorgtaken personen in de omgeving van de cliënt kunnen oppakken voordat professionele hulp ingeschakeld wordt. Deze taakverdeling moet dan ook onderling afgestemd worden, zodat duidelijkheid bestaat over wat er van alle betrokkenen verwacht kan en mag worden. Bepaalde zorgtaken moeten echter vanwege benodigde deskundigheid uitgevoerd worden door professionals.

“De eigen regie, de familie, het eigenaarschap dat je zo lang mogelijk zelfstandig kunt blijven wonen en functioneren en dat je zelf kunt bepalen wat je wel en wat je niet wilt. Dat vind ik heel wezenlijk voor een goede zorgverlening. Hulpverleners moeten daarop aanvullend zijn, want hulpverleners die hebben wel deskundigheid die een familie of een cliënt niet heeft”.

(Respondent 3, zorgcoöperatie)

Een ander aspect van zorg verlenen dat leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen benadrukken is een zekere mate van eigen verantwoordelijkheid. Dit aspect komt ook in de hierboven genoemde kleinschalige teams naar voren, waar teamleden zaken zelf regelen en de manager alleen op de achtergrond optreedt. De eigen verantwoordelijkheid moet echter niet doorslaan, wat inhoudt dat zorgverleners altijd vanuit de regie van cliënten moeten werken en goed moeten luisteren naar de wensen van cliënten voordat zij aan de slag gaan.

In de omgang met de cliënt benadrukken leden van zorgcoöperaties ten slotte dat het van belang is om met respect te werken. Er moet namelijk per situatie gekeken worden wat er nodig is om aan de zorgvraag te voldoen. Dit respect vertaalt zich ook naar de privésituatie van de cliënt. Zo werken de leden van zorgcoöperaties het liefst met kleinschalige teams, zodat de cliënt zich niet bloot hoeft te geven tegenover veel zorgverleners.

De tegenstelling zit echter in de hoeveelheid afspraken die gemaakt worden. Zo geven leden van zorgcoöperaties aan dat zorginstellingen de neiging hebben om te zorgen voor bureaucratie. Zo leven zorginstellingen de wet- en regelgeving volledig na, wat resulteert in veel onderlinge afstemming en controle. Daarnaast willen zorginstellingen graag alle risico's afdekken en stellen zij daarvoor regels en procedures op en leggen zij alles graag vast in afspraken. Zo geeft een lid van een zorgcoöperatie bijvoorbeeld aan dat zorginstellingen handelingen bijna Tayloriaans uitwerken door voor te schrijven hoeveel minuten een zorgprofessional heeft voor de uitvoering van een bepaalde handeling. Met deze voorschriften verdwijnt echter de vrijheid en wordt de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd, omdat het bij het uitvoeren van handelingen ook belangrijk is om goed waar te nemen of er andere problemen op de achtergrond spelen. Zo komen problemen vroegtijdig aan het licht en blijft de cliënt tevreden, omdat op zijn of haar behoeften ingespeeld kan worden.

Medewerkers van zorginstellingen bevestigen dit beeld. Zo geven zij aanvullend op het feit dat ze mantelzorgers belangrijk vinden en dat zij veel taken kunnen doen aan dat het daarbij wel belangrijk is dat er goede afspraken worden gemaakt en dat deze vastgelegd worden. Enkele medewerkers van zorginstellingen geven bijvoorbeeld aan dat het geven van medicatie aan cliënten door mantelzorgers bepaalde risico's met zich mee kan brengen. Deze risico's moeten goed besproken en afgewogen worden en er moet vastgelegd worden dat dit gebeurd is. Door het vastleggen van afspraken is het volgens een andere medewerker van een zorginstelling ook mogelijk om van wettelijke paden af te wijken. Wanneer er dan immers iets misgaat, is dat afgedekt door de vastgelegde afspraak. Zelfs wanneer een inspectie vervolgens vragen stelt over deze fout kunnen deze vragen beantwoord worden en kunnen de vastgelegde afspraken ter onderbouwing van de gemaakte keuze getoond worden.

Samenvatting		
	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Visie op zorgverlening	Cliënten met een zorgbehoefte moeten hun leven zo lang mogelijk kunnen voortzetten, zoals zij gewend waren. Daarom wordt er vanuit de regie van cliënten gewerkt, zodat er rekening wordt gehouden met cliëntwensen. Vrijwilligers spelen daarnaast een belangrijke rol, omdat er meer aandacht uit moet gaan naar welzijn. De rolverdeling tussen zorgprofessionals en vrijwilligers is daarom belangrijk.	
	De rolverdeling ontstaat op basis van onderlinge communicatie en vrijwilligers kunnen zorgtaken uitvoeren.	De rolverdeling moet vastgelegd worden. Wanneer vrijwilligers zorgtaken uitvoeren, moet dat tevens vastgelegd worden.

4.4.2. De omgang van professionals met vrijwilligers

In de omgang van professionals met vrijwilligers zijn een aantal zaken te identificeren. Er wordt allereerst gekeken naar de onderlinge afstemming, waarna er wordt gekeken naar de componenten uit het AMO-model.

Afstemming

Voorafgaand aan de samenwerking is het volgens leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen belangrijk om een gesprek te arrangeren tussen de professionals, vrijwilligers en mantelzorgers die samen zullen gaan werken, zoals blijkt uit onderstaand fragment uit een interview met een lid van een zorgcoöperatie. Op die manier kan er een afstemming plaatsvinden over wie welke taken uitvoert. Daarbij geven medewerkers van zorginstellingen ook aan dat dit ervoor zorgt dat vrijwilligers op de juiste manier worden betrokken bij de zorgverlening. Zo zullen de vrijwilligers niet alleen op een afstandje toekijken en zich ermee bemoeien als het fout gaat, maar zelf ook actief bijspringen omdat ze onderdeel uitmaken van het geheel.

“Je zou een gesprek moeten arrangeren tussen de professionele zorgverlener en vooral de mensen die die vrouw of man kennen en dus de praktische zorg verlenen en degene die de informele zorg doet en ik denk dat je daarin als coöperatie even moet bemiddelen”.

(Respondent 1, zorgcoöperatie)

Medewerkers van zorginstellingen tekenen daarbij aan, dat de afstemming voortdurend plaats moet vinden. Het is dus geen kwestie van één keer met een elkaar om tafel om zaken af te stemmen, maar dit gesprek moet vaker gevoerd worden, bijvoorbeeld wanneer de zorgvraag van de cliënt toeneemt.

De afstemming moet in de eerste plaats bereikt worden op basis van wat vrijwilligers leuk vinden om te doen. Daarbij geven veel leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen ook aan dat het vrijwilligers ingezet kunnen worden voor het uitvoeren van zorgtaken, maar dat professionals voor de complexere, specifieke zorgtaken aanvullend moeten zijn op het kunnen van de vrijwilligers. Wanneer vrijwilligers immers gewend waren om bepaalde zorgtaken uit te voeren voordat professionele hulp werd ingeschakeld, zou dat zo gelaten moeten worden. Op deze manier wordt er rekening gehouden met eventuele zorgervaring van vrijwilligers, zoals een lid van een zorgcoöperatie in onderstaand citaat aangeeft.

“Nou dan krijg je het vraagstuk van vrijwilligers, wij zijn een vrijwilligersorganisatie, en de professionals. En het beeld is van ja vrijwilligers leuk, maar als het er echt om gaat heb je professionals nodig. Ik zeg nee, je moet geen tegenstelling tussen vrijwilligers en professionals maken. In de samenleving zijn allerlei mensen met talenten gebaseerd op ervaring, op wijsheid hè, de kunde die ze hebben die moet je proberen te combineren. [...] Natuurlijk als je een vrijwilliger hebt die zich bijvoorbeeld in wil zetten in een sector, waarin echte zorg aan de orde is, waar echt medische kanten zijn, dan moet je een vrijwilliger daar niet op loslaten”.

(Respondent 4, zorgcoöperatie)

Ten slotte is het volgens een aantal leden van zorgcoöperaties, maar ook volgens een klein deel van de medewerkers van zorginstellingen van belang om aandacht te schenken aan de gehanteerde kwaliteitsmaatstaven tijdens deze afstemming. Professionals hanteren namelijk vaak hoge kwaliteitsmaatstaven en kunnen daarin geen stapje terug doen. Dit kan resulteren in het overnemen van taken van vrijwilligers, omdat zij van mening zijn dat de kwaliteit tekort schiet of omdat zij menen dat het taken zijn die vrijwilligers niet mogen uitvoeren. Uit onderstaand fragment blijkt bijvoorbeeld dat een professional een vrijwilliger geen injectie wilde laten geven, terwijl dat best had gekund als het maar goed vast was gelegd. Het vastleggen van dit soort uitgevoerde handelingen door vrijwilligers is een van de verschillen in opvatting tussen leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen.

“Een heel praktisch voorbeeld is iemand die terminaal was in Groenendaal. Die moest op het eind medicatie hebben en dat wilde de familie, een dochter wilde dat graag geven en die mocht dat niet van de professional. ‘Nee, want jullie vader woont hier en daar zijn wij voor, dus wij geven die injectie’. Ja dat is dus helemaal niet, zoals het eigenlijk zou moeten. Als ik als dochter zou zeggen van ik wil mijn vader die injectie geven, moet je alleen nog zeggen van als u dat kan prima, noteer ik dat alleen even. Dat is voldoende”.

(Respondent 12, zorginstelling)

Het grote verschil wat betreft het overnemen van onderlinge taken is echter gelegen in het feit dat het merendeel van de medewerkers van zorginstellingen deze bevinding niet deelt en het juist vanuit de andere kant bekijkt. Zo geven zij aan dat professionals soms het idee hebben dat vrijwilligers taken van hen overnemen. Uiteindelijk kan dit zelfs tot het gevoel leiden dat de baan van professionals overbodig raakt.

In onderstaand fragment geeft een zorgprofessional aan hoe er omgegaan zou moeten worden met een vrijwilliger. Daarbij wordt er aangegeven dat een professional eigenlijk af zou moeten tasten wat de vrijwilliger doet en zelf zorg zou moeten dragen voor het uitvoeren van medische handelingen. Daarnaast wordt het belang van een goede afstemming aangegeven, omdat het zo kan zijn dat er in een specifieke (alarmerings)situatie meer taken op worden gepakt door vrijwilligers dan in andere zorgsituaties.

“Je maakt allerlei situaties mee, maar ik zie een mantelzorger ook juist wel, omdat het een nieuw gezicht is van goh handjes op de rug en komen jullie het maar eens doen. En aan de andere kant, omdat zij een nieuw gezicht zien, denken ze ook wel eens van ik spring extra bij en ik doe het wel. Ik denk dat dat bij een alarmeringsmoment niet heel goed inschatten is direct van goh ‘wat moet ik hier doen?’ ‘Moet ik het overnemen?’ Ja als het echt een verpleegtechnische handeling is dan zou ik het wel overnemen, maar tegelijkertijd lijkt me dat ook een hele goeie juist waarover je als organisaties onderling communiceert”.

(Respondent 14, zorginstelling)

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Afstemming	Een goede afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers vooraf.	De afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers moet voortdurend plaatsvinden in dialoog.
	Afstemming over de taken en gehanteerde kwaliteitsmaatstaven om duidelijkheid te creëren en vrijwilligers op de juiste manier bij zorgverlening te betrekken.	
	Afstemming op basis van wat vrijwilligers leuk vinden om te doen en op basis van zorgtaken die vrijwilligers reeds uitvoerden. Daarop moeten zorgprofessionals aanvullend handelen.	
	Vrijwilligers kunnen zorghandelingen uitvoeren.	Wanneer vrijwilligers al zorghandelingen uitvoeren, moet dat vastgelegd worden.

Competenties

Leden van zorgcoöperaties herkennen een aantal verschillende competenties die belangrijk zijn voor zorgprofessionals bij het verlenen van zorg bij een zorgcoöperatie. Allereerst is het van belang dat zij diploma's bezitten, maar hier verwacht niemand een probleem, omdat dit niet afwijkt van de standaard vereiste binnen zorginstellingen. Verder ontstaat er echter een gemengd beeld. Zo geeft een aantal leden van zorgcoöperaties, maar ook een aantal medewerkers van zorginstellingen aan dat er zowel qua competenties, als qua houding geen andere zaken worden gevraagd van zorgprofessionals bij werkzaamheden binnen zorgcoöperaties, zoals blijkt uit onderstaand citaat. Ook de vraag of de omgang met mantelzorgers en andere vrijwilligers wellicht andere competenties of een andere houding vraagt van de professionals wordt gepareerd. Binnen de zorginstellingen wordt er immers ook steeds meer in samenwerking met mantelzorgers en andere vrijwilligers gewerkt, dus voor zorgprofessionals is dit niet nieuw.

“Ik kan me ook voorstellen dat het voor een professional andere zaken vraagt als die onder de paraplu van de zorgcoöperatie diensten komt leveren. Dat dat andere competenties vraagt van hem, niet perse in het leveren van zorg, want zo iemand kan zorg verlenen of niet. Ik bedoel je hebt het diploma en je kan dat of niet. Maar verwacht u dat er in de houding van de zorgprofessional tegenover een cliënt andere zaken spelen?”

“Ik denk het niet. Het zou slecht zijn als dat zo was denk ik”.

(Respondent 1, zorgcoöperatie)

Een ander deel van de leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen denkt hier echter anders over. Zij geven aan dat er meer gewerkt moet worden vanuit de regie van de cliënt en dat er meer aandacht geschonken moet worden aan het welzijn van de cliënt in plaats van zorgverlening. Een verhoogde aandacht voor het welzijn zou namelijk de zorgvraag doen afnemen. Meer werken vanuit de regie van de cliënt en in dienst van het welzijn vraagt om een goede omgang met de mantelzorgers. Zij richten zich immers veelal op het welzijn van de cliënt en daarop moeten zorgprofessionals aanvullend handelen. Daarnaast vereist het werken vanuit de regie van cliënten dat zorgprofessionals moeten vragen waar behoefte aan is, alvorens taken zelf op te

pakken. Dit vertaalt zich in meedenken met cliënten en het tonen van empathie naar cliënten, zoals een lid van een zorgcoöperatie in onderstaand citaat aangeeft.

“Stel dat er een professional vanuit de zorginstelling in wordt gezet bij een coöperatie, heeft u dan het idee dat dat andere competenties van hem of haar vraagt dan binnen reguliere werkzaamheden?”

“De enige competentie die dan heel belangrijk is, is dat ze zich kunnen verplaatsen in de cliënt. Dat ze gewoon andersom gaan denken, dat is heel belangrijk. [...] In ieder geval is het allerbelangrijkste dat mensen gaan denken vanuit de cliënt, want die kunstjes die kennen ze allemaal en daar zijn ze voor opgeleid als het goed is ook. Maar meedenken, empathie tonen en vanuit de cliënten denken, hè vragen van ‘mevrouw wat vindt u belangrijk?’, ‘wat wilt u graag?’, dat is het allerbelangrijkste”.

(Respondent 7, zorgcoöperatie)

Ten tweede geeft een deel van de leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen aan dat het van belang is dat zorgprofessionals zelfstandig, flexibel en in een team kunnen werken, ervaring heeft en initiatief toont. Binnen zorgcoöperaties wordt er namelijk veelal in (kleine) zelfsturende teams gewerkt, waarvan verwacht wordt dat zij de zorgverlening plannen en uitvoeren. Er wordt bijvoorbeeld verwacht dat er afspraken worden gemaakt met de vrijwilligers, zodat afgestemd wordt wie wanneer komt en zodat vrijwilligers ook bepaalde taken autonoom kunnen uitvoeren. Daarnaast vereist het een bepaalde mate van doorzettingsvermogen van zorgprofessionals volgens leden van zorgcoöperaties, omdat je niet zo maar de deur achter je dicht kunt trekken. Het kan immers zo zijn dat een cliënt op dat moment een zorgbehoefte heeft die ingevuld moet worden.

Ten slotte wordt door vrijwel alle leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen het kunnen werken met autonomie genoemd. Dit haakt ten eerste in op het werken in kleine, zelfsturende teams die zelf de planning en de afspraken met mantelzorgers, familie en andere vrijwilligers regelen. Ten tweede haakt dit in op de wens om flexibel te kunnen werken en zo in elke situatie te kunnen handelen naar de wensen van cliënten. Ten slotte hebben zorgprofessionals gezien de opleiding en diplomering een zekere mate van deskundigheid, die autonoom ingezet moet kunnen worden wanneer dat nodig wordt geacht.

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Competenties	Alleen diplomering is een vereiste van zorgprofessionals. Naast diplomering is een andere houding vereist, omdat er meer aandacht uitgaat naar het welzijn van de cliënt in plaats van het verlenen van zorg. Daarnaast wordt er vanuit de regie van de cliënt in zelfsturende teams gewerkt, wat een mate van flexibiliteit, autonomie en zelfstandigheid van zorgprofessionals vereist.	

Motivatie

De meerderheid van de leden van zorgcoöperaties, maar ook een aantal medewerkers van zorginstellingen geeft aan dat het voor zorgprofessionals belangrijk is om vrijwilligers serieus te nemen en hen op waarde te schatten. Er moet een zekere mate van gelijkwaardigheid bestaan tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, waarbij professionals eigen initiatief en inbreng van vrijwilligers waarderen en meenemen. Op deze manier wordt voorkomen dat vrijwilligers het gevoel krijgen in de weg te lopen, waardoor zij gemotiveerd zijn om hun steentje bij te dragen in de zorgverlening. Daarbij geeft een aantal leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen ook aan dat het van belang is om vrijwilligers in te zetten op taken die zij leuk vinden en waar ze goed in zijn. Er moet hierover dus afstemming plaatsvinden, zoals eerder besproken. Een deel van de bestuursleden van zorgcoöperaties geeft aanvullend hierop aan dat vrijwilligers vaak gemotiveerd zijn voor kortlopende en concrete zaken en dat zij dus op dit soort taken ingezet moeten worden.

Daarnaast geeft een deel van de leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen aan dat het belangrijk is om vrijwilligers niet te veel te belasten, maar hierin duidelijk oog te hebben voor de wens van vrijwilligers en daarop aan te sluiten. Vrijwilligers moeten dus de kans hebben om aan te geven waartoe zij nog bereid zijn, maar ook wat zij kunnen. Het overvragen van vrijwilligers heeft namelijk al snel een demotiverend effect, zoals ook blijkt uit onderstaand citaat van een medewerker van een zorginstelling.

“Het is heel vaak zo dat op het moment dat de mantelzorg, want meestal kiest bij een dementerende oudere de mantelzorg voor de intramurale setting, dan staat het water ze tot aan de lippen in de meeste situaties. Dus die hebben in eerste instantie zoiets van nou pff even lucht, maar dat wil niet zeggen dat je ze er dan niet bij kan betrekken. Om meteen dan erop te vliegen en te zeggen van nou dat betekent dat je het appartement moet poetsen en dat je drie keer in de week een halve dag hier moet zijn enzovoorts, dat moet het uitgangspunt niet zijn. Het uitgangspunt moet zijn van nou wij willen u graag bij die zorg van vader, moeder, oom, tante, partner of wie het dan ook mag zijn, daar willen wij jullie graag bij betrekken en we willen graag met jullie de afspraken maken”.

(Respondent 11, zorginstelling)

Bij de inzet van vrijwilligers komt ten derde een ander risico om de hoek kijken wat betreft de motivatie volgens een deel van de leden van zorgcoöperaties, omdat vrijwilligers zich nuttig moeten voelen. Zo gaf een aantal leden aan mee te hebben gewerkt aan het bemannen van een informatiepunt waar informatie werd verstrekt aan belangstellenden, maar dat gedurende de openingstijden van dit informatiepunt er vrijwel geen belangstellenden langskwamen. Dit werkt demotiverend voor vrijwilligers, waardoor zij al snel aan kunnen geven te willen stoppen met de betreffende taken en wellicht dat zij zelfs volledig zullen stoppen met de inzet voor de zorgcoöperatie. Een groot aantal medewerkers van zorginstellingen en een deel van de bestuursleden van zorgcoöperaties geeft dan ook aan dat het risico met vrijwilligers is dat ze er van de ene op de andere dag mee ophouden, omdat zij niet onder een cao vallen, zoals blijkt uit onderstaand citaat van een medewerker van een zorginstelling.

“Ja kijk je kan een vrijwilliger niet verplichten hè. En het zijn natuurlijk wel mensen die ervoor gekozen hebben, maar ze werken niet onder een cao. Het is natuurlijk volledig op vrijwillige basis, dus op het moment dat ze morgen stoppen, stoppen ze morgen”.

(Respondent 17, zorginstelling)

Ten vierde is het belangrijk om vrijwilligers te ondersteunen in de taken die zij uitvoeren door opbouwende kritiek. Bij negatieve kritiek is het voor vrijwilligers relatief gemakkelijk om van de ene op de andere dag te stoppen met werkzaamheden, zoals leden van zorgcoöperaties aangeven.

Ten slotte geven de leden van zorgcoöperaties expliciet aan dat zorgprofessionals intrinsiek gemotiveerd moeten zijn om in de zorg te werken. Er moet een zekere ambitie bestaan om in de zorg te werken, want anders ontbreekt de klik met de leden van zorgcoöperaties die dit werk veelal op vrijwillige basis doen en dus uitermate intrinsiek gemotiveerd zijn. Aanvullend hierop geven enkele medewerkers op uitvoerend niveau van zorginstellingen aan, dat het van belang is voor zorgprofessionals om affiniteit te hebben met bepaalde cliënten en bijbehorende problematiek. Als daar namelijk geen sprake van is, werkt dat enerzijds demotiverend voor zorgprofessionals en anderzijds voelen cliënten dit gebrek aan affiniteit vaak feilloos aan waardoor er ‘herrie’ ontstaat.

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Motivatie	Zorgprofessionals moeten vrijwilligers serieus nemen en hen positief ondersteunen zonder hen daarbij te overvragen. Vrijwilligers moeten ingezet worden op taken die zij goed kunnen en leuk vinden. Zorgprofessionals moeten ten slotte intrinsiek gemotiveerd zijn om in de zorg en met bepaalde cliënten te werken.	

Ondersteuning

Wat betreft het bieden van ondersteuning aan professionals en vrijwilligers om goed te presteren, ontstaat een relatief eenduidig beeld. Beiden geven aan dat het van belang is om de nodige ondersteuning te bieden aan vrijwilligers en professionals. Een aantal leden van zorgcoöperaties geeft ten eerste specifiek aan dat er niet al te veel verwacht moet worden van vrijwilligers, ook niet als zij diploma's hebben behaald op het gebied van zorgverlening. Te hoge verwachtingen werken namelijk averechts volgens de leden. Aanvullend hierop moeten vrijwilligers ook niet verplicht worden om cursussen of trainingen te volgen. Cursussen en trainingen zijn echter wel een goede methode om hen te ondersteunen, maar dan moet het in overleg gebeuren zodat vrijwilligers aan kunnen geven welke cursussen of trainingen zij willen volgen. In onderstaande fragmenten geeft een lid van een zorgcoöperatie aan dat verwachtingen van vrijwilligers al snel te hoog zijn en dat een bepaalde keuzevrijheid in het volgen van cursussen en trainingen van belang is.

“U heeft dus zorgervaring?”

“Tegen jou kan ik dat wel zeggen, maar ik moet het niet tegen te veel [personen] zeggen, want er wordt soms ook te veel verwacht. Ik ben verpleegkundige A”.

[...]

“En hoe zit het met eventuele bijscholing of trainingen? Ontvangt u die of niet?”

“Weinig, ik heb dat zelf ook aangegeven. Als er een belangrijke bijscholing of training is, doe ik dat wel, zoals de reanimatiecursus. [...] Maar ik heb ook gezegd van als het heel belangrijk is, natuurlijk sta ik ervoor open, maar ik ben bijna 60 jaar en ik wil niet meer tien lessen van twee uur op een woensdagmiddag”.

(Respondent 9, zorgcoöperatie)

Ten tweede benadrukken leden van zorgcoöperaties en enkele medewerkers van zorginstellingen dat het van belang is dat er op de achtergrond van de zelfsturende teams een manager aanwezig is, die intervisie en coaching van het team op zich neemt.

Tot slot geven enkele medewerkers van zorginstellingen aan dat er specifiek voor zorgprofessionals gewerkt kan worden met een persoon die zorgprofessionals voorziet van handvaten in de omgang met mantelzorgers en hoe zij gemotiveerd kunnen worden. Een klein deel van de leden van zorgcoöperaties geeft aan dat vrijwilligers handvaten zouden moeten krijgen voor het werven van nieuwe vrijwilligers, zoals een flyer, zodat zij helder uit kunnen leggen wat de toegevoegde waarde is van de zorgcoöperatie.

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Ondersteuning	Verwacht niet te veel van vrijwilligers ondanks eventuele diploma's. Bepaal in overleg met vrijwilligers welke cursussen en trainingen zij willen volgen. Ten slotte is intervisie en coaching door een manager op de achtergrond van het zelfsturende team belangrijk.	

4.5. Omgeving

In deze paragraaf worden de bevindingen besproken die betrekking hebben op de omgeving van beide organisaties. Daarvoor wordt er allereerst gekeken naar de kwaliteitseisen en cao-eisen. Ten tweede wordt er gekeken naar de rol van gemeenten en de Rijksoverheid. Ten derde wordt er gekeken naar de financiering van de zorg en ten slotte wordt er gekeken naar de verbondenheid met partijen in de directe omgeving van beide organisaties.

4.5.1. Kwaliteitseisen en cao-eisen

Zorgcoöperaties en zorginstellingen kennen een andere opvatting als het gaat over kwaliteitseisen die volgen uit wet- en regelgeving. Zo vinden leden van zorgcoöperaties deze eisen overbodig. Zij gaan liever uit van een ge-

zond boerenverstand dan van alle wet- en regelgeving, die in het leven is geroepen om risico's af te dekken en zorgt voor overbodige bureaucratie. Een gezond boerenverstand leidt volgens de leden namelijk ook tot dezelfde veiligheid als de wet- en regelgeving, maar het bespaart de rompslomp eromheen. Daarnaast gaat het uit van vertrouwen, waar allerlei eisen uitgaan van wantrouwen en dit geeft het verkeerde signaal af richting zorgcoöperaties en zorginstellingen. Bovendien geven de leden aan dat de belangrijkste kwaliteitseisen in hun ogen sowieso opgevolgd worden. Zo vinden zij het van belang dat er niet met ongekwalificeerd personeel wordt gewerkt, zodat zorgverleners bevoegd en bekwaam blijven om zorg gerelateerde handelingen uit te voeren.

Tevens brengen zorginstellingen in sommige gevallen bovenop de kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving aanvullende eisen aan. Waar de eisen uit wet- en regelgeving al enigszins frustrerend werken voor leden van zorgcoöperaties zorgen deze aanvullende eisen voor nog meer frustraties. Zo wordt er aangegeven dat hieruit wantrouwen blijkt, wat negatief werkt in een samenwerking. Enkele uitvoerenden binnen zorgcoöperaties geven dan ook aan 'creatief' om te gaan met alle verschillende eisen. Zo geeft een lid van een zorgcoöperatie aan dat er vooral rekening wordt gehouden met de eisen die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Echter zijn er ook aanvullende eisen die niet direct invloed hebben op de kwaliteit van de zorg, zoals het opstellen van een levensgeschiedenis met cliënten. Deze levensgeschiedenis stelt het betreffende lid alleen nog op met cliënten die daar echt behoefte aan hebben.

Medewerkers van zorginstellingen leven de gestelde kwaliteitseisen echter volledig na, omdat zij dat belangrijk vinden. Zij geven daarbij namelijk aan dat het opvolgen van wet- en regelgeving ervoor zorgt dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft. In onderstaand citaat geeft een manager van een zorginstelling het belang aan van het naleven van de kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving.

"En vanuit wet- en regelgeving zou het bijvoorbeeld kunnen zijn op het gebied van die kwaliteitseisen, waar we het straks over hadden. Dus als wij constateren dat niet bevoegde medewerkers van de zorgcoöperatie risicovolle handelingen verrichten, injecties en zo, waar ze niet voor bevoegd zijn, dan zou dat bij mij op de eerste plaats een bespreekpunt zijn. Maar het zou ook punt kunnen zijn waarop ik het contract [met de zorgcoöperatie] zou verbreken".

(Respondent 17, zorginstelling)

Een aantal managers van zorginstellingen is echter teruggekomen op de eis om alle wet- en regelgeving volledig te volgen. Zij geven aan dat zij in eerste instantie wel wilden dat de zorgcoöperaties zich volledig aan de wet- en regelgeving zouden houden, maar dat daar na enige tijd van af is geweken. Na verloop van tijd kwamen er, zoals ze aangeven, steeds meer 'bizarre' verhalen naar voren tijdens tussentijdse overlegmomenten. Een voorbeeld van deze 'bizarre' eisen is weergegeven in onderstaand citaat, waarbij het gaat over de vereiste certificering van een visproducent. De zorginstelling heeft vervolgens besloten om lossers om te gaan met de wet- en regelgeving, omdat de kwaliteitseisen aan zouden moeten sluiten bij de huiselijke sfeer van zorgverlening die zorgcoöperaties nastreven. Daarbij geven zij vervolgens wel aan dat het van belang is dat er een verhaal is richting inspecties, zodat eventuele vragen beantwoord kunnen worden. Tevens kiezen enkele zorginstellingen ervoor om een vinger aan de pols te houden door audits af te nemen bij de zorgcoöperatie, waarbij er gekeken wordt naar de wet- en regelgeving en de gemaakte afspraken. Een aantal medewerkers van zorginstellingen geeft namelijk aan dat zorginstellingen hoofdaannemer zijn, omdat zij afspraken met budgethouders over de zorgverlening en bijbehorende financiering en de uitvoering overlaten aan de zorgcoöperatie als onderaannemer. Dan kan het voorkomen dat de kwaliteit van zorgverlening tekortschiet en niet voldoet aan de gemaakte afspraak. Hierop wordt vervolgens de zorginstelling als hoofdaannemer aangesproken, waarop zij de onderaannemer moet aanspreken, omdat zij de daadwerkelijke zorg verlenen. Tijdens deze audits komen afwijken echter vroegtijdig aan de orde en kunnen deze besproken worden.

"De gastvrouw gaat naar de visboer op de markt om daar vis te kopen, want alles zo huiselijk mogelijk, dus we gaan vis kopen op de markt. Dan komt er iemand van, ik weet niet meer welke zorginstelling het was, en die vraagt gewoon 'is die visboer wel gecertificeerd?' Dat weten wij niet, maar die heeft goede vis. Dat zijn van die kleine dingetjes hè. [...] We wonen hier met z'n allen samen als een groot gezin en als ik thuis vis pak dan ga ik die ook bij de visboer kopen op de markt en er is nog nooit iemand ziek van geworden. En die laten wij hier echt geen week liggen, dat die mensen er ziek van worden, nee die bakken we vandaag nog".

(Respondent 7, zorgcoöperatie)

Het werken volgens de eisen uit de cao levert tevens een duidelijk onderscheid op tussen beide organisaties. Zo geven leden van zorgcoöperaties aan dat de cao belangrijke zaken regelt, maar dat niet alle eisen volledig nageleefd worden. De belangrijkste zaken, zoals een goede en eerlijke beloning van de zorgverleners worden wel nageleefd. Een enkel lid van de zorgcoöperaties geeft daarbij zelfs aan dat er af en toe positief van de cao afgeweken wordt als een zorgverlener veel ervaring of kennis heeft. Andere eisen uit de cao worden met een korreltje zout genomen. Een enkeling vindt dan ook dat de cao als een soort raamwerk zou moeten dienen, waarvan afgeweken kan worden door met elkaar in gesprek te gaan. Bijvoorbeeld wanneer iemand van 67 jaar zich nog fit voelt en door wil gaan met zijn werkzaamheden zou dat moeten kunnen.

Medewerkers van zorginstellingen vinden het echter wel belangrijk om de cao na te leven. Er wordt dan ook vooral aangegeven dat het wrijving oplevert als zorgcoöperaties geen rekening houden met de cao-eisen. Waar de zorginstelling bijvoorbeeld werkt met diensten van minimaal drie uur, omdat bij een dienst van twee uur volgens de cao alsnog drie uur uitbetaald zou moeten worden, zou de zorgcoöperatie in dit geval ‘gewoon’ twee uur uitbetalen. Tegelijkertijd hebben enkele respondenten binnen zorginstellingen wel begrip voor het feit, dat zorgcoöperaties niet alle eisen naleven. Zo proberen zorgcoöperaties immers de zorg voor de cliënten te regelen met zo min mogelijk bureaucratie. Dit begrip betekent echter niet dat er geen tenenkrommende situaties ontstaan, zoals blijkt uit onderstaand citaat.

“Ja en wat zijn dat dan voor dingen waarvan u de tenen bij elkaar knijpt?”

“Nou als je bijvoorbeeld kijkt op het gebied van personeel. Zij nemen iemand aan, vervolgens laten ze de proefperiode verlopen en twee dagen na het verloop van de proefperiode komen ze tot de conclusie dat die medewerker niet deugt. Nou dan zit je er gewoon een jaar aan vast en dat betekent dus dat die persoon met een behoorlijk groot dienstverband een jaar op de loonlijst heeft gestaan en maandelijks zijn salaris op zijn bankrekening gestort kreeg en daar daadwerkelijk niks voor heeft gedaan. En dat soort risico's zitten wij heel strak op. Onze managers weten gewoon een proefperiode betekent dat als je binnen de proefperiode niet tot de conclusie komt met elkaar, dan moet je ook verzekerd zijn van het gegeven dat die medewerker ook daadwerkelijk deugt voor je organisatie”.
(Respondent 11, zorginstelling)

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Kwaliteitseisen en cao-eisen	Uitgaan van een gezond boerenverstand in plaats van de eisen uit de cao, wet- en regelgeving en aanvullende eisen van zorginstellingen.	Volledig naleven van de wet- en regelgeving. Enkele zorginstellingen zijn daarop na een aantal ‘bizarre’ verhalen teruggekomen, maar verlangen wel een verhaal richting inspecties.

4.5.2. Gemeenten en de Rijksoverheid

De rol van gemeenten blijkt volgens leden van zorgcoöperaties belangrijk te zijn in het slagen van zorgcoöperaties, maar ook in het slagen van een samenwerking met zorginstellingen. Daarentegen zijn zij niet allemaal even tevreden over de rol van gemeenten. Zo geeft een deel van de leden aan dat gemeenten angstvallig naar zorgcoöperaties kijken en hen niet faciliteren in het vervullen van zorgtaken, omdat bijvoorbeeld het idee bestaat dat een deel van haar werkzaamheden wordt overgenomen. Gemeenten hebben bijvoorbeeld het idee dat een zorgcoöperatie het zorgloket vervangt waar men terecht kan voor informatie en advies op het gebied van wonen, welzijn en zorg, waar leden van zorgcoöperaties aangeven alleen laagdrempeliger te willen zijn.

Daarnaast geeft een deel van de leden aan dat gemeenten graag risico's afdichten, wat zorgt voor overmatige bureaucratie en daar hebben de leden van zorgcoöperaties een hekel aan. Daarbij zorgt het afdekken van risico's ervoor dat er bijvoorbeeld tijdens keukentafelgesprekken niet verwezen wordt naar zorgcoöperaties, omdat dat een risico met zich meebrengt, maar dat er verwezen wordt naar de grotere zorginstellingen. Bij dergelijke zorginstellingen verdwijnt volgens de leden echter te veel geld in overhead in plaats van zorg en dus zouden gemeenten zich af moeten vragen of dat het doel is dat nagestreefd wordt.

Een laatste negatieve geluid dat een klein deel van de leden van zorgcoöperaties laat horen is dat gemeenten, maar ook de Rijksoverheid veel werklozen dwingt om vrijwilligerswerk te gaan doen als gevolg van de participatiegedachte. Een deel van deze vrijwilligers gaat aan de slag bij zorgcoöperaties, maar door het dwingende karakter komt dat de motivatie en de uiteindelijke zorgverlening niet ten goede.

Daarentegen zijn er ook positieve geluiden te horen over de gemeente. Zo geeft het merendeel van de leden van zorgcoöperaties en managers van zorginstellingen aan dat gemeenten zeer veel belangstelling hebben voor het handelen van zorgcoöperaties. Dat resulteert erin dat gemeenten graag meedenken met zorgcoöperaties en hen bijvoorbeeld wel ondersteunen waar mogelijk. De uitvoerenden binnen zorginstellingen hebben daarentegen weinig weet van de relatie met de gemeente. Het feit dat zorginstellingen weinig direct te maken hebben met gemeenten verklaart zeer waarschijnlijk in grote mate waarom zij positieve punten herkennen in de rol van gemeenten of waarom zij daar geen weet van hebben.

Ten slotte geven zowel leden van zorgcoöperaties als medewerkers van zorginstellingen nog een positief punt van de Rijksoverheid aan. De omslag in het denken vanuit de cliënt, die het Rijk in gang heeft gezet zien zij namelijk als een goede ontwikkeling, omdat er een grotere rol voor mantelzorgers en andere vrijwilligers ontstaat. Echter zijn er meer negatieve geluiden te horen over de rol van de Rijksoverheid. Zo geven leden van zorgcoöperaties ten eerste aan dat de marktwerking in de zorg een goede samenwerking met zorginstellingen in de weg staat, omdat hieruit het idee voortvloeit dat zij cliënten van elkaar moeten ‘afpakken’. Daarnaast vermelden zij dat de Rijksoverheid de neiging heeft om te korten op de zorg door te controleren hoe lang het duurt om bepaalde handelingen uit te voeren. Voor zorgverleners onderling brengt dit tevens met zich mee dat zij niet langer over een bepaalde handeling willen doen dan hun collega’s. Het beeld bestaat dat in tijden van bezuinigingen er van deze handelingen een minuut wordt afgehaald, zoals blijkt uit onderstaand citaat, en dat gaat ten koste van de kwaliteit van zorgverlening.

“Ik zeg dus tegen mijn collega ‘hoeveel minuten schrijf jij hier op?’ ‘Oh ik kijk even wat mijn voorgang opgeschreven heeft en ik schrijf een minuutje meer of een minuutje minder’. Ik zeg dat is nou helemaal fout, want wat doet de regering? Die denkt oh die kunnen het ook, maar wij kunnen het niet zo vlug als die mensen die hier volledig werken. Wij zijn hier nieuw, dus wij moeten die map lezen, wij moeten kennismaken. Dat duurt wel tien minuten langer bij elke cliënt. Ik zeg dus heeft de regering gezegd oh ze kunnen het allemaal een minuutje vlugger, want dat is wat ze uitspelen. Mensen willen toch niet langer werken dan de collega, want oei oei ik werk langzamer”.
(Respondent 9, zorgcoöperatie)

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Gemeenten en de Rijksoverheid	Gemeenten en de Rijksoverheid kunnen een belangrijke rol spelen, maar hebben op dit moment voornamelijk de neiging om risico’s af te dekken en niet-faciliterend te werken.	

4.5.3. Financieringsstromen en budgethouders

De financiering van de zorg is op dit moment afhankelijk van het type zorg dat zorgcoöperaties leveren. Zo bestaan er op dit moment meerdere financieringsstromen met meerdere budgethouders. Daarnaast is de transitie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar verschillende nieuwe wetten gaande, welke gepaard gaat met verschillende overgangsregelingen. Zo regelen gemeenten en zorgverzekeraars de lichtere vormen van zorg door uitvoering van de Wmo. Aansluitend daarop regelen Sociale Verzekeringsbanken (SVB’s) de persoonsgebonden budgetten (PGB’s). De zwaardere vormen van zorg worden op dit moment nog geregeld aan de hand van de AWBZ, maar gaan over naar de Wet langdurige zorg (Wlz) en deze wordt geregeld door zorgkantoren. De zorgverzekeringswet (Zvw) wordt ten slotte geregeld door zorgverzekeraars (Zorgwijzer, 2014). Hieruit blijkt dat er sprake is van een versplinterde financiering van de zorg, waardoor een enigszins complexe situatie ontstaat. Een aantal leden van zorgcoöperaties geeft daarom aan dat ze liever een combinatie van een aantal budgetten zouden zien, zodat er minder budgethouders zouden zijn om afspraken mee te maken.

Het belangrijkste dat de leden van zorgcoöperaties aangeven als het gaat om de financiering van de zorg is dat zorginstellingen benodigd zijn om deze te faciliteren. Zo bevat de WTZi een aantal eisen voor zorgorganisaties, dus ook voor zorgcoöperaties, waaraan voldaan moet worden om als partij gezien te worden door zorgkantoren. Deze eisen zijn voor zorginstellingen geen probleem, waardoor zij afspraken maken met zorgkantoren voor zorgcoöperaties. Dat deze financieringsstroom vervolgens via zorginstellingen verloopt, betekent dat zij ook een deel van het budget inhouden voor de hulp. Hier schuilt een punt van frustratie in voor de leden van zorgcoöperaties. Aanvullend geven enkele leden van zorgcoöperaties aan dat zorginstellingen dan vaak ook afspraken willen maken met gemeenten en andere budgethouders namens de zorgcoöperatie. Dit betekent echter dat zorgcoöperaties minder geld ontvangen dan zij zouden willen.

Ten slotte geeft een aantal leden aan dat zij graag meer flexibiliteit zouden zien bij de verschillende budgethouders. Nu houden zij halsstarrig vast aan ‘afvinklijstjes’. De eisen die zij daarin hanteren zijn afgestemd op grote(re) zorginstellingen waardoor deze te hoog gegrepen zijn voor zorgcoöperaties. Ook betekenen dergelijke ‘afvinklijstjes’ vaak dat er geen open gesprek mogelijk is. In onderstaand citaat geeft een lid van een zorgcoöperatie de onvrede aan over deze afvinklijstjes. Door de hoge eisen komen zorgcoöperaties, zoals zij zelf aangeven, in een spagaat. Zij wagen liever geen poging om aanspraak te maken op een budget, omdat dat via aanbestedingen met andere zorgaanbieders verloopt en zij lastig aan alle eisen kunnen voldoen. Wanneer zij echter geen poging wagen om aanspraak te maken op budgetten wordt het steeds lastiger om dat ooit wel te doen, omdat zij dan niet meer gevraagd zullen worden voor aanbestedingen. Uiteindelijk wordt het hierdoor alsmear lastiger om je idealen te verwezenlijken.

“Als je ergens een hekel aan moet hebben zijn het afvinklijstjes, want dan is er geen gesprek mogelijk. Dan zit er een ambtenaar daar en die zit dat precies allemaal af te vinken. Nou daar voldoen ze niet aan en dat wordt gemeten naar de grootte van de huidige instellingen, de eisen die verzekeraars daar zelf nog eens bovenop gooien, wat de NZa al doet en het ministerie”.

(Respondent 3, zorgcoöperatie)

Zorginstellingen ervaren al deze problemen niet. Zij verzorgen de afspraken met de budgethouders namens de zorgcoöperaties en ontvangen daarvoor een betaling door een deel van het toegekende budget in te houden. Voor de overige inzet van zorgprofessionals bij de zorgcoöperaties wordt in alle gevallen gewerkt met een factuur na afloop van de inzet.

Als laatste geldt dat niet al deze budgethouders losse afspraken willen maken met elke zorgcoöperatie. Uit het onderstaande citaat blijkt bijvoorbeeld dat een zorgverzekeraar niet met elke zorgcoöperatie afspraken wil maken, maar dat liever met één partij doet. In dit geval is er dan ook een koepel voor zorgcoöperaties opgericht, waarbij enkele zorgcoöperaties aangesloten zijn, die de afspraken met deze zorgverzekeraar maakt.

“Hè, die zorgverzekeraar heeft gezegd ‘kijk wij zien dat aantal coöperaties heel erg groeien en wat wij niet willen als zorgverzekeraars is met ieder van die coöperatietjes, want dat zijn allemaal ja kabouterclubjes zou je kunnen zeggen overeenkomsten sluiten’. Dus van hen komt ook de suggestie om deze koepel te maken”.

(Respondent 10, zorgcoöperatie)

Samenvatting

	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Financieringsstromen en budgethouders	De hoeveelheid financieringsstromen en bijbehorende budgethouders werken belemmerend. Tevens erkent een aantal budgethouders zorgcoöperaties niet of stellen zij dermate hoge eisen, dat financiering van zorg onmogelijk is zonder hulp van zorginstellingen.	Er worden geen problemen ervaren.

4.5.4. Verbondenheid met partijen

Zowel zorgcoöperaties, als zorginstellingen erkennen het belang van een goede samenwerking met partijen. Echter ligt voor beide organisaties de nadruk op andere organisaties in deze aanvullende samenwerkingsverbanden.

Leden van zorgcoöperaties geven het belang aan van een samenwerking met allerlei organisaties op lokaal niveau, omdat deze sociale infrastructuur vaak al bestaat en goed werkt. Daar moet je bij aansluiten en gebruik van maken, zodat meerdere partijen rondom een zorgvraag worden gemobiliseerd. Daarnaast kan je gebruik maken van elkaars specialismen en cliënten naar elkaar doorverwijzen. Het doel van zorgcoöperaties is immers om cliënten zo goed mogelijk te helpen, zoals ook blijkt uit onderstaand fragment.

“En wat dat betreft is er dus ook een soort van netwerk van organisaties om de coöperatie heen, dat als jullie iets niet kunnen dat er daarnaar verwezen kan worden. En wordt er dan ook specifiek gekeken naar welke organisatie wel of niet toegelaten wordt?”

“Ik heb alle organisaties uit [plaatsnaam] op papier gezet en dat voorgelegd aan het bestuur met een doorverwijzende functie van ‘vinden jullie dat goed dat we eventueel mensen doorverwijzen naar die en die organisaties?’ Dus we hebben allerlei info, adressen en dat soort zaken allemaal op papier gezet. Ook voor de mensen, die op dat moment de info-punten bemanden, dat doorgesproken met mijn werkgroep ook zeg maar om dat te gaan doen. Daar zit een [naam van een organisatie] bij als iemand graag een kopje koffie wil drinken en dan zeggen van goh ‘heb je der wel eens aan gedacht om daar naartoe te gaan?’ Ja dat hebben wij heel duidelijk in ons pakket zitten”.

(Respondent 5, zorgcoöperatie)

Medewerkers van zorginstellingen geven aan samenwerking te zoeken met andere partijen binnen de zorgsector. Zo wordt er bijvoorbeeld samengewerkt met andere specialistische zorginstellingen en met specifieke medische specialisten, zoals psychologen of specialisten ouderengeneeskunde.

De redenen voor samenwerking met deze partijen stemmen hoofdzakelijk overeen met de redenen die leden van zorgcoöperaties aangeven. Zo kan er gebruik gemaakt worden van elkaars specialismen en kunnen cliënten doorverwezen worden naar elkaar. Aanvullend wordt de kostenefficiëntie als reden voor samenwerking genoemd. Wanneer er bijvoorbeeld gewerkt wordt met nachtelijke diensten en er dus weinig zorgvragen zijn, is het efficiënter om dit te verdelen over meerdere partijen. Bijkomend voordeel daarvan is dat wanneer er een alarmering komt voor een zorgvraag, de dichtstbijzijnde zorgverlener naar de alarmering kan gaan, waardoor de cliënt sneller geholpen wordt.

Samenvatting		
	Zorgcoöperatie	Zorginstelling
Verbondenheid met partijen	Samenwerking met andere partijen is van belang om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen helpen.	
	Samenwerken met andere lokale partijen, die al zijn geïntegreerd in de sociale infrastructuur.	Samenwerken met andere specialistische organisaties binnen de zorgsector.

5.

Conclusie & discussie

In dit hoofdstuk wordt allereerst antwoord gegeven op de centrale vraag en wordt de empirie vergeleken met de theorie. Ten tweede worden er aanbevelingen geformuleerd voor een vruchtbare samenwerking. Ten derde wordt er aandacht besteed aan de beperkingen van het huidige onderzoek en ten slotte wordt er gekeken naar mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

5.1. Beantwoording hoofdvraag en theoretische bijdrage

Dit onderzoek had als doel om inzicht te verwerven over op welke manier er een vruchtbare samenwerking kan ontstaan tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, vormgegeven door zorgcoöperaties en zorginstellingen. Om dit te onderzoeken is de volgende centrale vraag geformuleerd: *“Welke factoren ervaren leden van zorgcoöperaties en medewerkers van zorginstellingen als bevorderend (succesfactoren) en belemmerend (faalfactoren) voor een vruchtbare samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen?”*

Om deze vraag te beantwoorden is het allereerst van belang om te bepalen welke onderlinge relatie de onderzochte zorgcoöperaties en zorginstellingen hebben, omdat dit van invloed is op de te onderscheiden succesfactoren. Zoals in paragraaf 4.1.4 is aangegeven zijn er in dit onderzoek twee cases onderzocht die horen bij de rol van samenwerkingspartners en specifiek bij de rol van ketenpartners. Bij de derde onderzochte case werkt de zorgcoöperatie in gesprekken met zorginstellingen toe naar de rol van ‘zaakwaarnemer’ van de cliënt. Het bleek echter niet mogelijk om de bijbehorende zorginstellingen te spreken, waardoor informatie voor deze case aangevuld is met informatie uit een andere, vergelijkbare case die is onderzocht door de mede-onderzoeker. In deze case werkt de zorgcoöperatie namelijk al als ‘zaakwaarnemer’ samen met een zorginstelling en is er zowel gesproken met de zorgcoöperatie als de zorginstelling, waardoor deze informatie is meegenomen voor tabel 5.2.

In tabel 5.1 zijn de succesfactoren weergegeven voor een samenwerking in het geval van ketenmanagement. In tabel 5.2 is dit gedaan voor een samenwerking, waarbij de zorgcoöperatie als ‘zaakwaarnemer’ van de cliënt dient. Per niveau is allereerst weergegeven wat zorgcoöperaties en zorginstellingen hierover aangeven en vervolgens is aangegeven wat volgens de onderzoeker de bijbehorende succesfactor is. Deze succesfactor is gebaseerd op wat beide organisaties over het thema aangeven.

Tabel 5.1: Succesfactoren voor samenwerking bij ketenmanagement

Thema	Zorgcoöperatie	Zorginstelling	Succesfactor
Motieven voor samenwerking	Zorginstellingen zijn vereist voor de financiering van zorg, scholing en niet-planbare zorg.	Kennis verkrijgen over omgang met vrijwilligers, legitimiteit verkrijgen naar de samenleving en/of kosten verdelen.	Beide organisaties hebben baat bij samenwerking.
Maken en vastleggen van afspraken	'Basisafspraken' over missie, werkwijzen, contactpersonen en onderlinge financiële verstandhouding.	Afspraken over terreinen van samenwerking en bijbehorende doelen, contactpersonen, financiële verstandhouding, inzet van vrijwilligers en naleving van wet- en regelgeving.	Dialogo aangaan over de hoeveelheid afspraken. Afspraken zouden in ieder geval gemaakt kunnen worden over de missie, contactpersonen en onderlinge financiële verstandhouding.
Eindverantwoordelijkheid	De formele eindverantwoordelijkheid ligt bij zorginstellingen, vanwege de zorginkoop. Zorgverleners voelen zich echter verantwoordelijk voor eigen handelen.	De formele eindverantwoordelijkheid ligt bij degenen die de zorginkoop doet, de hoofdaannemer. Zorgverleners voelen zich echter verantwoordelijk voor eigen handelen.	Duidelijkheid creëren over wie hoofdaannemer en dus eindverantwoordelijke is, zodat zorgverleners dit weten. Zij zullen zelf verantwoordelijkheid dragen voor eigen handelen.
Interne communicatie	Gemaakte afspraken moeten gecommuniceerd worden naar zorgverleners.	Gemaakte afspraken moeten, indien relevant, gecommuniceerd worden naar zorgverleners.	Gemaakte afspraken moeten, indien relevant, gecommuniceerd worden naar zorgverleners, zodat zij geen overvloed aan onnodige afspraken over zich heen krijgen.
Externe communicatie	Vaste contactpersonen, die goed bereikbaar zijn en snel communiceren.	Vaste contactpersonen, vaste contactmomenten en elkaar durven aanspreken op gemaakte afspraken.	Er moet afstemming plaatsvinden over contactpersonen en zijn/haar bereikbaarheid. Daarnaast moet er in overleg over eventuele vaste contactmomenten worden besloten.
Visie op zorgverlening	De visie op zorgverlening moet gedeeld worden. Cliënten met een zorgbehoefte moeten hun leven kunnen voortzetten, zoals zij gewend waren. Daarom gaat er meer aandacht uit naar welzijn en wordt er vanuit de regie van cliënten in kleine teams gewerkt, zodat er rekening gehouden kan worden met cliëntwensen. Vrijwilligers zijn daarin belangrijk en zij kunnen specifieke zorghandelingen uitvoeren.	De visies op zorgverlening moeten overeenstemmen. Cliënten met een zorgbehoefte moeten hun leven kunnen voortzetten, zoals zij gewend waren. Daarom moet de focus gericht zijn op welzijn en wordt er vanuit de regie van cliënten in zelfsturende teams gewerkt, zodat er ingespeeld kan worden op cliëntwensen. Vrijwilligers spelen een belangrijke rol in het welzijn, waarop zorgprofessionals aanvullend moeten handelen. Als vrijwilligers al zorghandelingen uitvoeren, moet dat vastgelegd worden.	Er moet een gedeelde visie op zorgverlening bestaan. Cliënten moeten daarbij hun leven kunnen voortzetten, zoals zij gewend waren. Daarom wordt er vanuit de wensen van cliënten en samen met vrijwilligers gewerkt en ligt de focus op welzijn. Deze samenwerking vindt plaats in kleine, zelfsturende teams. Zorgprofessionals handelen aanvullend op het kunnen van vrijwilligers, maar in overleg moet afgestemd worden of vrijwilligers ook zorghandelingen uitvoeren en of deze handelingen vastgelegd moeten worden.
Afstemming	Zorgprofessionals en vrijwilligers moeten vooraf onderling afstemmen wie welke taken uitvoert en welke kwaliteitsmaatstaven er gehanteerd worden, maar dit hoeft niet vastgelegd te worden. Voorop staat dat vrijwilligers de taken blijven uitvoeren die zij reeds deden. De zorgprofessional fun-	Zorgprofessionals en vrijwilligers moeten een eerste onderlinge afstemming van taken en bijbehorende kwaliteitsmaatstaven vastleggen en daarover vervolgens voortdurend in dialoog met elkaar. De taken die vrijwilligers reeds uitvoeren, blijven zij daarbij uitvoeren.	Zorgprofessionals en vrijwilligers moeten onderling een 'takenpakket' met bijbehorende kwaliteitsmaatstaven overeenkomen, waarbij vrijwilligers de taken die zij reeds uitvoeren behouden. In overleg tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie zal bepaald moeten worden of dit 'takenpakket' formeel wordt vastgelegd.

	geert aanvullend op de vrijwilligers.		
Competenties	Benodigde diploma's en flexibel, autonoom en samen met vrijwilligers kunnen werken.	Flexibel, zelfstandig, autonoom en samen met vrijwilligers kunnen werken en goed kunnen luisteren naar cliëntwensen.	Zorgprofessionals moeten flexibel, autonoom en samen met vrijwilligers kunnen werken en goed kunnen luisteren naar cliëntwensen, alvorens aan de slag te gaan.
Motivatie	Vrijwilligers moeten ingezet worden op taken die zij goed kunnen en leuk vinden om te doen. Daarbij moeten zorgprofessionals hen serieus nemen. Zorgprofessionals moeten intrinsiek gemotiveerd zijn om met bepaalde cliënten te werken.	Zorgprofessionals moeten affiniteit hebben om met bepaalde problematiek te werken.	Zorginstellingen moeten bewustwording creëren bij zorgprofessionals dat zij vrijwilligers serieus moeten nemen en hen in moeten zetten op taken waar zij goed in zijn en die zij leuk vinden, omdat anders een deel van de visie op zorgverlening wegvalt. Daarnaast moeten zorgprofessionals affiniteit hebben met bepaalde problematiek van cliënten.
Ondersteuning	Overvraag vrijwilligers niet, verwacht niet te veel van hen, bepaal in overleg of zij trainingen willen volgen en zorg voor positieve ondersteuning door zorgprofessionals. Op de achtergrond van het zelfsturende team moet een manager intervisie, coaching en ondersteuning verzorgen.	Vrijwilligers moeten niet overvraagd worden. Er moet in zelfsturende teams samengewerkt worden, zodat zorgprofessionals de vrijheid en autonomie hebben om zelfstandig beslissingen te nemen op basis van deskundigheid. Zij zouden ondersteund moeten worden door een manager op de achtergrond, die coaching verzorgt en handvaten biedt voor de omgang met vrijwilligers.	Vrijwilligers en zorgprofessionals moeten in zelfsturende teams samenwerken, waarbij vrijwilligers positief ondersteund moeten worden door zorgprofessionals. Beiden moeten ondersteund worden door een manager die coaching en intervisie verzorgt. Voor zorginstellingen geldt dat zij zorgprofessionals kunnen voorzien van handvaten voor de omgang met vrijwilligers. Voor zorgcoöperaties geldt dat zij vrijwilligers kunnen ondersteunen door hen gewenste trainingen te laten volgen.
Kwaliteitseisen en cao-eisen	Eisen uit wet- en regelgeving en aanvullende eisen van zorginstellingen zijn veelal overbodig en zorgen voor bureaucratie. Met een gezond boerenverstand worden dezelfde zaken in acht genomen en kan er soepel worden omgegaan met onzinnige eisen.	Er worden geen problemen ervaren, omdat er volstaan wordt aan gestelde wet- en regelgeving. Wel zijn enkele eisen overbodig. Mogelijk risico is dat zorgcoöperaties niet voldoen aan de kwaliteitseisen en dat daardoor de kwaliteit van zorgverlening tekort schiet.	Zorgcoöperaties en zorginstellingen moeten het gesprek aangaan over de zin en onzin van kwaliteitseisen gezien de gewenste zorg. Op deze manier kan er soepel worden omgegaan met onzinnige kwaliteitseisen en kunnen zorginstellingen aangeven waar in hun ogen belangrijke eisen zitten om de kwaliteit van door zorgcoöperaties geleverde zorg te verzekeren.
Gemeenten en de Rijksoverheid	Er wordt te veel afgedekt, vanwege angst voor fouten. Daarnaast wordt de zorgcoöperatie of de samenwerking vaak niet ondersteund of als organisatievorm erkend.	Er worden geen belemmeringen ervaren. Gemeenten zijn vol lof over zorgcoöperaties en willen hen waar mogelijk helpen.	Zorgcoöperaties en zorginstellingen gaan samen in gesprek met gemeenten over risico's die gemeenten signaleren en hoe daarmee omgesprongen kan worden, zodat gemeenten zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden ondersteunen.
Financieringsstromen en budgethouders	Het systeem van financiering is te ingewikkeld geworden en er worden dusdanig hoge eisen gesteld dat hulp van zorginstellingen nodig is om aanspraak te maken op financiering.	Er worden geen problemen ervaren bij het financieren van zorg. Er is bekend waar financiering voor bepaalde zorg gezocht moet worden. Daarnaast betaalt de zorgcoöperatie op factuurbasis voor diensten van de zorginstelling.	Zorgcoöperaties en zorginstellingen maken afspraken over facilitering van zorgfinanciering, zodat zorgcoöperaties zorg kunnen financieren. Daarnaast delen zij kennis met elkaar, zodat zorgcoöperaties eventueel zonder hulp van zorginstellingen aanspraak kunnen maken op financiering waaraan minder hoge eisen gesteld worden.
Verbondenheid met partijen	Verbondenheid zoeken met lokale partijen om de cliënt zo goed mogelijk te helpen.	Verbondenheid zoeken met partijen in het zorgspectrum, zodat de cliënt zo goed mogelijk geholpen wordt.	Verbondenheid met partijen is van belang om cliënten zo goed mogelijk te kunnen helpen. Zorgcoöperaties en zorginstellingen hebben hiervoor hun eigen verbindingen.

Tabel 5.2: Succesfactoren voor samenwerking bij ‘zaakwaarnemer’ van de cliënt

Thema	Zorgcoöperatie	Zorginstelling	Succesfactor
Motieven voor samenwerking	Zorginstellingen zijn vereist voor de daadwerkelijke zorgverlening op basis van de wensen van cliënten. Eventueel wordt er met meerdere zorginstellingen samengewerkt, wanneer deze beter aansluiten bij cliëntwensen.	Zorginstellingen willen ervaring opdoen met nieuwe zorgconcepten binnen de zorgcoöperatie en legitimiteit richting de samenleving verkrijgen. Daarnaast willen zij aan zoveel mogelijk cliënten zorg verlenen.	Beide organisaties hebben baat bij de samenwerking. Daarnaast wordt er een open gesprek gevoerd over de hoeveelheid zorg die zorginstellingen kunnen leveren op basis van de wensen van cliënten.
Maken en vastleggen van afspraken	Niet te veel afspreken. Wel afspraken maken over eenzelfde missie en contactpersonen.	Duidelijke afspraken maken over de terreinen van samenwerking.	Heldere afspraken maken over de terreinen van samenwerking, missie en contactpersonen.
Eindverantwoordelijkheid	Ligt bij zorginstellingen, omdat zij de zorg verlenen.	Ligt bij zorginstellingen, omdat zij de zorg verlenen.	De eindverantwoordelijkheid ligt bij de zorginstelling.
Interne communicatie	Zorginstelling zouden gemaakte afspraken naar zorgprofessionals moeten communiceren voor duidelijkheid.	Betrokken zorgverleners hoeven niet ingelicht te worden over afspraken, deze maken zij zelf voor elke situatie.	Zorginstellingen moeten ervoor zorgen dat zorgprofessionals die betrokken zijn bij een cliënt op de hoogte zijn van gemaakte afspraken door deze te communiceren of hen deze afspraken zelf te laten maken.
Externe communicatie	Een duidelijke contactpersoon die goed bereikbaar is.	Continuïteit van contactpersonen en een vast moment voor overleg.	Onderling duidelijkheid creëren over contactpersonen en de bereikbaarheid van deze personen. Daarnaast overleg voeren over eventuele vaste contactmomenten om zaken te bespreken, zoals het eventueel oppakken van extra zorgtaken door de zorginstelling.
Visie op zorgverlening	Organisaties moeten aanvullend op elkaar fungeren, zich meer richten op welzijn en vrijwilligers en aansluiten bij de wensen van cliënten.	Aansluiten bij de individuele wensen van cliënten en de eigen regie van cliënten in stand houden in samenwerking met vrijwilligers.	Er wordt vanuit de wens en regie van cliënten zorg verleend. Dit gebeurt in samenwerking met vrijwilligers en vanuit de focus op welzijn.
Afstemming	Zorgprofessionals handelen aanvullend op wat vrijwilligers kunnen.	Er dient duidelijk te zijn welke taken voor zorgprofessionals zijn en welke voor vrijwilligers.	Zorgprofessionals en vrijwilligers moeten beiden een ‘takenpakket’ hebben, welke in onderlinge afstemming tot stand komt.
Competenties	Flexibiliteit en initiatief bij zorgprofessionals	Er worden geen aanvullende competenties verwacht.	Er dient een dialoog plaats te vinden over de competenties die vereist zijn van zorgprofessionals om tot een gezamenlijk ‘competentieprofiel’ te komen dat verwacht wordt van zorgprofessionals, zoals proactief en flexibel kunnen werken.
Motivatie	Zorgprofessionals moeten met bepaalde problematiek van cliënten willen werken.	Er wordt geen specifiek andere motivatie verwacht dan bij ‘reguliere’ zorgverlening.	Er dient een dialoog plaats te vinden over de motivatie die aanwezig moet zijn bij zorgprofessionals om tot overeenstemming te komen. Op deze manier kunnen zorgprofessionals de

			gewenste zorg verlenen met de juiste motivatie, zodat dit aansluit bij wat zorgcoöperaties verwachten.
Ondersteuning	Verantwoordelijkheid en vrijheid geven aan zorgprofessionals door middel van zelfsturende teams.	Zorgprofessionals hebben ruimte nodig om oplossingen te kunnen bedenken voor cliëntwensen, maar niet per se in kleine teams omdat dit de continuïteit in gevaar brengt.	Zorgprofessionals moeten vrijheid krijgen om maatwerk te kunnen leveren aan cliënten. In dialoog dient besloten te worden hoe deze vrijheid vertaald wordt naar de teams.
Kwaliteitseisen en cao-eisen	Geen problemen ervaren, omdat de zorginstelling de zorg verleent en hieraan voldoet.	Eisen zijn soms onzinnig, dus er wordt soepel omgaan met wet- en regelgeving om zo aan te kunnen sluiten bij wensen van cliënten.	Zorginstellingen voldoen aan de cliëntwensen en bekijken zelf in hoeverre zij daarvoor soepel om moeten en kunnen gaan met eisen..
Gemeenten en de Rijksoverheid	Gemeenten en de overheid dekken te veel af, omdat ze bang zijn dat er fouten worden gemaakt.	Gemeenten en de Rijksoverheid besteden te veel aandacht aan risicomanagement.	Zorginstellingen gaan in gesprek met gemeenten over risico's die gemeenten signaleren en hoe daarmee omgesprongen kan worden, zodat gemeenten de samenwerking durven aangaan.
Financieringsstromen en budgethouders	Geen problemen ondervonden, omdat de zorginstelling dit regelt.	Het systeem van financiering is te ingewikkeld geworden met verschillende geldstromen, waardoor soms niet bekend is waar het geld vandaan moet komen.	Zorginstellingen regelen de financiering van de zorg zelf en hebben de expertise hiervoor.
Verbondenheid met partijen	Verbondenheid is van belang om aanvullend op elkaar te functioneren.	Verbondenheid is van belang om gebruik te kunnen maken van elkaars expertise.	Verbondenheid met partijen in de omgeving is belangrijk om elkaars expertise te kunnen gebruiken en elkaar aan te kunnen vullen.

Samenwerken richting één hoger doel

Wanneer vervolgens de empirische data uit deze tabellen vergeleken wordt met de theoretische inzichten zijn er zowel overeenkomsten als verschillen aan te wijzen. Voor zorgcoöperaties is samenwerking in de vorm van ketenpartners een middel om een doel te bereiken dat zij afzonderlijk niet volledig kunnen bereiken, namelijk het voorzien in aandachtige zorg. Zonder hulp van zorginstellingen kunnen zij de zorg immers niet financieren. Bij deze samenwerking is er tevens sprake van afhankelijkheid, omdat zorgprofessionals en vrijwilligers samen nodig zijn om de aandachtige zorg te verlenen. Dit sluit aan bij de literatuur over ketenmanagement, waarin verondersteld wordt dat organisaties samenwerken om te voorzien in een publiek goed, omdat zij dit afzonderlijk niet kunnen. Daarbij bestaat er tussen de schakels een bepaalde afhankelijkheid. In dit geval is er sprake van parallelle afhankelijkheid, omdat vrijwilligers en zorgprofessionals tegelijkertijd ‘werken’ aan aandachtige zorg. Voor zorginstellingen geldt echter dat zij ook zonder zorgcoöperaties aandachtige zorg kunnen leveren, wanneer zorgprofessionals samenwerken met mantelzorgers van cliënten (Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001; Poorthuis et al., 2006). Aanvullend op de huidige kennis van ketenmanagement kan er daarom gesteld worden dat het geen vereiste is dat beide organisaties het doel niet afzonderlijk kunnen behalen, maar dit ook ‘slechts’ voor één van beide organisaties kan gelden.

In de samenwerking geven beide organisaties aan het idee te hebben dat er sprake is van wederkerigheid en gelijkwaardigheid. Beide organisaties geven bijvoorbeeld aan ideeën van elkaar serieus te overwegen als deze voordeel opleveren voor de samenwerking. Daarnaast wordt er aangegeven dat zorgprofessionals en vrijwilligers op basis van gelijkwaardigheid moeten samenwerken. Zo moeten zorgprofessionals vrijwilligers serieus nemen en inbreng van hen waarderen en overwegen. Dit sluit aan bij de wederzijdse afhankelijkheid en het ontbreken van formele hiërarchie in een ketensamenwerking (Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001; Poorthuis et al., 2006). Tevens bevestigt dit verwachting 9 dat een gelijkwaardige machtsrelatie bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking. Zorgcoöperaties en zorginstellingen geven hiermee aan dat deze gelijkwaardige machtsrelatie zowel op organisatieniveau als op medewerker-niveau moet bestaan voor een vruchtbare samenwerking.

Erkenning als organisatie(vorm)

Een struikelblok voor het samenwerkingsverband is volgens leden van zorgcoöperaties het feit dat een aantal organisaties, zoals gemeenten en zorgkantoren hen niet als organisatie erkennen. Enerzijds komt dit, omdat zorgcoöperaties afzonderlijk niet aan de gestelde eisen kunnen voldoen. Anderzijds komt dit voort uit de gedachte dat partijen zorgcoöperaties als concurrent zien, die taken over willen nemen. Zo geven leden van zorgcoöperaties bijvoorbeeld aan dat zij het idee hebben dat gemeenten het gevoel hebben dat zij bepaalde voorzieningen over willen nemen en dat gemeenten daardoor niet samen willen werken met zorgcoöperaties. Een andere reden die een samenwerking met zorgcoöperaties volgens leden in de weg staat is dat een samenwerking met hen risico's met zich meebrengt. Daarom wordt samenwerking vaak alsnog met een omweg via zorginstellingen vormgegeven, omdat zij daarmee wel in zee durven gaan. Tegelijkertijd zijn er ook gemeenten die belangstellend kijken naar zorgcoöperaties en de gehanteerde zorgconcepten toejuichen. Dit struikelblok wordt in de literatuur dan ook als cruciaal aangemerkt, omdat het verkrijgen van legitimiteit naar de samenleving noodzakelijk is voor een samenwerkingsverband om te ‘overleven’. Het samenwerkingsverband moet door organisaties gezien worden als nieuwe organisatievorm (Bryson et al., 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2005; Crosby & Bryson, 2010). Het samenwerkingsverband tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen wordt echter wel gezien als organisatievorm, zoals blijkt uit de houding die gemeenten aannemen ten opzichte van zorgcoöperaties, maar organisaties durven de samenwerking om verschillende redenen niet altijd aan te gaan. Dit is echter wel cruciaal in het ‘overleven’ als samenwerkingsverband. Een toevoeging aan de literatuur zou daarom zijn dat samenwerkingsverbanden niet alleen als organisatievorm gezien moeten worden, maar dat organisaties ook daadwerkelijk zaken willen doen met de samenwerkingsverbanden. Dit zorgt er namelijk uiteindelijk voor dat samenwerkingsverbanden kunnen ‘overleven’. Verwachting 10 dat erkenning van het samenwerkingsverband bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking is daarmee gedeeltelijk bevestigd, omdat het verder gaat dan het erkennen van het samenwerkingsverband.

Doelstelling: aandachtige zorg leveren

Ondanks de tegengestelde ideeën over het maken van afspraken blijkt dat zowel zorgcoöperaties als zorginstellingen het wel eens zijn over het maken van afspraken over onder andere het doel van de samenwerking en contactpersonen dat zij deze op papier willen vastleggen, zodat hierover duidelijkheid bestaat. Dat sluit aan bij de theorie, waarin gesteld wordt dat het formeel vastleggen van afspraken zorgt voor duidelijkheid en positief bijdraagt aan samenwerking. Verwachting 8 dat het formeel vastleggen van gemaakte afspraken bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking is hiermee bevestigd. Tevens draagt het maken van afspraken over communicatie en het opstellen van een duidelijk en door partijen gedragen ketendoel bij aan goede samenwerking, omdat er richting één doel gewerkt wordt en er duidelijkheid ontstaat onderling (Korsten, 2010; Van der Aa & Konijn, 2001; Poorthuis et al., 2006; Bryson et al., 2006; Rondinelli & London, 2003; Selsky & Parker, 2005; Crosby & Bryson, 2005; Crosby & Bryson, 2010). Verwachting 1a en 1b gaven aan dat een gedeelde visie op zorgverlening bij zou dragen aan een vruchtbare samenwerking, maar dat zorgcoöperaties een andere visie zouden hanteren. Beide organisaties kunnen zich echter vinden in het concept aandachtige zorg, met een individuele aanpak en respect en aandacht voor de cliënt (Knies et al., 2013). Daarmee is verwachting 1a bevestigd en verwachting 1b ongegrond bevonden. Verwachting 2 is echter wel bevestigd. Zorgcoöperaties verlenen namelijk op een andere wijze zorg, nog meer in samenwerking met vrijwilligers en zonder alle procedures en eisen uit wet- en regelgeving in acht te nemen zoals zorginstellingen dat vaak nog wel doen. De beoogde uitkomsten van aandachtige zorg worden dus gedeeld, maar het proces zou aangescherpt kunnen worden door in het concept aandachtige zorg de aandacht voor vrijwilligers op te kunnen nemen, zodat ook de wijze waarop aandachtige zorg tot stand komt gedeeld wordt door zorgcoöperaties. Dan kan er vanuit één gezamenlijk kader zorg geleverd worden door zorginstellingen en zorgcoöperaties.

Competenties, motivatie en ondersteuning

Wat betreft managers is het van belang dat zij zorgprofessionals en vrijwilligers in zelfsturende teams ondersteunen door intervisie en coaching op de achtergrond. Daarnaast kunnen zij zorgprofessionals specifiek ondersteunen door handvaten te bieden voor de omgang met vrijwilligers. Daarmee is verwachting 5 dat ondersteuning van zorgprofessionals door managers bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking bevestigd.

Tevens vinden zorgcoöperaties en zorginstellingen dat managers procedures moeten afschaffen en autonomie moeten geven aan zorgprofessionals, zodat zij aan kunnen sluiten bij cliëntwensen. De theorie over ondernemend werknemerschap stelt dan ook dat zorginstellingen minder controle van bovenaf moeten uitoefenen en meer op resultaten moeten sturen (Tonkens et al., 2009; Timmermans, 2003). Met deze bevinding wordt verwachting 7 dat autonomie en vrijheid voor zorgprofessionals bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking bevestigd.

Verwachting 3a dat onderlinge afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking is bevestigd. Zowel zorginstellingen als zorgcoöperaties geven aan dat deze onderlinge afstemming van belang is om duidelijkheid te creëren over elkaars 'takenpakket'. Daarbij wordt tevens aangegeven dat vrijwilligers taken uit moeten voeren die zij goed kunnen en leuk vinden, waarmee ook verwachting 3b is bevestigd dat het van belang is dat vrijwilligers taken uitvoeren waar zij plezier uit halen (Tonkens et al., 2009; Timmermans, 2003). Toevoeging aan de theorie zou echter wel zijn dat er niet alleen gelet moet worden op welke taken vrijwilligers leuk vinden, maar ook welke taken zij goed kunnen. Dit draagt immers ook bij aan het plezier dat vrijwilligers halen uit de taakuitvoering.

Wat betreft vrijwilligers is het van belang om hen niet te overvragen, maar hen ook niet te onderschatten. Zorgprofessionals moeten hen serieus nemen en hen ondersteunen in de samenwerking, zonder daarbij taken over te nemen van vrijwilligers. Dit sluit aan bij de theorie (Tonkens et al., 2009; Timmermans, 2003) en verwachting 4 dat ondersteuning van vrijwilligers door zorgprofessionals, zonder taken over te nemen of vrijwilligers op afstand te plaatsen bijdraagt aan een vruchtbare samenwerking.

Voor zorgprofessionals geldt ten slotte dat zij de benodigde kennis om te werken bij zorgcoöperaties bezitten, gezien de diplomering. Vaardigheden verschillen echter wel. Zo wordt flexibel, zelfstandig, autonoom en proactief gedrag verwacht in het werken bij zorgcoöperaties. Dit sluit aan bij de in de literatuur genoemde

competenties op grond van ondernemend werknemerschap (Freese & Staal, 2015; Claessen et al., 2013; PMC, 2014). Tevens bevestigt dit verwachting 6 dat zelfstandige en proactieve zorgprofessionals bijdragen aan een vruchtbare samenwerking.

Observaties

Een tweetal bevindingen valt op. Allereerst het overeenkomen van de visies op zorgverlening, terwijl zorgcoöperaties uit onvrede op het bestaande zorgaanbod en de bestaande manier van zorgverlening zijn ontstaan (Dictus, 2013). De Rijksoverheid stuurt echter van bovenaf meer op zelfredzaamheid van cliënten in samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers, waardoor zorginstellingen steeds meer op deze manier gaan werken en deze werkmethode integreren in de visie op zorgverlening. De visie op zorgverlening van zorginstellingen beweegt dus richting die van zorgcoöperaties.

Een tweede opvallende bevinding is dat ondernemend werknemerschap in de huidige onderzochte cases niet ter sprake komt, waar dit belangrijk werd geacht in het verlenen van aandachtige zorg en de samenwerking tussen zorgprofessionals met vrijwilligers buiten de organisatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ondernemend werknemerschap relatief nieuw is en daardoor nog weinig bekend is bij de betrokkenen. Echter wordt er wel veel aandacht geschonken aan zelfsturende teams autonomie en vrijheid, wat elementen zijn van ondernemend werknemerschap (Liebregts et al., 2015; PMC, 2014; Claessen et al., 2013; Freese & Staal, 2015). Ondernemend werknemerschap wordt dan wel niet benoemd, maar er zijn wel elementen van te herkennen in de huidige cases.

5.2. Aanbevelingen

In dit onderzoek zijn verschillende bevorderende en belemmerende factoren gevonden voor een succesvolle, vruchtbare samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen, waaruit een aantal aandachtspunten en aanbevelingen voortkomen. Het eerste deel van deze aandachtspunten en aanbevelingen richt zich op zorgcoöperaties en zorginstellingen en het tweede deel op de omgeving van samenwerkingsverbanden.

Zorgcoöperaties en zorginstellingen:

- 1) Ga voor het aangaan van de samenwerking **met elkaar om tafel**, zodat **verwachtingen** uitgesproken worden. De verwachtingen kunnen op deze manier ‘getoetst’ worden, zodat beide organisaties weten wat ze aan elkaar kunnen hebben, maar ook wat ze van elkaar mogen en kunnen verwachten en of een samenwerking toegevoegde waarde kent voor beide organisaties. Daarnaast kan er tijdens dit gesprek aandacht worden geschonken aan de visies op zorgverlening, zodat hierin overeenstemming wordt bereikt.
- 2) Het is belangrijk om **vertrouwen** te hebben in elkaar bij het aangaan van de samenwerking en dit vertrouwen te tonen door informatie en kennis met elkaar te delen. Zorg er daarnaast voor dat bepaalde ‘**basisafspraken**’ gemaakt worden en leg deze duidelijk met elkaar vast. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de missie, werkwijze, onderlinge communicatie en bijbehorende aanspreekpunten voor beide organisaties en de onderlinge financiële verstandverhouding. Aanvullend hierop verdient het aandacht om ook over het **doel** van de samenwerking vast te leggen. Zorgcoöperaties focussen namelijk meer op welzijn en zorginstellingen op zorg. Door een duidelijk doel vast te leggen, wordt er richting één stip op de horizon gewerkt.
- 3) **Communiqueer** de gemaakte **afspraken** duidelijk **intern**, zodat deze voor iedereen binnen de organisatie duidelijk zijn. Dit zorgt voor helderheid onderling, omdat iedereen weet wat van hem of haar verwacht wordt en wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft. Let er daarbij wel op dat alleen relevante afspraken gecommuniceerd worden, zodat er geen overvloed aan informatie ontstaat terwijl niet alles relevant is. Als er bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over het verlenen van zorg in de nacht is deze afspraak niet relevant voor zorgverleners die nooit in de nachtdienst werken. Een dergelijke afspraak hoeft dan ook niet naar hen gecommuniceerd te worden, maar wel naar alle zorgverleners die nachtdiensten draaien.

- 4) **Evalueer** gemaakte **afspraken** van tijd tot tijd met elkaar. Zo kan er ten eerste ingespeeld worden op veranderingen, zoals nieuwe of andere wet- en regelgeving. Ten tweede kan er op deze manier ingespeeld worden op veranderende behoeften bij organisaties. Ten slotte zorgt een evaluatiemoment ervoor dat verwachtingen en wensen opnieuw afgestemd kunnen worden, zodat er samen gewerkt wordt aan een eenduidig doel.
- 5) Durf elkaar **aan** te **spreken** op **gedragingen** of **handelingen**, wanneer deze irritaties opwekken of wanneer deze niet passen bij gemaakte afspraken. Een eerste keer kan dit lastig zijn, omdat dit de continuïteit van de samenwerking in gevaar kan brengen. Echter is het voor de continuïteit van de samenwerking gevaarlijker om elkaar niet aan te spreken, omdat er dan een opeenstapeling van irritaties ontstaat. Daarnaast zorgt het ervoor dat het in het vervolg van de samenwerking makkelijker is om zaken bespreekbaar te maken.
- 6) Formeer **één zelfsturend, klein team** voor de onderlinge samenwerking. Op deze manier ontstaat er ten eerste duidelijkheid over de betrokkenen bij de samenwerking en welke rollen zij vervullen. Uit deze rollen ontstaat ten tweede duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden. Ten derde zorgt het formeren van één team ervoor dat er duidelijke aanspreekpunten ontstaan voor beide partijen, zodat een goede onderlinge communicatie gewaarborgd blijft. Ten slotte waarborgt het samenstellen van één team de visie op zorgverlening, omdat er minder zorgverleners aan het bed komen bij de cliënten.
- 7) Maak gebruik van **mantelzorgers** en **andere vrijwilligers** en zorg voor een **duidelijke onderlinge rolverdeling** tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, zodat er ruimte is voor **autonomie**. Houd bij deze rolverdeling rekening met de taken die vrijwilligers leuk vinden om te doen en waar zij goed in zijn. Deze rolverdeling waarborgt een zekere mate van autonomie, omdat vrijwilligers en zorgprofessionals hun eigen takenpakket hebben en deze zo goed mogelijk uitvoeren. Het gebruik van vrijwilligers zorgt daarnaast voor een kostenbesparing, omdat professionele inzet wordt beperkt, en het zorgt ervoor dat de visie op zorgverlening gewaarborgd blijft, omdat de cliënten op deze manier met minder verschillende zorgverleners te maken krijgt.
- 8) Probeer als **zorginstellingen zorgprofessionals** vooraf te **selecteren** op basis van **motivatie** en **competenties** die gevraagd worden voor de zorgverlening binnen zorgcoöperaties, zodat de gewenste samenstelling van het team binnen de zorgcoöperatie wordt bereikt. Zo zou er qua competenties gekeken kunnen worden naar de vereiste diplomering, de focus op welzijn en het autonoom en flexibel kunnen werken. Bij motivatie zou er aandacht besteed kunnen worden aan de intrinsieke motivatie om in de zorg en met bepaalde cliënten te werken, het serieus nemen van vrijwilligers en de ondersteunende houding richting vrijwilligers.
- 9) Bekijk als **zorginstellingen** de mogelijkheden van **ondernemend werknemerschap** en ga hierover **in gesprek** met **zorgprofessionals**. Dit biedt zorgprofessionals een zekere mate van zekerheid en tegelijkertijd vrijheid. Zorgprofessionals blijven namelijk in loondienst bij de zorginstellingen, maar kennen een zekere mate van vrijheid om taken op te pakken binnen en buiten de organisatie. Zorgprofessionals ervaren hierdoor een zekere mate van autonomie en vertrouwen, waardoor zij zelf meer verantwoordelijkheid moeten nemen. Uit de aard van professionals blijkt dat zij graag een zekere mate van autonomie ervaren, waardoor zij deze verantwoordelijkheid zullen nemen. De combinatie van deze zekerheid en vrijheid biedt hen de mogelijkheid om buiten gebaande paden te denken, waardoor zij in het geval van een samenwerking met een zorgcoöperatie makkelijker op de door hun gewenste manier kunnen werken.

Partijen in de omgeving van het samenwerkingsverband:

- 1) Probeer als **gemeenten** zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden waar mogelijk te **ondersteunen** en met hen **mee te denken**. Ga het gesprek aan met zorgcoöperaties, zodat de doelen van hen duidelijk worden en duidelijk wordt dat zorgcoöperaties geen taken over willen nemen.
- 2) Probeer als **gemeente** een **open houding** te tonen richting zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden, zodat een **open gesprek** mogelijk is over de mogelijkheden op het gebied van zorgverlening. Zo kan de gemeente cliënten tijdens een keukentafelgesprek bijvoorbeeld voor bepaalde zorg doorverwijzen naar zorgcoöperaties. Daarnaast kunnen tijdens dit open gesprek de mogelijkheden en voorwaarden voor financiering van zorg op basis van de Wmo en PGB's besproken worden.

- 3) **ActiZ** en **KCWZ** zouden de **discussie** op gang kunnen brengen richting de **Rijksoverheid** en de **Inspectie voor de Gezondheidszorg** over de **doelen van de kwaliteitseisen** en de **zin en onzin** van deze eisen. Zorgcoöperaties beogen immers om cliënten zo lang mogelijk, zoals thuis te laten leven en willen daar in de zorgverlening bij aansluiten. De kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving zouden bij dit doel moeten passen. Daarnaast is het van belang om een eventuele aanpassing van kwaliteitseisen voor beide organisaties te laten gelden, zodat er geen discrepantie ontstaat tussen eisen aan zorgcoöperaties en eisen aan zorginstellingen.
- 4) **ActiZ** en **KCWZ** zouden de **discussie** op gang kunnen brengen richting de **Rijksoverheid** over de **financiering van de zorg** op dit moment. Op dit moment moeten zorgcoöperaties de hulp van zorginstellingen inschakelen om aanspraak te maken op financiering. Daarnaast moeten zorgcoöperaties en zorginstellingen met een groot aantal budgethouders, zoals gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars afspraken maken om de financiering van zorg rond te krijgen. Met deze discussie zou er gekeken kunnen worden of het mogelijk is om een of meerdere financieringsstromen te bundelen bij één budgethouder.
- 5) Probeer als **budgethouder** een **flexibele houding** te tonen tegenover zorgcoöperaties door minder halsstarrig vast te houden aan bepaalde eisen volgens 'afvinklijstjes'. Op deze manier is er een gesprek mogelijk over de doelen van gestelde eisen en kan er samen gezocht worden naar een oplossing om hier op een andere manier aan te voldoen. Zo kunnen zorgcoöperaties uiteindelijk ook afspraken maken met verschillende budgethouders zonder gebruik te hoeven maken van zorginstellingen.

5.3. Beperkingen

Dit onderzoek kent ondanks een zorgvuldige uitvoering een aantal beperkingen. Een eerste beperking is dat de spreiding van cases mogelijk een vertekend beeld oplevert. Zo zijn er alleen samenwerkingsverbanden van zorgcoöperaties en zorginstellingen onderzocht in Noord-Brabant. Er is dus alleen in dunbevolkt gebied en niet in gebied onderzoek gedaan. Daar zouden echter andere factoren naar voren kunnen komen, omdat de verhouding tussen beide partijen daar anders is en er sprake is van minder sociale cohesie en dus minder mantelzorg.

Een tweede beperking van het huidige onderzoek, die ook samenhangt met de spreiding van cases, is het feit dat er alleen samenwerkingsverbanden zijn onderzocht waar de zorgcoöperatie de zorginstelling heeft benaderd voor de samenwerking. Daarentegen zijn er ook samenwerkingsverbanden, waarbij de zorginstelling de zorgcoöperatie heeft benaderd voor samenwerking, zoals zorginstelling Zonnehuisgroep Noord in Groningen die actief de samenwerking zoekt met verschillende zorgcoöperaties. Dit levert waarschijnlijk een andere dynamiek op in de samenwerking, waardoor uit een onderzoek naar dit type samenwerkingsverband mogelijk andere factoren naar voren kunnen komen die bevorderend of belemmerend werken in een samenwerking.

Een derde beperking is het feit dat er geen sprake is van een zuivere casestudy. In een zuivere casestudy zouden de drie cases namelijk volledig onderzocht zijn, maar daarvan is in dit onderzoek geen sprake. Zo is er in het geval van een case niet gesproken met de zorginstelling waar de zorgcoöperatie gesprekken mee voert over samenwerking. Deze ontbrekende informatie is daarom aangevuld door een andere, vergelijkbare case te gebruiken die onderzocht is door de mede-onderzoeker. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld geen interviews afgenomen met de gemeente, andere overheidsinstanties, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Dit zou echter wel bijdragen aan het verkrijgen van een volledig beeld, omdat er mogelijk andere bevorderende en belemmerende factoren naar voren zouden komen vanuit deze organisaties.

Een vierde beperking is de manier van benaderen van zorgcoöperaties, waardoor wellicht een deel van hen niet bereikt is voor dit onderzoek. Er is namelijk gebruik gemaakt van een uitnodiging per brief, maar binnen de zorgcoöperatie bleek in de meeste gevallen niet het voltallige bestuur op de hoogte van deze brief. Dit heeft voor vertraging gezorgd in het beslissingsproces om deel te nemen aan dit onderzoek, waardoor wellicht enkele zorgcoöperaties onder tijdsdruk hebben afgezien van deelname aan dit onderzoek. Dit had in dit onderzoek ondervangen kunnen worden door vanaf het begin zorgcoöperaties te benaderen door middel van een e-mail en door meer zorgcoöperaties een verzoek tot deelname aan dit onderzoek te sturen.

Een laatste beperking is de mogelijkheid van sociaal wenselijke antwoorden in dit onderzoek. Zo bestaat de mogelijkheid dat zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij de inzet van mantelzorgers en andere vrijwilligers zeer belangrijk vinden en de inbreng van hen serieus nemen, maar dat dit in de praktijk niet tot uiting komt. Een mogelijke oplossing om deze sociaal wenselijke antwoorden te omzeilen is door gebruik te

maken van observaties, maar daar is in het huidige onderzoek geen gebruik van gemaakt. Observaties bieden namelijk de mogelijkheid om met eigen ogen te ervaren hoe de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers in de praktijk vorm krijgt, zonder dat hier een vertalingsslag tussen zit van een van beiden. Ook observaties kunnen echter sociaal wenselijke uitkomsten met zich meebrengen, omdat personen die geobserveerd worden soms hun gedrag aanpassen in aanwezigheid van een externe persoon.

5.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een aantal beperkingen van het huidige onderzoek, die hierboven zijn besproken, leiden tot aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Ten eerste zou in een volgend onderzoek aandacht besteed kunnen worden aan andere organisaties die tevens invloed hebben op een vruchtbare samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Daarbij valt te denken aan gemeenten, andere overheidsinstanties, zoals het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hierbij zou een kwalitatief onderzoek passend zijn om zo te onderzoeken hoe zij aankijken tegen zorgcoöperaties en een samenwerkingsverband tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Specifiek zou er gekeken kunnen worden naar de houding die zij innemen tegenover zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden en of die daadwerkelijk zo argwanend is als zorgcoöperaties in dit onderzoek hebben aangegeven en waarom zij deze houding innemen. Met een dergelijk onderzoek kan er meer inzicht worden verkregen in de houding die andere organisaties innemen ten opzichte van zorgcoöperaties en samenwerkingsverbanden en de achtergrond daarvan, zodat zij in de toekomst beter met elkaar kunnen samenwerken.

Ten tweede zou dit kwalitatieve onderzoek herhaald kunnen worden in andere gebieden van Nederland. Voor dit onderzoek zijn namelijk zorgcoöperaties en zorginstellingen in Zuid-Nederland en specifiek in Noord-Brabant onderzocht, maar een onderzoek naar dergelijke samenwerkingsverbanden in de Randstad zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot het destilleren van andere factoren die bevorderend of belemmerend werken in een samenwerkingsverband. Het verschil van een plattlandsgebied of stedelijk gebied kan immers invloed uitoefenen op het samenwerkingsverband of op de organisaties afzonderlijk. In plattlandsgebieden speelt de rol van mantelzorg en vrijwilligers namelijk een grote rol, waar in stedelijk gebied meer alleenstaanden wonen die vaker weinig ondersteuning krijgen van mantelzorgers en vrijwilligers. Dit onderzoek zou tevens herhaald kunnen worden voor samenwerkingsverbanden, waar het initiatief voor samenwerking vanuit zorginstellingen is gekomen. Dit kan immers zorgen voor een andere dynamiek in de samenwerking, waardoor bijvoorbeeld vrijwilligers anders betrokken moeten worden bij de samenwerking om draagvlak te creëren voor een samenwerking. Met dergelijke onderzoeken kan het pallet aan succesfactoren voor een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers wellicht uitgebreid worden met een onderscheid voor een dergelijke samenwerking in plattlandsgebied en stedelijk gebied en een onderscheid voor een dergelijke samenwerking op basis van het initiatief vanuit zorgcoöperaties en vanuit zorginstellingen.

Ten slotte zou een kwalitatief vervolgonderzoek zich specifiek kunnen richten op de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. Dit onderzoek heeft hier een eerste aanzet toe gedaan, maar biedt geen volledig overzicht. Een dergelijk kwalitatief onderzoek zou zich bijvoorbeeld kunnen richten op hoe zorgprofessionals in kunnen spelen op de motivatie van vrijwilligers en deze motivatie kunnen versterken en welke competenties en ondersteuning zorgprofessionals en vrijwilligers nodig hebben in een onderlinge samenwerking. Met een dergelijk onderzoek kunnen er handvaten geboden worden aan zorginstellingen en zorgcoöperaties voor de inrichting van een dergelijke samenwerking. Deze inzichten kunnen ook in andere sectoren gebruikt worden waarin professionals veel samenwerken met vrijwilligers, zoals in de sport.

Met deze studie is er meer inzicht gebracht in een samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers, zodat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst gewaarborgd kan blijven.

Literatuurlijst

- Aa, A. van der, & Konijn, T. (2001). *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- ActiZ (2010). *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven. Een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg*. Bunnik: Libertas.
- ActiZ (2012, september). *Deltaplan ouderenzorg*. Bunnik: Libertas.
- ActiZ (2014a). *Over ActiZ*. Geraadpleegd via <http://www.actiz.nl/website/actiz/visie-missie> (12 februari 2015).
- ActiZ (2014b). *Werknemers met ondernemerszin: Een sprankelende combinatie*. Geraadpleegd via ActiZ leden-net (27 mei 2015).
- AD (2014, 4 november). *Radeloze Joop (81): soms loopt urine langs haar enkels*. Geraadpleegd via <http://www.ad.nl/ad/nl/4560/Gezond/article/detail/3782330/2014/11/04/Radeloze-Joop-81-Soms-loopt-urine-langs-haar-enkels.dhtml> (5 maart 2015).
- Aedes-Actiz (2014). *Lokale Kracht*. Geraadpleegd via <http://www.kcwz.nl/lokale-kracht> (12 februari 2015).
- Allegro, J. (2013). Stadsdorp-Zuid: Er is geen blauwdruk. *Lokale Kracht*, september 2013, 11-13.
- Ankeren, M. van, Tonkens, E., & Verhoeven, I. (2010). *Bewonersinitiatieven in de krachtwijken van Amsterdam. Een verkennende studie*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam en Hogeschool van Amsterdam.
- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., & Kalleberg, A. (2000). *Manufacturing advantage: Why high-performance work systems pay off*. Ithaca: Cornell University Press.
- Baretta, A. (2008). The functioning of co-opetition in the health-care sector: An explorative analysis. *Scandinavian Journal of Management*, 24(3), 209-220.
- Beest, R. van (2014). *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014. Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken*. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en Institutions for Collective Action.
- Boeije (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boer, N. de & Lans, J. van der (2013). *Burgerkracht in de wijk*. Den Haag: Platform 31.
- Bokhorst, M. (2015). *Conceptartikel. Zorgcoöperaties als werkpaard of paradepaard van de participatiesamenleving?*
- Boselie, P., & Paauwe, J. (2004). Human resource management en prestatieverbetering: Een overzicht van 10 jaar onderzoek. *Tijdschrift voor HRM*, 7(2), 9-30.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2011). *Strategy and human resource management*. Hampshire: Palgrave.
- Boyne, G. (2002). Concepts and indicators of local authority performance: An evaluation of the statutory frameworks in England and Wales. *Public Money and Management*, 22(2), 17-24.
- Brandenburger, A., & Nalebuff, B. (2011). *Co-opetition*. New York: Crown Business.

- Bryson, J., Crosby, B., & Stone, M. (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66(s1), 44-55.
- Buurtzorg (2015). *Organisatie*. Geraadpleegd via <http://www.buurtzorgnederland.com/organisatie/> (5 maart 2015).
- CBS (2014). *Bevolkingsontwikkeling voor provincies: Regio per maand*. Geraadpleegd via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37230NED&D1=0&D2=15&D3=165-167,169-171&VW=T> (20 mei 2015).
- CBS (2015). *Bevolkingsontwikkeling voor gemeenten: Regio per maand*. Geraadpleegd via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37230NED&D1=0&D2=161,334,432&D3=169&HDR=G2&STB=G1,T&VW=T> (20 mei 2015).
- Claessen, S., Keijl, J., Kraaijenhagen, M., & Dijkers, J. (2013). *Durven werkgever en werknemer amfibisch te werken?* Geraadpleegd via http://benfruytier.nl/CmsData/Publicaties%202011-2013/Artikel_Amfisch_Werken_%20project_Ondernemend_Werknemerschap.pdf (26 mei 2015).
- Crosby, B., & Bryson, J. (2005). A leadership framework for cross-sector collaboration. *Public Management Review*, 7(2), 177-201.
- Crosby, B., & Bryson, J. (2010). Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations. *The Leadership Quarterly*, 21(2), 211-230.
- D'Amour, D., Ferralda-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131.
- Dictus, D. (2013). Wie zegt wat over wie? *Lokale Kracht*, september 2013, 30-31.
- Dienstencoöperatie Zorg voor Elkaar (2015). *Nieuwsbrief 12: We gaan voor meer duidelijkheid in de zorg*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvoorelkaar-oisterwijk.nl/wp-content/uploads/2015/03/150310-Nieuwsbrief-12.pdf> (21 mei 2015).
- Fournier, V. (2002). Boundary work and the (un)making of the professions. In N. Malin (Eds.), *Professionalism, boundaries and the workplace* (pp. 67-87). Londen: Routledge.
- Freese, C., & Staal, M. (2015). *Werknemer kan eigen baas zijn*. Geraadpleegd via <http://www.socialeinnovatieindeouderenzorg.nl/CmsData/Werknemer%20kan%20eigen%20baas%20zijn.pdf> (26 juni 2015).
- Gnyawali, D., He, J., & Madhavan, R. (2006). Impact of co-opetition on firm competitive behavior: An empirical examination. *Journal of Management*, 32(4), 507-530.
- Gründemann, R., Fruytier, B., & Veltink, P. (2015). *Ondernemend werknemerschap in de ouderenzorg*. Geraadpleegd via <http://www.onderzoek.hu.nl/Projecten/Ondernemend-werknemerschap-in-de-ouderenzorg.aspx> (27 mei 2015).
- Harkes, D. (2013). Ruimte voor Lokale Kracht. *Lokale Kracht*, september 2013, 5.
- Isett, K., Mergel, I., LeRoux, K., Mischen, P., & Rethemeyer, R. (2011). Networks in public administration scholarship: Understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(1), i157-i173.

- Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), 76-99.
- Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (2013). *De affectieve burger: hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*. Amsterdam: Van Genneep Uitgeverij.
- Knies, E., Leisink, P., & Kraus-Hoogeveen, S. (2013). People management and service performance in elderly homes. In *Academy of Management Proceedings* (vol. 2013, no. 1, p. 13411). *Academy of Management*.
- Koffijberg, J. (2007). Spelen met hiërarchie: Veranderkunst in een netwerkcontext. *Bestuurskunde*, 2007(3), 83-92.
- Korsten, A. (2010). *Samenwerken in ketens en ketenmanagement. Organisatiekanteling en samenwerking ten behoeve van betere overheidsdienstverlening*.
- Larsen, H., & Brewster, C. (2003). Line management responsibility for HRM: What is happening in Europe? *Employee Relations*, 25(3), 228-244.
- Liebrechts, W., Preenen, P., & Dhondt, S. (2015). Niet iedere werknemer is een intrapreneur. *Ondernemerschap & Innovatie*, 100(4706).
- Meeuws, A. (2012). *Notitie over vernieuwende zorg in Laarbeek*. Geraadpleegd via <http://www.cooperatietotuwdienst.nl/bronnen/2012%2005%2022%20Tot%20Uw%20Dienst%20in%20Laarbeek.pdf> (21 mei 2015).
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (Ministerie van BZK) (2010). *Help een burgerinitiatief!* Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (Ministerie van BZK) (2013, 9 februari). *Kamerbrief aanpak decentralisaties op terrein van ondersteuning, participatie en jeugd*. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/02/19/kamerbrief-aanpak-decentralisaties-op-terrein-van-ondersteuning-participatie-en-jeugd.html> (10 februari 2015).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) (2015a). *Nederland verandert, de zorg verandert mee*. Geraadpleegd via <http://www.dezorgverandertmee.nl> (10 februari 2015).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) (2015b, 10 februari). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) (2015c). *Wet Toelating Zorginstellingen*. Geraadpleegd via <http://www.wtzi.nl/veelgestelde vragen/algemeen/> (27 mei 2015).
- Modell, S. (2004). Performance measurement myths in the public sector: A research note. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 39-55.
- Moor, T. de (2013). *Homo cooperans. Institutions for collective action and the compassionate society*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Geesteswetenschappen.
- Moor, T. de (2014). Cooperating for the future: inspiration from the European past to develop public-collective partnerships and transgenerational cooperatives. In S. Bailey, G. Farrell & U. Mattei (Eds.), *Saving future generations through commons* (pp. 81-104). Straatsburg: Council of Europe Publishing.

- Movisie (2014a, 29 september). *De veranderende verhouding tussen de overheid en burgers*. Geraadpleegd via <https://www.movisie.nl/artikel/veranderende-verhouding-tussen-overheid-burgers> (14 februari 2015).
- Movisie (2014b, 24 december). *Succesvolle burgerinitiatieven in wonen, welzijn en zorg*. Geraadpleegd via <https://www.movisie.nl/artikel/succesvolle-burgerinitiatieven-wonen-welzijn-zorg> (9 februari 2015).
- NOS (2015, 6 februari). *NOS Journaal 18.00 uur*. Geraadpleegd via http://www.npo.nl/nos-journaal/06-02-2015/POW_00941600 (12 februari 2015).
- Nouws, H. (2011). *Een spannend huwelijk. De verbintenis van gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders met particuliere initiatieven kleinschalig wonen*. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Opstal, W. van (2011). *Coöperaties in zorg. Een verkenning van vraagstukken en goede praktijken in binnen- en buitenland*. Leuven: CESOC-KHLeuven & CoopConsult.
- Pauwe, J. (2004). *HRM and performance. Achieving long term viability*. Oxford: Oxford University Press.
- People Management Center, (PMC) (2014, 1 december). *PMC Roundtable "Ondernemend werknemerschap"*. Geraadpleegd via https://www.tilburguniversity.edu/upload/8ef4e491-cc32-44e2-9ef6-29d6eb1ff52d_Verslag%20PMC%20roundtable%201%20dec%202014%20ondernemend%20werknemerschap.pdf (27 mei 2015).
- Poorthuis, A., Aa, A. van der, Rheenen, T. van, Konijn, T., & Jager, W. de (2006). *Ketens en netwerken: Een zoektocht naar samenhang*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Propper, C., & Wilson, D. (2003). The use and usefulness of performance measures in the public sector. *Oxford Review of Economic Policy*, 19(2), 250-267.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) (2008). *Verkenning participatie. Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in participatie. Werkdocument 16*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Rainey, H. (2009). *Understandig and managing public organizations, fourth edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rondinelli, D., & London, T. (2003). How corporations and environmental groups cooperate: Assessing cross-sector alliances and collaborations. *The Academy of Management Executive*, 17(1), 61-76.
- Rose, J. (2011). Dilemmas of interprofessional collaboration: Can they be resolved? *Children & Society*, 25(2), 151-163.
- Selsky, J., & Parker, B. (2005). Cross-sector partnerships to address social issues: Challenges to theory and practice. *Journal of Management*, 31(6), 849-873.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data. 4th Edition*. Londen: SAGE.
- Song, D. (2003). Port co-opetition in concept and practice. *Maritime Policy & Management*, 30(1), 29-44.
- Stichting Omzien (2014, oktober). *Bewoners en de organisatie van zorg*. Geraadpleegd via <http://omziennaarelkaar.nl/wp-content/uploads/2014/09/Bewoners-en-de-organisatie-van-zorg-lange-versie.pdf> (5 maart, 2015).
- Stuurgroep Verantwoorde Zorg (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. Den Haag.

- Thiel, S. van & Leeuw, F. (2002). The performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267-281.
- Thiel, S. van (2009). Prestatiemeting in de publieke sector. *Overheidsmanagement*, 1, 20-23.
- Timmermans, J. (2003). *Mantelzorg: Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tonkens, E., Broeke, J., van den, Hoijsink, M. (2009). *Op zoek naar weerkaatst plezier: Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: University Press.
- TransitieBureau Wmo (2014) *Informatiekaart zorgcoöperaties*.
- TransitieBureau Wmo (2015, 20 januari). *Wmo in het kort*. Geraadpleegd via <http://www.invoeringwmo.nl/wmo/wmo-het-kort> (10 februari 2015).
- Velde, M. van der, Jansen, P., & Dijkers, J. (2013). *Toegepast onderzoek: opzetten, uitvoeren en rapporteren*. Hilversum: Concept Uitgeefgroep.
- Vigoda, E. (2002). From responsiveness to collaboration: Governance, citizens, and the next generation of public administration. *Public Administration Review*, 62(5), 527-540.
- Vilans (2015). *Burgerinitiatieven in zorg en welzijn*. Geraadpleegd via https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zynZppsJw9nc.kuw_ZfGDICz0 (14 februari 2015).
- Vrielink, M., & Verhoeven, I. (2011). Burgerinitiatieven en de bescheiden overheid. *Beleid en Maatschappij*, 38(4), 377-387.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) (2012). *Vertrouwen in burgers*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) (2014). *Op maat voor later. Maatschappelijke initiatieven op de snijvlakken van wonen, zorg en pensioenen*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wilensky, H. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Wright, P., Dunford, B., & Snell, S. (2001). Human resources and the resource based view of the firm. *Journal of Management*, 27(6), 701-721.
- Zineldin, M. (2004). Co-opetition: The organisation of the future. *Marketing Intelligence & Planning*, 22(7), 780-790.
- Zorgcoöperatie Hoogeloon (2015a). *Diensten*. Geraadpleegd via <http://zorgcooperatie.nl/index.php?p=diensten> (21 mei 2015).
- Zorgcoöperatie Hoogeloon (2015b). *Doel*. Geraadpleegd via <http://www.zorgcooperatie.nl/?p=doel> (14 februari 2015).
- Zorgcoöperatie Wijzelf Oisterwijk (2014). *Wijzelf Oisterwijk online!* Geraadpleegd via <https://oisterwijk.wijzelf.nl/nieuws/detail/wijzelf-oisterwijk-online> (21 mei 2015).

Zorgvisie (2015, 11 februari). *Zorgplan Van Rijn vereist lef van bestuurder*. Geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/2/Zorgplan-Van-Rijn-vereist-lef-van-bestuurder-1703607W/> (12 februari 2015).

Zorgwijzer (2014, 28 oktober). *Overgangsregeling van AWBZ naar Wmo en Wlz in 2015*. Geraadpleegd via <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/overgangsregeling-awbz> (1 juni 2015).

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), 1-29.

Zwart-Olde, I., Jacobs, M., Broese van Groenou, M., Wieringen, M. van (2013). *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Bijlagen

Bijlage I	Topiclijst zorgcoöperaties	Pagina 70
Bijlage II	Topiclijst zorginstellingen – zorgprofessional	Pagina 73
Bijlage III	Topiclijst zorginstellingen – bestuurder/manager	Pagina 76
Bijlage IV	Topiclijst koepel voor zorgcoöperaties	Pagina 79
Bijlage V	Codeboom	Pagina 82
Bijlage VI	Paper publieke dimensie	Pagina 83

Bijlage I: Topiclijst zorgcoöperaties

Topiclijst – zorgcoöperaties

De samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Deel I: opening/inleiding

- *Jezelf voorstellen (opleiding Bachelor, opleiding Master, stage)*
 - *Toestemming vragen om het gesprek op te nemen en rechten van respondent uitleggen*
 - *Anonimiteit uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het onderzoek uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het interview uitleggen*
 - *Vertellen hoe lang het interview ongeveer zal duren*
 - *Vragen of er vooraf al vragen zijn en of alles duidelijk is*
-
- Hallo, ik ben student aan de Universiteit Utrecht. Ik heb de Bachelor gevolgd aan de Universiteit Utrecht en nu volg ik de Master aan de Universiteit Utrecht. Ik ben begonnen aan mijn afstudeeronderzoek en daarvoor voer ik een onderzoek uit bij ActiZ en het Kenniscentrum Wonen en Zorg.
 - Zou ik dit interview op mogen nemen? U kunt ten alle tijden het interview stoppen als u dat wilt en de opname zal alleen door ons beluisterd worden. Daarnaast zullen wij de informatie die besproken wordt volledig anoniem behandelen. Er zal niet op individueel niveau gerapporteerd worden, zodat niemand kan achterhalen wie welke informatie aan heeft geleverd.
 - Het onderzoek richt zich op het vormgeven van de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Dit onderzoek is bedoeld om in kaart te brengen waarbij men rekening moet houden met het vormgeven van deze samenwerking aan de hand van succes- en faalfactoren.
 - Dit interview is dan ook bedoeld om hier een verder inzicht in te krijgen vanuit de kant van de zorgcoöperatie, namelijk vanuit de (bestuurs)leden/vrijwilligers.
 - Het interview zal ongeveer een tot anderhalf uur duren, maar afhankelijk van wat er besproken wordt kan dit ook langer of korter zijn.
 - Is dit duidelijk of heeft u hier vragen over? Heeft u verder nog vragen vooraf?

Deel II: topic 1 – persoonlijke introductie van de respondent

- *Persoonlijke informatie: wie is het, welke functie, hoe lang al werkzaam in de huidige organisatie, wat is het eventuele relevante werkverleden van de persoon, waarom de zorgcoöperatie opgericht/waarom daar gaan werken etc.?*
-
- Kunt u wat over uzelf vertellen?
 - Wat is uw functie?
 - Hoe lang werkt u al binnen de huidige organisatie?
 - Waarom bent u werkzaam bij de zorgcoöperatie/waarom heeft u deze opgericht?

Deel III: topic 2 – samenwerking

- Op welke punten vindt er samenwerking plaats?
- Wat is de aanleiding voor de samenwerking? Waren er knelpunten?
- Is de samenwerking door de jaren heen veranderd? Is de samenwerking uitgebreid of ingeperkt? Zo ja, waarom en waarin?
- Vanuit wie kwam het initiatief voor samenwerking?
- Waarom is er gekozen om met [naam zorginstelling] samen te werken?
- Wat zijn de ervaren sterke en zwakke punten in de toegevoegde waarde die de zorginstelling biedt of kan bieden en die wel/niet aansluiten bij de grondslagen, drijfveren, specifieke ontstaansgeschiedenis van de zorgcoöperatie?

- Is de cliënt van de zorgcoöperatie ook een cliënt van de zorginstelling?
- Wordt bij de zorgcoöperatie aan cliënten zorg- en dienstverlening geboden en zo ja hoe wordt die georganiseerd en contractueel vormgegeven (bijvoorbeeld: medewerkers in dienst vanuit de zorginstelling, eigen personeel van de coöperatie, ZZP-ers via PGB, vrijwilligers)? Op grond waarvan is er voor de een of andere vorm of een mix daarvan gekozen?

Deel IV: topic 3 – primaire proces

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- Welk type zorg wordt er door de zorgcoöperatie verleend/aangeboden? Waarom juist deze?
- Wat verstaat u onder goede zorgverlening?
- Ervaart u hierbij in de samenwerking verschil tussen hoe de zorgcoöperatie en de zorginstelling over 'goede zorg' denken? Zo ja, waar zitten de verschillen en heeft u een idee hoe dat komt?
- Is er een open dialoog tussen de zorgcoöperatie en de zorginstelling over wat onder goede zorg- en dienstverlening wordt verstaan?
- Zijn er naast zorgverlening ook andere diensten/expertises die de zorgcoöperatie van de zorginstelling afneemt of af zou willen nemen en zo ja welke (bijvoorbeeld op gebied van HR, financiën, kwaliteit)?
- Hoe is de omgang met de cliënt?
 - autonomie
 - eigen verantwoordelijkheid
 - respect
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de professionals en de vrijwilligers wat betreft zorgverlening?
- Wat zijn de belangrijkste competenties die de zorgcoöperatie verwacht van zorgverleners die vanuit een zorginstelling worden ingezet? In welke mate wordt daaraan voldaan, en zijn daarin ook nog verschillen tussen de een of de andere cliënt bij de zorgcoöperatie? Kunt u benoemen waar deze competenties wezenlijk verschillen van competenties die nodig zijn in zorg- en dienstverlening van de zorginstelling in andere settings (zoals een bestaand verpleeghuis of bij individuele cliënten thuis)?

Deel V: topic 4 – organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie?
- Zijn er afspraken gemaakt over de samenwerking? Zo ja, welke afspraken zijn er gemaakt en hoe zijn deze vastgelegd?
 - verantwoordelijkheden
 - doelstellingen
 - visie
- Welke arbeidsvoorwaarden e.d. worden toegepast bij de verschillende vormen waarin de zorg- en dienstverlening is 'gecontracteerd'?
- Worden deze afspraken ook nageleefd?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat?
- Bij wie ligt de regierol?

Deel VI: topic 5 – omgeving van de organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- In hoeverre beïnvloeden wet- en regelgeving de samenwerking? Betreft het voornamelijk regels vanuit de organisatie of vanuit de overheid? Zitten daar succes- en faalfactoren?
 - cao
 - kwaliteitseisen
 - inspecties
 - fiscus
- Als u op deze onderdelen knelpunten ervaart kunt u dan aangeven welke dat zijn en waarom dat een knelpunt is? Wat zijn suggesties voor oplossingen?
- Hoe vindt de financiering van de zorg op dit moment plaats? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- Hoe ziet u de rol van gemeenten en andere organisaties, zoals verzekeraars, bij de samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?

Deel VII: afsluiting

- *Vragen naar het missen van onderwerpen*
- *Vragen naar aanvullingen*
- Heeft u wellicht nog onderwerpen gemist waar u nog graag iets over wilt vertellen/iets over kwijt wilt?
- Heeft u nog aanvullingen op besproken zaken?

Deel VIII: opmerkingen, tips, vervolg

- *Vragen naar opmerkingen*
- *Vragen naar tips*
- *Respondent bedanken voor het interview*
- *Respondent vragen naar interesse in uitkomsten onderzoek*
- Heeft u wellicht nog opmerkingen over het interview of over het onderzoek?
- Heeft u wellicht nog tips voor interviews in het vervolg of tips voor het onderzoek?
- Heeft u wellicht interesse in een overzicht van de uitkomsten van het onderzoek? Zo ja, hoe zal ik dit naar u opsturen/waar zal ik het naartoe sturen?
- Ten slotte wil ik u hartelijk bedanken voor dit interview en de tijd die u beschikbaar heeft gesteld.

Bijlage II: Topiclijst zorginstellingen – zorgprofessional

Topiclijst – zorginstellingen: zorgprofessionals

De samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Deel I: opening/inleiding

- *Jezelf voorstellen (opleiding Bachelor, opleiding Master, stage)*
 - *Toestemming vragen om het gesprek op te nemen en rechten van respondent uitleggen*
 - *Anonimiteit uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het onderzoek uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het interview uitleggen*
 - *Vertellen hoe lang het interview ongeveer zal duren*
 - *Vragen of er vooraf al vragen zijn en of alles duidelijk is*
-
- Hallo, ik ben student aan de Universiteit Utrecht. Ik heb de Bachelor gevolgd aan de Universiteit Utrecht en nu volg ik de Master aan de Universiteit Utrecht. Ik ben begonnen aan mijn afstudeeronderzoek en daarvoor voer ik een onderzoek uit bij ActiZ en het Kenniscentrum Wonen-Zorg.
 - Zou ik dit interview op mogen nemen? U kunt ten alle tijden het interview stoppen als u dat wilt en de opname zal alleen door ons beluisterd worden. Daarnaast zullen wij de informatie die besproken wordt volledig anoniem behandelen. Er zal niet op individueel niveau gerapporteerd worden, zodat niemand kan achterhalen wie welke informatie heeft aangeleverd.
 - Het onderzoek richt zich op het vormgeven van de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Dit onderzoek is bedoeld om in kaart te brengen waarbij men rekening moet houden met het vormgeven van deze samenwerking aan de hand van succes- en faalfactoren.
 - Dit interview is dan ook bedoeld om hier een verder inzicht in te krijgen vanuit de kant van de zorginstelling, namelijk vanuit de zorgprofessionals.
 - Het interview zal ongeveer een tot anderhalf uur duren, maar afhankelijk van wat er besproken wordt kan dit ook langer of korter zijn.
 - Is dit duidelijk of heeft u hier vragen over? Heeft u verder nog vragen vooraf?

Deel II: topic 1 – persoonlijke introductie van de respondent

- *Persoonlijke informatie: wie is het, welke functie, hoe lang al werkzaam in de huidige organisatie, wat is het eventuele relevante werkverleden van de persoon, waarom de zorgcoöperatie opgericht/waarom daar gaan werken etc.?*
-
- Kunt u wat over uzelf vertellen?
 - Wat is uw functie?
 - Hoe lang werkt u al binnen de huidige organisatie?
 - Op welke wijze bent u betrokken bij de zorgcoöperatie?
 - als zorgverlener? Zo ja, werkt u vanuit de zorginstelling zowel bij een zorgcoöperatie alsook in andere zorgsituaties, zoals bij individuele zelfstandig wonende cliënten thuis?
 - als faciliteerder?
 - als bestuurlijk/management verantwoordelijke?

Deel III: topic 2 – samenwerking

- Op welke punten vindt er samenwerking plaats?
- Is de samenwerking door de jaren heen veranderd? Is de samenwerking uitgebreid of ingeperkt? Zo ja, waarom en waarin?
- Vanuit wie kwam het initiatief voor samenwerking?
- Waarom werkt u samen met [naam zorgcoöperatie]?
- Is de cliënt van de zorgcoöperatie ook een cliënt van de zorginstelling?

Deel IV: topic 3 – primaire proces

- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking vanuit de zorgcoöperatie? En kansen?
- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking vanuit de zorginstelling? En kansen?
- Welk type zorg verleent u voor de zorgcoöperatie? Waarom juist deze?
- Wat verstaat u onder goede zorgverlening?
 - autonomie
 - eigen verantwoordelijkheid
 - respect
 - ziet u daarbij verschil tussen wensen van cliënten bij een zorgcoöperatie en andere cliënten?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen u als professional en de vrijwilligers vanuit de zorgcoöperatie (mantelzorgers etc.) wat betreft zorgverlening?
- Hoe groot is de mate van autonomie van u als zorgprofessional? Beslist uzelf in overleg met de zorgcoöperatie en/of cliënten van de zorgcoöperatie hoe u het beste de zorg kan verlenen? Is dit anders dan bij zorgsituaties buiten de zorgcoöperatie? Zo ja, waarom? Moet u toestemming vragen voor afwijking? Aan wie vraagt u toestemming als u iets wil doen? Is er een protocol binnen de zorginstelling? Moet u zaken terug rapporteren? Zo ja, aan wie?
- Hoe groot is de mate van autonomie van de patiënt (of naaste familie)?
 - wie verleent de zorg?
 - welke zorg?
 - hoe?

Deel V: topic 4 – organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking? En kansen?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie?
- Zijn er afspraken gemaakt over de samenwerking? Zo ja, welke afspraken zijn er gemaakt? Hoe zijn deze afspraken vastgelegd?
 - verantwoordelijkheden
 - doelstellingen
 - visie
- Worden deze afspraken ook nageleefd? Wat doet u als er meningsverschillen zijn: hoe pakt u/uw organisatie dat aan? Vraag ook naar *voorbeelden*.
- Welke plek binnen de organisatie heeft de samenwerking tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie? Is er een eigen afdeling voor opgericht of niet? Waarom is er hiervoor gekozen?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat?
- Hoe ervaart u de ondersteuning vanuit de organisatie/leidinggevende?
 - scholing/training
 - intervisie
 - coaching, inroepen van expertise indien nodig (voorbeelden?)
 - handelingsruimte met gepaste verantwoording; kunt u dat in concrete voorbeelden aangeven?
- Heeft u het idee dat u over voldoende competenties beschikt om de zorg te verlenen bij de zorginstelling en zorgcoöperatie? Wat zijn naar uw ervaring de belangrijkste competenties van de zorgmedewer-

ker om zorg te verlenen die aansluit bij de visie en wensen vanuit zorgcoöperaties? En ziet u daarbij verschillen met andere zorgsituaties buiten zorgcoöperaties? Zo ja welke, en waarom is dat zo?

- Heeft u twee leidinggevend: één bij zorginstelling en één bij zorgcoöperatie? Zo ja, hoe ervaart u dat en zijn daar afspraken over gemaakt?

Deel VI: topic 5 – omgeving van de organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking? En kansen?
- Welke rol spelen inspecties op dit moment in de samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- Hoe ziet u de rol van gemeenten bij samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- In hoeverre beïnvloeden wet- en regelgeving de samenwerking? Betreft het voornamelijk regels vanuit de organisatie of vanuit de overheid?
 - cao
 - kwaliteitseisen
 - inspecties
- Hoe ziet de financiering van zorg er op dit moment uit? Zitten daar succes- en faalfactoren?

Deel VII: afsluiting

- *Vragen naar het missen van onderwerpen*
- *Vragen naar aanvullingen*

- Heeft u wellicht nog onderwerpen gemist waar u nog graag iets over wilt vertellen/iets over kwijt wilt?
- Heeft u nog aanvullingen op besproken zaken?

Deel VIII: opmerkingen, tips, vervolg

- *Vragen naar opmerkingen*
- *Vragen naar tips*
- *Respondent bedanken voor het interview*
- *Respondent vragen naar interesse in uitkomsten onderzoek*

- Heeft u wellicht nog opmerkingen over het interview of over het onderzoek?
- Heeft u wellicht nog tips voor interviews in het vervolg of tips voor het onderzoek?
- Heeft u wellicht interesse in een overzicht van de uitkomsten van het onderzoek? Zo ja, hoe zal ik dit naar u opsturen/waar zal ik het naartoe sturen?
- Ten slotte wil ik u hartelijk bedanken voor dit interview en de tijd die u beschikbaar heeft gesteld.

Bijlage III: Topiclijst zorginstellingen – bestuurder/manager

Topiclijst – zorginstellingen: bestuurders/managers De samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Deel I: opening/inleiding

- *Jezelf voorstellen (opleiding Bachelor, opleiding Master, stage)*
 - *Toestemming vragen om het gesprek op te nemen en rechten van respondent uitleggen*
 - *Anonimiteit uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het onderzoek uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het interview uitleggen*
 - *Vertellen hoe lang het interview ongeveer zal duren*
 - *Vragen of er vooraf al vragen zijn en of alles duidelijk is*
-
- Hallo, ik ben student aan de Universiteit Utrecht. Ik heb de Bachelor gevolgd aan de Universiteit Utrecht en nu volg ik de Master aan de Universiteit Utrecht. Ik ben begonnen aan mijn afstudeeronderzoek en daarvoor voer ik een onderzoek uit bij ActiZ en het Kenniscentrum Wonen-Zorg.
 - Zou ik dit interview op mogen nemen? U kunt ten alle tijden het interview stoppen als u dat wilt en de opname zal alleen door ons beluisterd worden. Daarnaast zullen wij de informatie die besproken wordt volledig anoniem behandelen. Er zal niet op individueel niveau gerapporteerd worden, zodat niemand kan achterhalen wie welke informatie heeft aangeleverd.
 - Het onderzoek richt zich op het vormgeven van de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Dit onderzoek is bedoeld om in kaart te brengen waarbij men rekening moet houden met het vormgeven van deze samenwerking aan de hand van succes- en faalfactoren.
 - Dit interview is dan ook bedoeld om hier een verder inzicht in te krijgen vanuit de kant van de zorginstelling, namelijk vanuit de bestuurder/manager. Een belangrijk onderdeel daarbij is het vraagstuk onder welke voorwaarden op het gebied van personeel en organisatie zorginstellingen een aantrekkelijke partner voor zorgcoöperaties kunnen zijn.
 - Het interview zal ongeveer een tot anderhalf uur duren, maar afhankelijk van wat er besproken wordt kan dit ook langer of korter zijn.
 - Is dit duidelijk of heeft u hier vragen over? Heeft u verder nog vragen vooraf?

Deel II: topic 1 – persoonlijke introductie van de respondent

- *Persoonlijke informatie: wie is het, welke functie, hoe lang al werkzaam in de huidige organisatie, wat is het eventuele relevante werkverleden van de persoon, waarom de zorgcoöperatie opgericht/waarom daar gaan werken etc.?*
-
- Kunt u wat over uzelf vertellen?
 - Wat is uw functie?
 - Hoe lang werkt u al binnen de huidige organisatie?
 - Op welke wijze bent u betrokken bij de zorgcoöperatie?
 - als zorgverlener?
 - als faciliteerder?
 - als bestuurlijk/management verantwoordelijke?

Deel III: topic 2 – samenwerking

- Op welke punten vindt er samenwerking plaats?
- Welk type zorg verleent uw organisatie voor de zorgcoöperatie? Waarom juist deze?
- Is de samenwerking door de jaren heen veranderd? Is de samenwerking uitgebreid of ingeperkt? Zo ja, waarom en waarin?
- Vanuit wie kwam het initiatief voor samenwerking?

- Waarom werkt u samen met [naam zorgcoöperatie]?
- Wat ziet u als sterke en zwakke punten op het gebied van toegevoegde waarde die uw zorginstelling kan bieden, wel/niet aansluitend bij de visie, achtergronden, ontstaansgeschiedenis van zorgcoöperaties?
- Wat is uw visie op het ontstaan van zorgcoöperaties?
- Is de cliënt van de zorgcoöperatie ook een cliënt van de zorginstelling?

Deel IV: topic 3 – organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking? En kansen?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie?
- Zijn er afspraken gemaakt over de samenwerking? Zo ja, welke afspraken zijn er gemaakt? Hoe zijn deze afspraken vastgelegd?
 - verantwoordelijkheden
 - doelstellingen
 - visie
- Worden deze afspraken ook nageleefd? Wat doet u als er meningsverschillen zijn: hoe pakt u/uw organisatie dat aan? Kunt u voorbeelden geven?
- Welke plek binnen de organisatie heeft de samenwerking tussen de zorginstelling en de zorgcoöperatie? Is er een eigen afdeling voor opgericht of niet? Waarom is hiervoor gekozen?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat?
- Hoe worden de zorgprofessionals ondersteund vanuit de organisatie/leidinggevende?
 - scholing/training
 - intervisie
 - handelingsruimte met gepaste verantwoording, aansluitend bij de cultuur en wensen van zorgcoöperatie waarover afspraken op hoofdlijnen zijn gemaakt tussen zorgcoöperatie en zorginstelling
- Hoe ervaren zorgprofessionals de ondersteuning vanuit de organisatie/leidinggevende?
- Heeft u het idee dat uw zorgprofessionals over voldoende competenties beschikken om de zorg te verlenen bij uw zorginstelling/de zorgcoöperatie? Welke competenties zijn dat? En ziet u verschillen tussen vereiste competenties voor zorgverleners bij zorgcoöperaties ten opzichte van zorgverleners in andere settings, zoals bij individuele cliënten thuis, een bestaand verpleeghuis en dergelijke?
- Hebben uw zorgprofessionals te maken met twee leidinggevendens, één vanuit de zorginstelling en één vanuit de zorgcoöperatie? Zo ja, hoe ervaren zij dat en zijn daar afspraken over gemaakt?

Deel V: topic 4 – primaire proces

- Hoe verloopt de samenwerking tussen uw zorgprofessionals en de vrijwilligers van de zorgcoöperatie (mantelzorgers etc.) wat betreft zorgverlening?
- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking vanuit de zorgcoöperatie? En kansen?
- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking vanuit de zorginstelling? En kansen?
- Welk type zorg verleent uw organisatie voor de zorgcoöperatie? Waarom juist deze?
- Wat verstaat u/uw organisatie onder goede zorgverlening?
 - autonomie
 - eigen verantwoordelijkheid
 - respect
- Ervaart u hierbij in de samenwerking verschil tussen hoe de zorgcoöperatie en de zorginstelling over 'goede zorg' denken? Zo ja, waar zitten de verschillen en heeft u een idee hoe dat komt?
- Is er een open dialoog tussen de zorgcoöperatie en de zorginstelling over wat onder goede zorg- en dienstverlening wordt verstaan?

- Zijn er naast zorgverlening ook andere diensten/expertises die de zorgcoöperatie van de zorginstelling afneemt of af zou willen nemen en zo ja welke (bijvoorbeeld op gebied van HR, financiën, kwaliteit?)
- Zijn er bij de zorgcoöperatie naast uw medewerkers ook andere zorg- en dienstverleners aan het werk, zoals ZZP-ers, eigen personeel van de zorgcoöperatie en dergelijke? Zo ja, hoe verloopt de samenwerking daarmee?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen uw zorgprofessionals en de vrijwilligers van de zorgcoöperatie (mantelzorgers etc.) wat betreft zorgverlening?
- Hoe groot is de mate van autonomie van uw zorgprofessionals? Beslissen zij in overleg met de zorgcoöperatie/en of cliënten zelf hoe zij het beste de zorg kunnen verlenen? Is dit anders dan in zorgsituaties buiten zorgcoöperaties? Zo ja, hoe? Moeten zij toestemming vragen voor afwijking? Aan wie vragen zij toestemming als zij iets willen doen? Is er een protocol binnen de zorginstelling? Moeten zij zaken terug rapporteren? Zo ja, aan wie?
- Hoe groot is de mate van autonomie van de cliënt (of naaste familie)?
 - wie verleent de zorg?
 - welke zorg?
 - hoe?

Deel VI: topic 5 – omgeving van de organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren voor samenwerking? En kansen?
- Welke rol spelen inspecties op dit moment in de samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- Hoe ziet u de rol van gemeenten en anderen, zoals verzekeraars en Rijksoverheid, bij samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- In hoeverre beïnvloeden wet- en regelgeving de samenwerking/de door de zorgcoöperatie en u gewenste werkwijzen en voorwaarden? Betreft het voornamelijk regels vanuit de organisatie of vanuit de overheid? Zitten daar succes- en faalfactoren?
 - cao
 - kwaliteitseisen
 - inspecties
 - fiscus
- Als er op deze gebieden knelpunten zijn, kunt u dan ook het waarom daarvan benoemen? Wat zijn eventuele oplossingsmogelijkheden?
- Hoe ziet de financiering van zorg er op dit moment uit? Zitten daar succes- en faalfactoren?

Deel VII: afsluiting

- *Vragen naar het missen van onderwerpen*
- *Vragen naar aanvullingen*

- Heeft u wellicht nog onderwerpen gemist waar u nog graag iets over wilt vertellen/iets over kwijt wilt?
- Heeft u nog aanvullingen op besproken zaken?

Deel VIII: opmerkingen, tips, vervolg

- *Vragen naar opmerkingen*
- *Vragen naar tips*
- *Respondent bedanken voor het interview*
- *Respondent vragen naar interesse in uitkomsten onderzoek*

- Heeft u wellicht nog opmerkingen over het interview of over het onderzoek?
- Heeft u wellicht nog tips voor interviews in het vervolg of tips voor het onderzoek?
- Heeft u wellicht interesse in een overzicht van de uitkomsten van het onderzoek? Zo ja, hoe zal ik dit naar u opsturen/waar zal ik het naartoe sturen?
- Ten slotte wil ik u hartelijk bedanken voor dit interview en de tijd die u beschikbaar heeft gesteld.

Bijlage IV: Topiclijst koepel voor zorgcoöperaties

Topiclijst – koepel voor zorgcoöperaties

De samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen

Deel I: opening/inleiding

- *Jezelf voorstellen (opleiding Bachelor, opleiding Master, stage)*
 - *Toestemming vragen om het gesprek op te nemen en rechten van respondent uitleggen*
 - *Anonimiteit uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het onderzoek uitleggen*
 - *Kort en beknopt het doel van het interview uitleggen*
 - *Vertellen hoe lang het interview ongeveer zal duren*
 - *Vragen of er vooraf al vragen zijn en of alles duidelijk is*
-
- Hallo, ik ben student aan de Universiteit Utrecht. Ik heb de Bachelor gevolgd aan de Universiteit Utrecht en nu volg ik de Master aan de Universiteit Utrecht. Ik ben begonnen aan mijn afstudeeronderzoek en daarvoor voer ik een onderzoek uit bij ActiZ en het Kenniscentrum Wonen en Zorg.
 - Zou ik dit interview op mogen nemen? U kunt ten alle tijden het interview stoppen als u dat wilt en de opname zal alleen door ons beluisterd worden. Daarnaast zullen wij de informatie die besproken wordt volledig anoniem behandelen. Er zal niet op individueel niveau gerapporteerd worden, zodat niemand kan achterhalen wie welke informatie aan heeft geleverd.
 - Het onderzoek richt zich op het vormgeven van de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. Dit onderzoek is bedoeld om in kaart te brengen waarbij men rekening moet houden met het vormgeven van deze samenwerking aan de hand van succes- en faalfactoren.
 - Dit interview is dan ook bedoeld om hier een verder inzicht in te krijgen vanuit de kant van de koepel voor zorgcoöperaties.
 - Het interview zal ongeveer een tot anderhalf uur duren, maar afhankelijk van wat er besproken wordt kan dit ook langer of korter zijn.
 - Is dit duidelijk of heeft u hier vragen over? Heeft u verder nog vragen vooraf?

Deel II: topic 1 – persoonlijke introductie van de respondent

- *Persoonlijke informatie: wie is het, welke functie, hoe lang al werkzaam in de huidige organisatie, wat is het eventuele relevante werkverleden van de persoon, waarom de zorgcoöperatie opgericht/waarom daar gaan werken etc.?*
-
- Kunt u wat over uzelf vertellen?
 - Wat is uw functie?
 - Hoe lang werkt u al binnen de huidige organisatie?
 - Waarom bent u werkzaam bij de koepel voor zorgcoöperaties/waarom heeft u deze opgericht?

Deel III: topic 2 – de koepel voor zorgcoöperaties

- Hoe ziet de samenwerking binnen de koepel voor zorgcoöperaties eruit?
- Op welke punten vindt er samenwerking plaats?
- Wat is de aanleiding voor de samenwerking binnen de koepel? Waren er knelpunten?
- Is de samenwerking veranderd? Is de samenwerking uitgebreid of ingeperkt? Zo ja, waarom en waarin?
- Vanuit wie kwam het initiatief voor samenwerking binnen de koepel?

Deel IV: topic 3 – primaire proces

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- Wat verstaat u onder goede zorgverlening?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de professionals en de vrijwilligers wat betreft zorgverlening?

Deel V: topic 4 – organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de zorginstellingen en de zorgcoöperaties?
- Heeft u het idee dat zorgprofessionals over voldoende competenties beschikken om de zorg te verlenen bij zorgcoöperaties? Welke competenties zijn dat? En ziet u verschillen tussen vereiste competenties voor zorgverleners bij zorgcoöperaties ten opzichte van zorgverleners in andere settings, zoals bij individuele cliënten thuis, een bestaand verpleeghuis en dergelijke?
- Zijn er afspraken gemaakt tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen? Zo ja, welke afspraken zijn er gemaakt en hoe zijn deze vastgelegd?
 - verantwoordelijkheden
 - doelstellingen
 - visie
- Worden deze afspraken ook nageleefd?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat?
- Bij wie ligt de regierol?

Deel VI: topic 5 – omgeving van de organisatie

- Waar ziet u succes- en faalfactoren in de huidige samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen? Waar ziet u kansen voor de toekomst?
- In hoeverre beïnvloeden wet- en regelgeving de samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen? Betreft het voornamelijk regels vanuit de organisaties of vanuit de overheid? Zitten daar succes- en faalfactoren?
 - cao
 - kwaliteitseisen
 - inspecties
 - fiscus
- Als er op deze gebieden knelpunten zijn, kunt u dan ook het waarom daarvan benoemen? Wat zijn eventuele oplossingsmogelijkheden?
- Hoe vindt de financiering van de zorg op dit moment plaats? Zitten daar succes- en faalfactoren?
- Hoe ziet u de rol van gemeenten bij de samenwerking? Zitten daar succes- en faalfactoren?

Deel VII: afsluiting

- *Vragen naar het missen van onderwerpen*
- *Vragen naar aanvullingen*

- Heeft u wellicht nog onderwerpen gemist waar u nog graag iets over wilt vertellen/iets over kwijt wilt?
- Heeft u nog aanvullingen op besproken zaken?

Deel VIII: opmerkingen, tips, vervolg

- *Vragen naar opmerkingen*
 - *Vragen naar tips*
 - *Respondent bedanken voor het interview*
 - *Respondent vragen naar interesse in uitkomsten onderzoek*
-
- Heeft u wellicht nog opmerkingen over het interview of over het onderzoek?
 - Heeft u wellicht nog tips voor interviews in het vervolg of tips voor het onderzoek?
 - Heeft u wellicht interesse in een overzicht van de uitkomsten van het onderzoek? Zo ja, hoe zal ik dit naar u opsturen/waar zal ik het naartoe sturen?
 - Ten slotte wil ik u hartelijk bedanken voor dit interview en de tijd die u beschikbaar heeft gesteld.

Bijlage V: Codeboom

RESPONDENT

- o Achtergrond
- o Visie op ontstaan zorgcoöperaties

SAMENWERKING

- o Inrichting
- o Motieven
 - Financieel
 - Kennis
 - Legitimiteit
 - Macht versterken
 - Praktisch
 - Wederkerigheid
 - Zorginkoop
- o Situatieschets
 - Cliënt
 - Initiatief
 - Taken

ORGANISATIE

- o Afspraken
- o Communicatie
- o Vastlegging
- o Verantwoordelijkheid

PRIMAIRE PROCES

- o Autonomie
- o Competenties (A)
- o Ondersteuning (O)
- o Motivatie (M)
- o Professional vs. vrijwilliger
- o Visie op zorgverlening

OMGEVING

- o Cao
- o Financiën
- o Gemeente
- o Kwaliteitseisen
- o Rijksoverheid
- o Verbondenheid met partijen
- o Zorgkantoor



De publieke dimensie van ActiZ

Een reflectie op de publieke dimensie van ActiZ als organisatie, het HR-beleid van ActiZ en het centrale vraagstuk voor de master thesis.

Auteur	Nick ten Brinke 3742229
Instelling	Universiteit Utrecht Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap Master Strategisch Human Resource Management
Versie	1.0
Begeleider	Prof. dr. Peter Leisink
Scriptie organisatie	ActiZ
Datum	9 maart 2015

Inleiding

In de opleiding Bestuurs- en Organisationswetenschap staat het bestuderen van “*organisaties met een publieke functie en de wisselwerking met hun maatschappelijke en bestuurlijke omgeving*” centraal (Universiteit Utrecht, 2015a). In de master Strategisch Human Resource Management wordt de focus enerzijds gelegd op de interne afstemming van het HR-beleid van een organisatie op de organisatiedoelen en de overkoepelende strategie van de organisatie. Anderzijds wordt de focus gelegd op de afstemming van het HR-beleid op de externe context van de organisatie. In de master Strategisch Human Resource Management wordt HR-beleid namelijk opgevat als “*een domein waarin maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen binnen de organisatie verwerkt en geïntegreerd worden in het management*” (Universiteit Utrecht, 2015b).

Dit paper wordt dan ook geschreven om de publieke dimensie of het maatschappelijk belang van de organisatie en het HRM-vraagstuk, dat bestudeerd zal worden voor de master thesis, te onderzoeken (Rainey, 2003; Noordegraaf & Teeuw, 2003). Daarnaast zal voor het HR-beleid van de organisatie onderzocht worden in hoeverre er rekening gehouden wordt met ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ (Pauwe, 2004). Het onderzoek omtrent de thesis zal uitgevoerd worden bij ActiZ, de brancheorganisatie voor zorgondernemers.

Ten eerste zal er gekeken worden naar de publieke dimensie van ActiZ als organisatie, waarbij zowel de formele kenmerken (Rainey, 2003) als de publieke identiteit van de organisatie (Noordegraaf & Teeuw, 2003) worden bekeken. Ten tweede zal er gekeken worden naar het HR-beleid van ActiZ aan de hand van het contextuele HR model (Pauwe, 2004). Dit model zal gebruikt worden om te kijken naar de economische rationaliteit en de relationele rationaliteit van het HR-beleid en eventuele spanningen hiertussen. Ten derde zal er kritisch gekeken worden naar de publieke dimensie van ActiZ en het HR-beleid van ActiZ en zal er hierover een eigen oordeel worden gegeven.

De publieke dimensie van ActiZ

Veelal wordt er een strikt onderscheid gemaakt tussen publieke en private organisaties. Dit strikte onderscheid vervaagt echter steeds meer door twee ontwikkelingen. Enerzijds zijn publieke organisaties door de opkomst van New Public Management (NPM) steeds meer op private organisaties gaan lijken. Publieke organisaties gaan als gevolg van NPM namelijk steeds bedrijfsmatiger en klantgericht werken (Rainey, 2003; Noordegraaf & Teeuw, 2003). Anderzijds zijn private organisaties steeds meer op publieke organisaties gaan lijken door de opkomst van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO). Hierdoor richten private organisaties zich steeds meer op klantwaarde en duurzaamheid (Rainey, 2003). Daarnaast is dit strikte onderscheid tussen publieke en organisaties ook minder zwart-wit, wanneer men rekening houdt met de identiteit van de organisatie (Noordegraaf & Teeuw, 2003).

Voornamelijk de opkomst van NPM is ook binnen de Nederlandse zorgsector zichtbaar. In deze sector is de marktwerking namelijk steeds meer te zien, waardoor er meer aandacht wordt besteed aan prestaties, effectiviteit en efficiëntie. Zorginstellingen, als publieke organisaties, gaan dus meer bedrijfsmatig te werk, waardoor er bijvoorbeeld meer aandacht ontstaat voor de wachtlijsten in de zorg en de betaalbaarheid van de zorg in Nederland (Metronieus, 2015).

Wanneer er gekeken wordt naar de formele kenmerken van organisaties die door Rainey worden onderscheiden, zijn dat drie verschillende kenmerken. Deze kenmerken zijn eigendom, bron van inkomsten en de mate van zeggenschap van het management (Rainey, 2003).

Bij het kenmerken eigend vallen er enerzijds private organisaties en anderzijds publieke organisaties te onderscheiden (Rainey, 2003). ActiZ behoort als organisatie niet tot de overheid en is dan ook geen eigendom van de staat. In het bijzonder is ActiZ een vereniging (ActiZ, 2014). Dat maakt ActiZ een private organisatie wat betreft eigendom.

Wat betreft de bron van inkomsten gaat het over de vraag waar de organisatie zijn financiële middelen vandaan haalt. Krijgt de organisatie financiële middelen toegekend vanuit de overheid of worden er financiële middelen verkregen vanuit de markt (Rainey, 2003)? Voor ActiZ geldt dat er op beide manieren inkomsten worden verworven. Zo krijgt ActiZ een deel van haar middelen vanuit de overheid door middel van subsidies. Voor ActiZ geldt echter dat de organisatie voornamelijk bekostigd wordt via contributies van organisaties die lid zijn

van ActiZ. De contributie bestaat uit een percentage van de omzet van organisaties. De hoogte van dit percentage wordt jaarlijks opnieuw vastgesteld door de algemene ledenvergadering. Daarnaast verkrijgt ActiZ een deel van haar financiële middelen door het uitvoeren van de Benchmark verpleging, verzorging, kraam- en jeugdgezondheidszorg, waarvoor leden van ActiZ een bijdrage betalen (ActiZ, 2013b; ActiZ, 2015d). Wanneer er gelet wordt op de bronnen van financiële middelen van de leden van ActiZ, namelijk zorginstellingen, valt op dat ook zij op beide manieren inkomsten verwerven. Zo ontvangen zij enerzijds middelen vanuit de overheid via AWBZ-bijdragen en Wmo-bijdragen, maar ontvangen zij anderzijds ook middelen vanuit de markt door eigen bijdragen en persoonsgebonden budgetten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ondanks de bezuinigingen van de overheid nog steeds vrijwel alle middelen vanuit overheidsbijdragen worden verkregen (ActiZ, 2012). Wat betreft de bron van inkomsten valt ActiZ dus onder de private organisaties, omdat zij het merendeel van haar inkomsten via contributies van leden ontvangt. Deze leden ontvangen echter het merendeel van hun inkomsten vanuit de overheid.

Met het laatste kenmerk dat ingaat op de mate van zeggenschap van het management wordt bedoeld in hoeverre het management verantwoordelijk is voor het beleid dat de organisatie voert en in hoeverre er ruimte is voor het management om beleidskeuzes te maken (Rainey, 2003). Voor ActiZ geldt dat er binnen de zorgverlening veelal meegekeken wordt door inspecties. Zo kijken de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorg Autoriteit mee of de kwaliteit van zorgverlening voldoende is en blijft. Daarnaast kent Nederland ook het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Deze inspecties en het kader zorgen ervoor dat de ruimte voor het management om een eigen koers uit te zetten beperkt is, omdat er aan allerlei eisen voldaan moet worden. Ten slotte wordt er ook binnen de politiek in Nederland opletend gekeken naar de zorgsector en wordt er vaak gedebatteerd over de zorg in Nederland en hoe deze eruit moet zien (Rijksoverheid, 2015). Dit verkleint de ruimte voor het management van ActiZ om een eigen koers uit te zetten, waardoor zij onder de publieke organisaties valt.

Wanneer er vervolgens wordt gekeken naar de publieke identiteit van organisaties onderscheiden Noordegraaf en Teeuw vier kenmerken. Deze kenmerken zijn het idee van doelgerichtheid, het idee van oorzakelijkheid, het idee van tijd en het idee van orde (2003).

Ten eerste kan er wat betreft het kenmerk 'idee van doelgerichtheid' een ateleologische opvatting en een teleologische opvatting herkend worden. Bij een ateleologische opvatting kent de organisatie geen hoger doel. Er worden wel doelstellingen herkend, maar deze zijn gericht op de korte termijn en deze zijn daarom ook redelijk stabiel. Bij een teleologische opvatting van doelgerichtheid kent de organisatie daarentegen wel een hoger doel, die minder stabiel is (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Bij ActiZ kan een teleologische opvatting herkend worden. ActiZ kent namelijk een ANBI status (Algemeen Nut Beogende Instelling), waardoor er gesteld kan worden dat ActiZ een hoger doel nastreeft (ActiZ, 2015a). Dit hogere doel van ActiZ is het nastreven van goede gezondheid voor de hele samenleving door het leveren van goede zorg aan iedereen in de samenleving en het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen in de samenleving (ActiZ, 2015b). Hierdoor kan er gesteld worden dat de organisatie in dienst staat van de samenleving en zich richt op een hoger, minder stabiel doel. Wat betreft het 'idee van doelgerichtheid' valt ActiZ dus onder de publieke organisaties.

Ten tweede kan er op het gebied van 'idee van oorzakelijkheid' een atomistische opvatting en een holistische opvatting worden onderscheiden. Bij een atomistische opvatting is er sprake van een eenduidige relatie tussen oorzaak en gevolg en doelen en middelen. Er wordt dan ook alleen gekeken naar de directe effecten. Bij een holistische opvatting is er daarentegen sprake van een complexe werkelijkheid met onderlinge afhankelijkheden. Handelingen en besluiten beïnvloeden elkaar, waardoor er ook effecten van de tweede en derde orde te herkennen zijn (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Bij ActiZ kan er wat dit betreft een holistische opvatting worden herkend. ActiZ is namelijk van mening dat er wederzijdse afhankelijkheden te herkennen zijn en dat er sprake is van effecten van de tweede en derde orde. Zo is er sprake van een dubbele vergrijzing, wat inhoudt dat zowel het personeelsaanbod afneemt als dat de zorgvraag toeneemt. Zo daalt enerzijds het aantal geboortes waardoor er sprake is van ontgroening, neemt de instroom op de arbeidsmarkt af en neemt de uitstroom toe door pensionering en vergrijzing. Anderzijds vergrijst de bevolking, komen er meer ouderen als gevolg van de naoorlogse geboortegolf en wordt men ouder als gevolg van een langere levensverwachting door een toegenomen welvaart en een betere zorgverlening (Qraad, 2011). Voor ActiZ houdt dit in dat er enerzijds een minder grote pool van personeel is om personeel uit aan te trekken en dat er anderzijds meer zorg verleend moet worden door een toename van

het aantal cliënten, maar ook door een toename van de zorgbehoefte per cliënt. Deze holistische opvatting van ActiZ zorgt ervoor dat zij te scharen is onder de publieke organisaties.

Ten derde kan er op het gebied van ‘idee van tijd’ een statische opvatting en een dynamische opvatting herkend worden. Bij een statische opvatting spelen verleden en toekomst geen rol bij overwegingen en het nemen van besluiten. Men streeft naar maximale efficiëntie gezien de doelstellingen. Bij een dynamische opvatting spelen ook de belangen van toekomstige generaties een rol. Zo wordt er rekening gehouden met de toekomstige ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied en de discussies hierover (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Bij ActiZ kan er wat dit betreft een dynamische opvatting herkend worden. Er wordt namelijk gekeken naar de lange(re) termijn door ActiZ. Er wordt rekening gehouden met de gevolgen op het gebied van zorg voor toekomstige generaties. Zo wordt er zorg voor gedragen dat de zorg toegankelijk blijft voor toekomstige generaties, dat de zorg betaalbaar blijft in de toekomst en dat de kwaliteit van zorg daarnaast voor toekomstige generaties ook gegarandeerd wordt. Er wordt daarnaast ook gekeken naar de activiteiten en discussies die georganiseerd worden door onder andere zorginstelling en over de veranderingen die nodig zijn binnen de zorg om deze toekomstbestendig te houden (ActiZ, 2015b). Door dit kenmerk valt ActiZ te scharen onder de publieke organisaties.

Ten slotte kan er wat betreft het ‘idee van orde’ een verticale opvatting en een horizontale opvatting worden onderscheiden. Bij een verticale opvatting worden relaties opgevat in termen van superieur tegenover ondergeschikt, waarbij er sprake is van een bevelsrelatie tussen hen. Bij een horizontale opvatting worden relaties opgevat in termen van wederzijdse afhankelijkheden. Hierbij wordt gezag niet bepaald aan de hand van de hoogte van de positie, maar aan de hand van een voorsprong in informatie en in toegang tot hupbronnen. Organisaties met duidelijke taken onderscheiden vaak een verticale opvatting, omdat dit onduidelijkheden voorkomt. Extern gerichte organisaties moeten daarentegen vaak diplomatieker te werk gaan, omdat zij meerdere partijen tevreden moeten houden. Hiervoor wordt vaak een horizontale opvatting gehanteerd (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Bij ActiZ is deze horizontale opvatting zowel intern als extern te herkennen. Intern is er sprake van een open organisatie, waarbij er sprake is van onderlinge gelijkheid (ActiZ, 2015c). Extern worden relaties aangeduid in termen van wederzijdse afhankelijkheden. Zo zijn er binnen de zorg veel veranderingen gaande, zoals de opkomst van zorgcoöperaties en de invoering van nieuwe wetgeving, waar ActiZ mee te maken heeft (ActiZ, 2015c). Deze horizontale opvatting van ActiZ zorgt ervoor dat zij wederom te scharen is onder de publieke organisaties.

Wanneer de formele kenmerken van organisaties samengevoegd worden met de identiteitskenmerken van organisaties ontstaat er een matrix, waarin organisaties te plaatsen zijn. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat er geen sprake is van één vaststaande positie. Beide assen van de matrix moeten namelijk gezien worden als een continuüm, waarbij organisaties gezien de kenmerken in meer of mindere mate publiek of privaat zijn (Noordegraaf & Teeuw, 2003). In deze matrix valt ActiZ te plaatsen onder de maatschappelijke positie. ActiZ is immers qua formele kenmerken een private organisatie, die wel publieke kenmerken kent en qua identiteit kent ActiZ op alle punten een publieke identiteit.

Het HR-beleid van ActiZ

Elke organisatie heeft HR-beleid opgesteld en vrijwel elke organisatie heeft dit HR-beleid vastgelegd in een document. Dit vastgelegde HR-beleid is echter ‘intended’, wat wil zeggen dat dit het ideale beleid is en dat dit beleid nagestreefd wordt. Of het HR-beleid in de praktijk ook zo uitwerkt is echter nog de vraag, want dat is afhankelijk van de implementatie van het HR-beleid (Paauwe, 2004).

Ook bij het opstellen van HR-beleid moet er echter al rekening gehouden worden met de context van de organisatie. Paauwe onderscheidt namelijk twee dimensies in de omgeving van een organisatie die van invloed zijn op het vormgeven van het HR-beleid. In het ‘contextually based human resource theory model’ onderscheidt hij namelijk de ‘Product/Market/Technology dimensie’ (PMT dimensie) en de ‘Social/Cultural/Legal dimensie’ (SCL dimensie) en deze bepalen hoe het HR-beleid van een organisatie zich verhoudt tot de maatschappelijke omgeving (2004).

De PMT dimensie staat voor de bestuurlijke context en de economische rationaliteit. Bij deze dimensie staan dan ook zaken als effectiviteit en efficiëntie centraal. De SCL dimensie staat voor de maatschappelijke

context en de relationele rationaliteit. Bij deze dimensie staan culturele waarden in de maatschappij centraal (Paauwe, 2004).

De ‘dominant coalition’ die het HR-beleid vormgeeft wordt dus beïnvloed door de PMT dimensie en de SCL dimensie. Deze twee dimensies veroorzaken daarnaast onderling een spanning bij het vormgeven van HR-beleid (Paauwe, 2004).

Wanneer er gekeken wordt naar het HR-beleid van ActiZ vallen deze twee dimensies te herkennen. Zo is de PMT dimensie onder andere te herkennen in een van de vijf kerncompetenties die ActiZ onderscheidt. ActiZ onderscheidt namelijk de kerncompetentie ‘resultaatgerichtheid’. Daaronder verstaat ActiZ het zodanig ondernemen van acties en het zodanig nemen van beslissingen naar inhoud en proces dat beoogde resultaten daadwerkelijk worden gerealiseerd. Hiervoor is tevens een goede planning en het bewaken van de voortgang van belang. Daarnaast is de resultaatgerichtheid ook terug te vinden in de kerncompetenties ‘inzet’ en ‘verantwoordelijkheid nemen’. Zo moet men hoge eisen stellen aan zichzelf en de resultaten die worden gerealiseerd, moet de kwaliteit van die resultaten voortdurend verbeterd worden en moet men ook verantwoordelijkheid nemen voor deze resultaten en kwaliteit (ActiZ, 2013a).

De SCL dimensie is onder andere te herkennen in een van de kernwaarden die ActiZ onderscheidt. Bij de kernwaarde ‘stevig’ wordt namelijk gesteld dat het belangrijk is voor medewerkers om mee te bewegen met de politiek. De politiek is namelijk niet alleen van invloed op het algemene beleid van ActiZ, maar ook op het HR-beleid van ActiZ. Er moet namelijk ook rekening gehouden worden met huidige wet- en regelgeving op het gebied van personeelsbeleid (ActiZ, 2013a).

De belangrijkste waarden vanuit de SCL dimensie die het HR-beleid en de vorming ervan beïnvloeden zijn volgens Paauwe ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ (2004). Hierbij wordt onder ‘social legitimacy’ de sociale legitimiteit van de organisatie richting de samenleving verstaan. Onder ‘fairness’ wordt de eerlijkheid van de organisatie naar de medewerker verstaan, waarbij er aandacht is voor de balans tussen de organisatie en de medewerker (Paauwe, 2004).

De aandacht voor ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ is bij ActiZ ten eerste te herkennen in de ontwikkeling die ActiZ de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Zo is ActiZ meer en meer een extern gerichte organisatie geworden, wat erop duidt dat ActiZ inspeelt op veranderingen en wensen vanuit de samenleving en dus ‘social legitimacy’ nastreeft. Ten tweede blijkt de sensitiviteit voor de samenleving uit de wil van ActiZ om de binding met de leden te versterken door te luisteren, in dialoog te gaan met leden en co-creatie met leden te realiseren en op die manier ‘social legitimacy’ na te streven. Ten derde blijkt de aandacht voor ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ uit specifieke onderdelen van het HR-beleid, namelijk het levensfasebeleid, vitaliteitsbeleid en het diversiteitsbeleid (ActiZ, 2013a).

Dat deze eerste twee punten niet op zichzelf staan, blijkt uit het feit dat de competenties van medewerkers ook besproken worden tijdens de HR-gesprekkencyclus. Zo worden er afspraken gemaakt omtrent de resultaten die medewerkers moeten realiseren en welke HR-tools hierbij ingezet kunnen worden ter ondersteuning van de ontwikkeling van de medewerker. Deze afspraken worden vastgelegd en vervolgens wordt er tijdens een volgend gesprek, dat een half jaar later plaatsvindt, geëvalueerd of de medewerker zich in voldoende mate heeft ontwikkeld (ActiZ, 2013a).

Wat betreft het levensfasebeleid, vitaliteitsbeleid en diversiteitsbeleid blijft ‘de beoordeling’ echter verder achterwege. Wat betreft het levensfasebeleid kan er gesteld worden dat er tijdens de HR-gesprekkencyclus wordt besproken wat de mogelijkheden van de werknemer zijn met betrekking tot zijn loopbaanontwikkeling en wat de ambities zijn van de medewerker met betrekking tot zijn persoonlijke ontwikkeling (ActiZ, 2013a). Echter blijft de beoordeling op het gebied van vitaliteitsbeleid en diversiteitsbeleid achter. Wat betreft vitaliteitsbeleid zou er gesteld kunnen worden dat deze ter sprake komt wanneer de arbeidsomstandigheden, werkdruk en werk-privébalans worden besproken. Hier maakt de gezondheid van de werknemer en het verzuim van de medewerker echter maar een klein deel van uit en er wordt bijvoorbeeld geen persoonlijk plan opgesteld om het welzijn van een medewerker te verbeteren. Wat betreft het diversiteitsbeleid zou er gesteld kunnen worden dat deze naar voren komt uit de vlootshouw die eenmaal per jaar wordt uitgevoerd. Daaruit blijkt echter niet eenduidig dat er ook gelet wordt op verschillende diversiteitskenmerken van medewerkers (ActiZ, 2013a).

Het HR-vraagstuk dat bestudeerd zal worden in de master thesis is, gaat over een verbeterde samenwerking tussen zorgcoöperaties en zorginstellingen. De sociale legitimiteit in dit onderzoek kan herkend worden aan een viertal punten. Ten eerste wordt door een verbeterde samenwerking de kwaliteit van zorgverlening verbeterd door de cliënt centraal te stellen en op die manier beter aan te sluiten bij de individuele wensen van hen. Ten tweede wordt de zorg op deze manier toegankelijk gehouden, omdat kosten gereduceerd kunnen worden en bureaucratische regels en procedures voorkomen kunnen worden. Ten derde zorgt het centraal stellen van de cliënt ervoor dat deze zo lang mogelijk zijn eigen leven kan leiden, wat aansluit bij het participatie-idee van de overheid. Ten slotte vergroot een verbeterde samenwerking zowel de autonomie van de cliënt als de zorgprofessional. Dit zorgt voor twee tevreden partijen, waardoor de samenleving dit sociaal legitiem zal vinden. Tevens wordt er bij dit laatste punt rekening gehouden met de ‘fairness’. Professionals zullen de grotere mate van autonomie namelijk waarderen, waardoor er door organisaties beter rekening gehouden wordt met de wensen van medewerkers.

Op basis hiervan kan er geconcludeerd worden dat ActiZ op een aantal punten rekening houdt met de ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ van het HR-beleid. Daarentegen zijn er nog zaken te verbeteren door bijvoorbeeld afspraken in het HR-beleid terug te laten komen in de HR-gesprekkencyclus.

Eigen oordeel

Naar mijn mening houdt ActiZ wel degelijk rekening met de ‘social legitimacy’ en ‘fairness’ om te voldoen aan de wensen vanuit de samenleving en de wensen van de eigen medewerkers, maar speelt hierbij het organisatiebelang tevens een grote rol. Zo wordt de nadruk gelegd op het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening door het HR-beleid, maar wordt er tegelijkertijd wellicht een efficiëntieslag gemaakt en worden er zodoende kosten bespaard. Dit komt de organisatie uiteindelijk ten goede in de vorm van een grotere winstmarge.

De druk vanuit de samenleving zal daarnaast ook een rol spelen in de vormgeving van het HR-beleid van ActiZ. Zo kent de maatschappij allerlei verwachtingen richting organisaties als het gaat om legitimiteit. Er wordt bijvoorbeeld verwacht dat een organisatie goed omgaat met zijn medewerkers en hen voortdurend kansen biedt om zichzelf te blijven ontwikkelen. Voor organisaties is het van belang om te voldoen aan deze verwachtingen om zo een aantrekkelijke werkgever te blijven richting potentiële werknemers. Wanneer dit namelijk niet zo is, ervaart men mogelijk problemen met het aantrekken van nieuw personeel. Deze druk vanuit de maatschappij kan mogelijk verklaren waarom er wel gesproken wordt over levensfasebeleid, vitaliteitsbeleid en diversiteitsbeleid, maar waarom deze componenten van het HR-beleid niet of nauwelijks terugkomen in de beoordelingsgesprekken van medewerkers. Door namelijk aandacht te besteden aan de levensfasen, de vitaliteit en de diversiteit van medewerkers laat ActiZ naar de maatschappij een goede indruk achter. Intern hoeft het hiervoor echter niet tot in de puntjes uitgewerkt te zijn.

Ik ben dan ook van mening dat ActiZ wel op de goede weg is. Er wordt rekening gehouden met de ‘social legitimacy’ en de ‘fairness’, maar er kunnen vraagtekens geplaatst worden bij de motivatie om hier rekening mee te houden. Wanneer zaken, zoals vitaliteitsbeleid en diversiteitsbeleid, verder uitgewerkt worden in het HR-beleid zullen deze vraagtekens weggenomen kunnen worden. Nu worden er namelijk doelen gesteld, maar worden er weinig concrete acties ondernomen om de doelen te behalen. Er is voor deze zaken dan ook meer sprake van een mooi verhaal richting de samenleving, dan dat er daadwerkelijk gestreefd wordt naar een vitaal en divers personeelsbestand.

Literatuurlijst

- ActiZ (2012). *De verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg in kaart: feiten, financiering, kosten en opbrengsten*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2013a). *HR-beleid ActiZ 2013 – 2015*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2013b). *Jaarstukken 2013*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2014). *Statutenwijziging ActiZ*. Geraadpleegd via http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.actiz.nl%2Fstream%2Fstatuten-2014.pdf%2F20150209171145&ei=QEXyVJe_C8vEPMqMgegB&usg=AFQjCNEy_DWqQUBfqDZXvIdh8rCTroIqA&sig2=YQQtL-arXfaGcT6xF-Dt-A&bvm=bv.87269000,d.ZWU (28 februari 2015).
- ActiZ (2015a). *ANBI gegevens*. Geraadpleegd via <http://www.actiz.nl/website/homepage/anbi-gegevens> (2 maart 2015).
- ActiZ (2015b). *Goede voorbeelden van transitie*. Geraadpleegd via <http://www.actiz.nl/goede-voorbeelden-van-transitie> (2 maart 2015).
- ActiZ (2015c). *Interview Anja van Westendorp*. Geraadpleegd via <http://www.actiz.nl/website/vacatures/interview-anja-van-westendorp> (2 maart 2015).
- ActiZ (2015d). *Wat doet ActiZ voor u?* Bunnik: Libertas.
- Metronieuws (2015, 17 februari). *Edith Schippers gaat niet voor populariteitsprijs*. Geraadpleegd via <http://www.metronieuws.nl/binnenland/2015/02/edith-schippers-gaat-niet-voor-populariteitsprijs> (2 maart 2015).
- Noordegraaf, M. & Teeuw, M. (2003). Publieke identiteit: Eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, 12(1), 2-13.
- Pauwe, J. (2004). *HRM and performance: Achieving long-term viability*. Oxford: Oxford University Press.
- Qraad (2011, 14 september). *Toekomstscenario gezondheidszorg*. Geraadpleegd via <http://www.qraad.nl/wp-content/uploads/Toekomstscenario-gezondheidszorg.pdf> (2 maart 2015).
- Rainey, H. (2003). *Understanding and managing public organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rijksoverheid (2015). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen> (2 maart 2015).
- Universiteit Utrecht (2015a). *Bestuurs- en Organisationswetenschap*. Geraadpleegd via <http://www.uu.nl/bachelors/bachelor/bestuurs-en-organisationswetenschap> (27 februari 2015).
- Universiteit Utrecht (2015b). *Strategisch Human Resource Management*. Geraadpleegd via <http://www.uu.nl/masters/strategisch-human-resource-management> (27 februari 2015).