

# Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van een masteronderzoek voor de master Publiek Management aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap van de Universiteit Utrecht.

*Niet uitkleden, maar aankleden!* ... beschrijft het belang van professionele ruimte voor medewerkers in de Nederlandse thuiszorg.

Op voorhand had ik niet zoveel met de zorg, nu wel! Mijn moeder had deze passie al eerder bij haarzelf ontdekt: inmiddels zit ze al 30 jaar in heft vak van wijkverpleegkundige. Aangespoord door haar enthousiasme ben ik uiteindelijk aan dit onderzoek begonnen.

Ik wil niet in clichés vallen, maar de waarheid ook geen geweld aandoen: het is al met al een flinke worsteling geweest om tot dit resultaat te komen.

Tot slot nog een aantal mensen die ik wil bedanken: Jos de Blok, directeur Buurtzorg Nederland, die vooral in de opstartfase heeft geholpen bij het leggen van de juiste focus en het leggen van interessante contacten voor dit onderzoek. Sandra Baidjoe, divisie manager bij Vitras/CMD, die voor mij de deuren in haar organisatie geopend heeft en met veel enthousiasme mij input leverde voor dit onderzoek. Mijn tutorgroep: hen wil ik bedanken voor de kritische commentaren. Ook mijn eerste lezer Martijn van der Meulen die mij intensief heeft begeleid wil ik bedanken. En mijn tweede lezer Mirko Noordegraaf.

*Veel leesplezier!*

Jan Willem de Jong

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>7</b>
1.1 Thuiszorg .....	7
1.2 Aanleiding .....	8
1.3 Probleemstelling.....	9
1.4 Aanpak .....	11
1.5 Relevantie .....	12
1.5.1 Maatschappelijke relevantie.....	12
1.5.2 Wetenschappelijke relevantie.....	12
1.6 Leeswijzer .....	13
<b>2. Het complexe veld van de thuiszorg</b> .....	<b>14</b>
2.1 De opbouw en omvang van het thuiszorgstelsel .....	14
2.1.1 Definitie en omvang van de thuiszorg .....	14
2.1.2 De Nederlandse zorgketen.....	14
2.2 Betrokken partijen.....	16
2.2.1 Cliënt.....	16
2.2.2 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) .....	16
2.2.3 Zorgkantoren en zorgverzekeraars .....	17
2.2.4 Zorgaanbieder .....	17
2.2.5 Gemeente .....	18
2.2.6 Rol van en relatie tussen de landelijke partijen .....	18
2.3 Belangrijke trends en ontwikkelingen in de (thuis)zorg.....	19
2.3.1 Demografische ontwikkelingen .....	19
2.3.2 Economische ontwikkelingen.....	20
2.3.3 Technologische ontwikkelingen .....	21
2.3.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen .....	21
2.3.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.....	22
2.3.6 Persoonsgebonden budgetten .....	22
2.4 Wetgeving en bijbehorende regelingen.....	23
2.4.1 De AWBZ, Wmo en Zvw .....	23
2.5 Conclusie .....	24
<b>3. Theoretisch kader</b> .....	<b>25</b>
3.1 Het verschil tussen de systeem- en leefwereld .....	25
3.1.1 Modernisering van de samenleving .....	25
3.1.2 De clash tussen de systeem- en leefwereld.....	26

3.1.3	<i>De verbinding tussen beiden domeinen</i> .....	27
3.2	De verbinding 'in concreto' .....	28
3.2.1	<i>Professionalisme vanuit klassiek perspectief</i> .....	29
3.2.2	<i>Professionalisme vanuit modern perspectief</i> .....	30
3.2.3	<i>Discretionaire ruimte</i> .....	31
3.2.4	<i>Managerialisme en het verschil tussen discretie en autonomie</i> .....	32
3.2.5	<i>Professionele ruimte voor de publieke professionals</i> .....	34
3.3	Conclusie .....	35
<b>4.</b>	<b>Methoden &amp; Technieken</b> .....	<b>38</b>
4.1	Instrumenten.....	38
4.1.1	<i>Interviews</i> .....	38
4.1.2	<i>Documentanalyse</i> .....	39
4.1.3	<i>Literatuurstudie</i> .....	39
4.1.4	<i>Instrumentenoverzicht</i> .....	39
4.2	Afbakening onderzoeksgroep .....	40
4.2.1	<i>Thuiszorgorganisaties</i> .....	40
4.2.2	<i>De systeemactoren</i> .....	41
4.2.3	<i>Selectie respondenten</i> .....	41
4.3	Data-analyse .....	44
4.4	Generalisatie .....	44
4.5	Conclusie .....	45
<b>5.</b>	<b>Systeemactoren in de thuiszorg</b> .....	<b>46</b>
5.1	Samenwerking met de ketenpartners.....	46
5.1.1	<i>Multidisciplinaire samenwerking en bekostiging</i> .....	46
5.1.2	<i>Samenwerking met thuiszorgaanbieders in de keten</i> .....	47
5.1.3	<i>Samenwerking met CIZ in de keten</i> .....	48
5.2	Professionele ruimte in de thuiszorgsector .....	49
5.2.1	<i>Een hype of een trend?</i> .....	49
5.2.2	<i>De professional in de lead</i> .....	50
5.3	Financiering van de thuiszorgsector .....	51
5.3.1	<i>Het web van de thuiszorgfinanciering</i> .....	51
5.3.2	<i>Betaalbaarheid van de thuiszorg</i> .....	51
5.4	Toekomst van de thuiszorgsector .....	52
5.4.1	<i>Een krappe arbeidsmarkt en de technologische perspectieven</i> .....	52
5.4.2	<i>Behoeftte aan diversiteit</i> .....	53
5.4.3	<i>Toekomst van het CIZ</i> .....	53
<b>6.</b>	<b>Casus Vitras/CMD</b> .....	<b>55</b>

6.1	Introductie casus Vitras/CMD .....	55
6.2	Rol ten aanzien van de cliënt .....	56
6.2.1	<i>De cliënt als het middelpunt</i> .....	56
6.2.2	<i>Alle zorg altijd beschikbaar</i> .....	57
6.3	Rol van het management binnen de organisatie .....	58
6.3.1	<i>Aansturen van de werkvloer</i> .....	58
6.3.2	<i>Managen van besluitvorming</i> .....	60
6.4	De inrichting van de organisatie .....	61
6.4.1	<i>Communiceren en verantwoordelijkheden delegeren</i> .....	61
6.4.2	<i>Beperking van de democratie</i> .....	61
6.5	Vitras/CMD in de thuiszorgketen .....	63
6.5.1	<i>Samenwerking tussen Vitras/CMD en haar ketenpartners</i> .....	63
6.5.2	<i>Vitras/CMD en de overheid</i> .....	64
6.6	Het toekomstperspectief van Vitras/CMD .....	65
6.6.1	<i>Macro-ontwikkelingen en Vitras/CMD</i> .....	66
<b>7.</b>	<b>Casus Buurtzorg Nederland .....</b>	<b>68</b>
7.1	Introductie casus Buurtzorg .....	68
7.2	Benadering van de cliënt .....	69
7.2.1	<i>Een zelfstandige professional</i> .....	69
7.2.2	<i>Een zelfstandige cliënt</i> .....	70
7.2.3	<i>De keerzijde van de Buurtzorgmedaille</i> .....	71
7.3	Rol van management binnen de organisatie.....	72
7.3.1	<i>Het 'aansturen' van de werkvloer</i> .....	72
7.3.2	<i>Het verschil tussen managen en coachen</i> .....	73
7.3.3	<i>De risico's van de Buurtzorg managementbenadering</i> .....	73
7.4	De inrichting van de organisatie .....	74
7.4.1	<i>Communicatie binnen Buurtzorg</i> .....	74
7.4.2	<i>Eilandvorming tussen de teams</i> .....	75
7.4.3	<i>Gebruik van ICT binnen Buurtzorg</i> .....	75
7.4.4	<i>Het 'buurtzorggevoel'</i> .....	76
7.5	Buurtzorg in de thuiszorgketen .....	77
7.5.1	<i>Samenwerking tussen Buurtzorg en de huisarts</i> .....	77
7.5.2	<i>Samenwerking tussen Buurtzorg en het CIZ</i> .....	78
7.5.3	<i>Buurtzorg en gezondheidscentra</i> .....	79
7.6	Het toekomstperspectief van Buurtzorg.....	79
7.6.1	<i>De houdbaarheid van het Buurtzorgconcept</i> .....	79
7.7	Conclusies .....	80

7.7.1	<i>De systeemactoren</i> .....	80
7.7.2	<i>Casus Vitras/CMD</i> .....	81
7.7.3	<i>Casus Buurtzorg</i> .....	82
<b>8.</b>	<b>Ervaringen met professionele ruimte</b> .....	<b>84</b>
8.1	Twee manieren van organiseren .....	84
8.1.1	<i>Eigen profiel</i> .....	84
8.1.2	<i>Benadering van de cliënt</i> .....	84
8.1.3	<i>Rol van het management binnen de organisatie</i> .....	86
8.1.4	<i>De inrichting van de organisatie</i> .....	87
8.1.5	<i>Als thuiszorgaanbieder in de thuiszorgketen</i> .....	87
8.2	Professionele ruimte vanuit de beleving van systeemactoren .....	88
8.2.1	<i>Samenwerking met ketenpartners</i> .....	88
8.2.2	<i>Professionele ruimte in de thuiszorgsector</i> .....	89
8.2.3	<i>Financiering van de thuiszorgsector</i> .....	89
8.2.4	<i>De toekomst van de thuiszorgsector</i> .....	90
8.3	Conclusies .....	91
8.3.1	<i>Professionele ruimte bij Vitras/CMD en Buurtzorg</i> .....	91
8.3.2	<i>Professionele ruimte volgens de systeemactoren</i> .....	93
<b>9.</b>	<b>Conclusies</b> .....	<b>96</b>
9.1	Het thuiszorgsysteem en de leefwereld van de thuiszorgprofessional .....	96
9.2	Professionele ruimte van de thuiszorgprofessional .....	97
9.3	Ervaringen met professionele ruimte op individueel niveau .....	98
<b>10.</b>	<b>Hoe nu verder?</b> .....	<b>99</b>
10.1	Hoe groot is de behoefte aan diversiteit?.....	99
10.2	Arbeid vervangen door technologie? .....	100
10.3	Vertrouwen is goedkoper.....	100
10.4	Het organiseren van lokale kracht .....	101
10.5	De zorgprofessional als generalist .....	102
10.6	De thuiszorgprofessional: niet uitkleden, maar aankleden! .....	102
	<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>105</b>
	<b>Bijlagen</b> .....	<b>108</b>

# 1. Inleiding

## 1.1 Thuiszorg

Verontrustende signalen vanuit de Inspectie van de Gezondheidszorg (juni 2010) over de kwaliteit van de thuiszorg waren voor *EénVandaag* aanleiding, een omvangrijke enquête uit te zetten met als onderwerp de kwaliteit van de Nederlandse thuiszorg. Als belangrijkste conclusie kwam naar voren dat: *'Thuiszorg een ondoordringbare bureaucratische jungle is, waar de menselijke maat ontbreekt.'* Een derde van de 5000 ondervraagde cliënten gaf aan ontevreden te zijn over de kwaliteit van de thuiszorg (EénVandaag.nl: 10-06-10).

In het laatste decennium is er veel veranderd om de problemen in de thuiszorgsector het hoofd te bieden. Het gehele zorgstelsel is drastisch hervormd. Vrijwel al deze hervormingen waren gericht op het systeem van de thuiszorg en het organiseren van financiële prikkels, maar niet zozeer op het terugbrengen van de 'menselijke maat'. Hervormingen die kenmerkend zijn voor deze periode zijn onder oud ministers Hoogervorst en Borst doorgevoerd en waren vooral gericht op beperking van de zorguitgaven en restrictie van overmatige zorgconsumptie (NRC, 26-6-2006: opinie).

In het regeer- en gedoogakkoord van het kabinet Rutte zijn dergelijke systeemhervormingen voor de thuiszorg niet terug te vinden. Het regeerakkoord stelt juist vast dat de schaal van thuiszorginstellingen moet terugkeren naar de 'menselijke maat'. Na aanleiding van het akkoord verscheen op de site [zorgvisie.nl](http://zorgvisie.nl) (2010) een artikel met de kop: *'Buurtzorg staat model voor thuiszorg'*. Om de grote problemen waarmee de thuiszorg geconfronteerd wordt – kwaliteitsverlies, kostenstijging, vergrijzing en personeelstekort – zouden thuiszorginstellingen Buurtzorg als voorbeeld moeten nemen, aldus het akkoord. Om dit te bereiken moet de rol van de huisarts en wijkverpleegkundige prominenter worden, omdat mensen behoefte hebben aan 'zorg op buurt- en wijkniveau', zo stelt het akkoord (Regeerakkoord kabinet Rutte, 2010: 35-39).

De woorden uit dit regeerakkoord sluiten aan op de jarenlange onvrede onder thuiszorgprofessionals. Veel professionals uiten hun zorgen over de mate waarin het huidige thuiszorgstelsel recht doet aan de (professionele) waarden van de wijkverpleegkundige of verzorgende. De bedrijfsmatige benadering die de boventoon voert binnen het gerationaliseerde en geëconomiseerde thuiszorgsysteem laat weinig ruimte voor waarden als betrokkenheid, respect, aandacht en zorg voor de cliënt. Het functionele aspect overstemt vaak het relationele. Juist binnen de intieme levenssfeer waarin thuiszorg geleverd wordt zijn dit zaken waaraan zowel cliënt als hulpverlener waarde hechten (Van Elteren, 2009). Deze onvrede wordt geuit door bewegingen als [regelzucht.nl](http://regelzucht.nl), [beroeps\(z\)eer.nl](http://beroeps(z)eer.nl), [zorggeenmarkt.nl](http://zorggeenmarkt.nl) en tal van andere initiatieven.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bron: Tonkens (2008), *Herwaardering van de professional, maar hoe?*

<sup>1</sup>Er verschenen talloze publicaties waarin de uitholling van de publieke sector en het werk van de professionals daarbinnen werd aangeklaagd, van politici als Wouter Bos en Jan Marijnissen (en eerder Pim Fortuyn), filosofen als Annemarie Mol, Harry Kunneman, Ad Verbrugge en Bart Cusveller, sociale wetenschappers als Margo Trappenburg, Pauline Meurs, Marja Gastelaars, en publicisten als Jos van der Lans, Geert Mak en Yvonne

De frasen 'meer ruimte voor, en herwaardering van de professional' zijn inmiddels uit en te na herhaald. Verscheidene wetenschappers, politici en andere stakeholders valt het op dat de roep ondanks de bestaande consensus in de afgelopen jaren onveranderd is gebleven (Tonkens, 2008). Het nieuwe regeerakkoord lijkt deze boodschap slechts te bevestigen. Het is volgens Tonkens dan ook 'hoog tijd' om bogengenoemde frasen nader in te vullen. De gemeenschappelijke wil om het potentieel van de thuiszorgwerkvloer te benutten is aanwezig op zowel politiek, beleidsmatig als uitvoerend niveau. Alleen over de vraag hoe meer regelruimte gerealiseerd kan worden lijkt nog onvoldoende duidelijk onder de betrokken actoren (Tonkens, 2008).

## 1.2 Aanleiding

Dit onderzoek richt zich op ervaringen met professionele ruimte door verschillende actoren in de thuiszorg. Er zijn uiteenlopende redenen die dit thema relevant maken en tegelijkertijd richting geven aan het onderzoek.

Zoals in de inleiding al beschreven, is er de laatste jaren een maatschappelijke discussie op gang gekomen over herwaardering van de professionele ruimte van thuiszorgmedewerkers. Balkenende sprak in zijn hofstadlezing (2010) van een verschuiving van 'maatschappelijke kracht naar institutionele afstand', waarbij hij aangeeft terug te willen naar een situatie waarin weer ruimte is voor de maatschappelijke kracht in de zorg: een goede relatie tussen cliënt en zorgprofessional (nieuwsbank.nl, 09-03-2010). Ook particuliere initiatieven als beroepseer.nl en geenzorggeenmarkt.nl leveren een bijdrage aan deze discussie. Daarnaast probeert de overheid met het overheidsprogramma 'Transitie in de langdurige zorg' mee te denken over toekomstige (thuis)zorgorganisaties die 'aansluiten op de maatschappelijke ontwikkelingen' (transitieprogramma.nl: 14-10-2010). Dát er iets gedaan moet worden aan de positie van de professional staat voor de betrokken actoren buiten kijf, maar over de manier waarop dit het beste gerealiseerd kan worden bestaat vooralsnog geen consensus.

De maatschappelijke discussie kan worden verrijkt met ervaringen met professionele ruimte door verschillende actoren in de thuiszorg. Dit onderzoek biedt daarnaast praktijkvoorbeelden die aangeven hoe thuiszorgaanbieders het al dan niet creëren van professionele ruimte vormgeven, wat de maatschappelijke dialoog verder zal verrijken.

Tot slot, de reden om juist nu ervaringen met professionele ruimte door verschillende actoren te onderzoeken is dat de thuiszorgsector zich naar alle waarschijnlijkheid aan de vooravond bevindt van ingrijpende veranderingen. De sector is bezig met het formuleren van een antwoord op de veranderende macro-economische situatie, cliënten die steeds mondiger worden en patiënten die steeds langer thuis blijven wonen. Tegelijkertijd neemt de krapte op de arbeidsmarkt voor goed opgeleid thuiszorgpersoneel alsmaar toe (SCP, 2010). Ingrijpende ontwikkelingen doen zich voor, waarop de thuiszorgsector nog geen sluitende reactie heeft gevonden. Daarom is het juist nu nuttig

---

Zonderop. Ook diverse adviesraden en bureaus onderschreven deze boodschap, de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), de Raad van State bij monde van vicevoorzitter Tjeenk Willink en de wetenschappelijke bureaus van CDA, SP en GroenLinks.'

onderzoek te doen naar ervaringen met professionele ruimte van de verschillende actoren in de thuiszorgsector.

### **1.3 Probleemstelling**

Zoals uit de inleiding bleek, bestaat er een wijdverbreide consensus over het belang van meer professionele ruimte voor de thuiszorgprofessional. Het onderschrijven van dit belang heeft – enkele particuliere initiatieven daargelaten – niet geleid tot sector brede initiatieven. Om te achterhalen hoe dit komt en welke effecten dit heeft voor de thuiszorgsector zullen de ervaringen van betrokken partijen met professionele ruimte centraal staan. Hierbij is het belangrijk om te na te gaan hoe de betrokken partijen aankijken tegen het belang professionele ruimte om te voorzien in de zorgbehoefte van de cliënt. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag:

#### **Hoe ervaren bij thuiszorg betrokken partijen de ruimte voor de thuiszorgprofessional en hoe kunnen deze ervaringen begrepen worden?**

De ervaringen met professionele ruimte binnen twee thuiszorginstellingen, te weten Vitras/CMD en Buurtzorg Nederland, staan centraal. Er is gekozen voor deze instellingen omdat zij de belichaming zijn van twee uitersten op een continuüm in de thuiszorgsector. Vitras/CMD geldt als een exponent van de reguliere, grootschalige, bedrijfsmatig georiënteerde thuiszorg. Buurtzorg Nederland daarentegen positioneert zich expliciet als een ‘reactie op de versnipperde’ reguliere thuiszorgorganisaties en breekt naar eigen zeggen drastisch met oude structuren binnen de zorg (mBC, 2009: 6). In de hoofdstukken 6 en 7 zullen beide thuiszorgaanbieders nader geïntroduceerd worden.

Naast de twee bovengenoemde thuiszorginstellingen komen ook de meest relevante actoren in het Nederlandse thuiszorgstelsel aan bod.<sup>2</sup> Het organiseren van professionele ruimte is namelijk onlosmakelijk verbonden met de regels, wetten en protocollen die vanuit het thuiszorgstelsel zijn opgelegd. Het organiseren van professionele ruimte zal immers vrijwel altijd plaatsvinden binnen de kaders die het thuiszorgstelsel met haar lokale, regionale en nationale spelers stelt. Dit leidt tot de volgende deelvragen.

#### **1. Hoe ziet het Nederlandse thuiszorgsysteem eruit en wat zijn de belangrijkste macro-ontwikkelingen?**

Het Nederlandse thuiszorgsysteem is opgebouwd op grond van complexe van regel- en wetgeving met een veelvoud aan actoren die hierin een bepaalde rol hebben. Thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals zijn onderdeel van dit systeem. Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, zal dus eerst het Nederlandse thuiszorgsysteem verkend worden.

Daarnaast is het huidige Nederlandse thuiszorgsysteem het product van een jarenlange evolutie die de sector in de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. Het is alles behalve een statisch

---

<sup>2</sup> Welke actoren tot de ‘meest relevante’ gerekend worden komt aan bod in hoofdstuk 2, waar de context nader toegelicht zal worden.



systeem, maar juist continu in beweging. Een aantal macro-ontwikkelingen hebben grote invloed op de richting waarin het thuiszorgsysteem zich ontwikkelt. Beleidsmakers en wetgevers proberen daarom het thuiszorgsysteem zo bestendig mogelijk te maken voor deze macro-ontwikkelingen (<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>, 06-10-10). Om de keuzes van wetgevers en beleidsmakers en daarmee toekomstige veranderingen van het thuiszorgsysteem te kunnen begrijpen is het dus relevant om de belangrijkste macro-ontwikkelingen in het Nederlandse thuiszorgsysteem te benoemen.

## **2. Hoe ziet het theoretische onderscheid tussen de systeem- en leefwereld eruit?**

Met deze tweede deelvraag verplaatst de aandacht zich van een contextuele verkenning van het thuiszorgsysteem en de belangrijkste macro-ontwikkelingen, naar een theoretische verkenning van het spanningsveld tussen de systeem- en leefwereld. Jürgen Habermas maakt in zijn *Theorie des Kommunikativen Handelns* het onderscheid tussen de systeem- en leefwereld waarmee hij onder andere de dynamiek tussen een gereguleerd (thuiszorg)systeem en de leefwereld van de (thuiszorg)professional beschrijft en analyseert (Gerard H. Fairtlough, 1991: 1). Dit onderscheid zal als theoretisch raamwerk dienen om het spanningsveld tussen de systeem- en leefwereld aan te duiden dat zich zowel op systeem, organisatie, als individueel niveau voordoet.

## **3. Welke vormen van professionele ruimte kunnen onderscheiden worden?**

Om conclusies te kunnen trekken over de ervaringen die actoren in de thuiszorg hebben ten aanzien van professionele ruimte, zal eerst het begrip professionele ruimte verkend worden. Dit bestaat uit een verkenning van het begrip professionaliteit en de verschillende typen professionele ruimte die daarbij onderscheiden worden. Het raamwerk dat dan ontstaat biedt handvatten om de beelden van de thuiszorgactoren over professionele ruimte te analyseren en te verklaren.

## **4. Hoe wordt professionele ruimte door de betrokken actoren ervaren?**

Bij deze vierde deelvraag verplaatst de aandacht zich naar de praktijk van het thuiszorgsysteem, de thuiszorgorganisaties en de thuiszorgprofessionals. Op grond van de afgenomen interviews en aan de hand van de eerder geschetste context en theorie wordt inzicht verkregen op basis van welke beelden beleidsmakers, financiers, thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals hun werk uitvoeren en organiseren. Hierbij staan hun ervaringen en meningen ten aanzien van professionele ruimte centraal.

## **5. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de actoren en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?**

Aan de hand van deze deelvraag zal een vergelijking volgen tussen de ervaringen met professionele ruimte door de systeemactoren, de thuiszorgorganisaties en de thuiszorgprofessionals. Dit is nodig om over te kunnen gaan op de verklaring van deze verschillen, wat aan de hand van de volgende deelvraag zal gebeuren.

## **6. Hoe kan professionele ruimte voor zorgprofessionals in het Nederlandse thuiszorgstelsel georganiseerd worden?**

Deze laatste deelvraag richt zich ook op de toekomst en beantwoording hiervan zal tot een aantal aanbevelingen leiden om professionele ruimte in de Nederlandse thuiszorgsector in de toekomst te organiseren.

## **1.4 Aanpak**

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit de master Publiek Management aan de Universiteit Utrecht. Het onderzoek is onafhankelijk uitgevoerd. Wel zijn er in de beginfase verkennende gesprekken gevoerd met de oprichter van Stichting Buurtzorg Nederland.

Om de vraagstelling te beantwoorden zijn interviews gehouden bij twee thuiszorgaanbieders: Stichting Buurtzorg Nederland én Vitras/CMD. Er is voor deze instellingen gekozen aangezien zij twee uitersten in de markt representeren. Vitras/CMD als exponent van de reguliere bedrijfsmatige thuiszorg en Buurtzorg als reactie op de reguliere thuiszorgaanbieders.

Daarnaast zijn interviews afgenomen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het ministerie van VWS en zorgverzekeraar Agis om ook de ervaringen van andere invloedrijke actoren aan te horen. Gemeenten zijn buiten beschouwing gelaten, aangezien zij als aanbesteders van huishoudelijke hulp buiten de scope van dit onderzoek vallen. Daarnaast wijken de aard van het werk en bekostigingsstructuren dermate af, dat dit niet past binnen de kaders van dit onderzoek.

Dit onderzoek heeft niet de intentie om een universeel beeld van de thuiszorgsector te schetsen. Wel kan dit onderzoek aanknopingspunten bieden voor nieuwe organisatievormen door aan de hand van beelden van betrokken actoren weer te geven welk mogelijk effect zij hebben op de professionele ruimte van thuiszorgprofessionals. Resultaten van dit onderzoek kunnen relevant zijn voor andere thuiszorgaanbieders, maar zijn niet direct door te vertalen aangezien zij vanuit een andere context opereren. Andere thuiszorgaanbieders zullen waarschijnlijk wel knelpunten herkennen en dit onderzoek kunnen gebruiken om de eigen situatie in een nieuw licht te plaatsen.

Om de interviews te structureren is eerst helder gemaakt hoe de thuiszorgsector in elkaar zit en wie daarin de belangrijkste spelers zijn. Vervolgens is aan de hand van wetenschappelijke literatuur een kader ontwikkeld waarlangs de ontwikkelingen in de thuiszorgsector geanalyseerd kunnen worden. Op grond van verschillende theoretische inzichten zijn de beelden van de betrokken partijen weergegeven.

Vervolgens is in het empirische gedeelte, aan de hand van interviews, onderzocht welke ervaringen de verschillende partijen hebben met professionele ruimte in de thuiszorg en welke effecten dit heeft voor de thuiszorgprofessional. In het daaropvolgende hoofdstuk zijn alle empirische data verwerkt door alle data te coderen en systematisch te verwerken. Afsluitend zijn de theoretische inzichten gekoppeld aan de empirische data, op grond waarvan de hoofdvraag beantwoord is.

## **1.5 Relevantie**

Dit onderzoek kent zowel een maatschappelijke, als een wetenschappelijke relevantie voor academici die zich bezighouden met organisatiewetenschappen.

### **1.5.1 Maatschappelijke relevantie**

Dit onderzoek sluit aan op een maatschappelijk debat over professionals ruimte in de publieke sector. De bedrijfsmatige logica is steeds verder opgerukt in publieke organisaties, waardoor kwantitatieve doelstellingen en planning en control cycli aan importantie hebben gewonnen de laatste jaren (Van der Lans, 2008). Volgens stichting Beroepseer worden publieke professionals in de weg gezeten door managers, bestuurders, regels en bureaucratie die hen belemmeren, waardoor steeds minder tijd overblijft voor het werk waartoe ze zijn aangenomen. Hierdoor staat de professionele ruimte steeds meer onder druk (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009: 115). Dit onderzoek past dit debat over professionele ruimte voor publieke professionals toe op de thuiszorgsector. Doordat zowel de systeemactoren, als de thuiszorgorganisaties en de thuiszorgprofessionals aan bod komen, vormt dit onderzoek een rijke bron vol met praktische voorbeelden over ervaringen met professionele ruimte van de verschillende partijen in de thuiszorgsector. Voor thuiszorgprofessionals is dit onderzoek interessant, omdat zij aan de hand van dit onderzoek hun eigen situatie kunnen vergelijken met de situatie van andere thuiszorgmedewerkers in vergelijkbare posities. Zij kunnen bepalen of zelf het idee hebben dat zij beperkt worden in hun professionele handelingsruimte, of juist niet. Voor managers en directeuren is dit onderzoek interessant omdat verschillende stijlen van managen ter sprake komen. Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar de effecten van de verschillende managementstijlen op de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional. De aanbevelingen in dit onderzoek kunnen aanknopingspunten bieden om al dan niet bepaalde veranderingen door te voeren in een thuiszorgorganisatie.

Tot slot bevat dit onderzoek een aantal toekomstvisies van strategen op de thuiszorgsector. Thuiszorgorganisaties kunnen hier hun voordeel mee doen, door alvast in te spelen op mogelijk toekomstige ontwikkelingen in de sector die ook hun instelling zullen raken.

### **1.5.2 Wetenschappelijke relevantie**

Hoewel professionele ruimte en aanverwante begrippen als sinds de jaren '80 een breed onderzocht thema zijn, blijft er veel wetenschappelijke discussie bestaan over dit onderwerp.

Er bestaat veel discussie over de effecten van de verhoogde regeldruk en toegenomen managerial benadering van publieke organisaties heeft op professionele ruimte (Evans & Harris, 2004). Sommige wetenschappelijke publicaties beweren dat de handelingsvrijheid en autonomie van professionals in de publieke dienstverlening onder druk staat (Tonkens, 2007; Van der Lans, 2008; Ankersmit et al., 2008; Lawson, 1993; Clarke & Langan, 1993; Clarke & Newman, 1993; Harris, 1998; Langan, 2000). Deze auteurs verwijzen naar de verregaande controle mechanismes die zorgen voor beperkte professionele autonomie en vrijheid (Evans & Harris, 2004). Volgens Bovens en Zouridis (2001) zijn zelfs de meeste professionals in publieke organisaties onder druk van alle ICT-toepassingen verdwenen.

Er zijn echter ook publicaties die het tegenovergestelde beweren en juist beargumenteren dat de professionele ruimte in de publieke dienstverlening even groot is, of zelfs is toegenomen (Evans & Harris, 2004; Ellis et al, 1999; Hupe, 2009; Baldwin, 1998). Hupe (2009: 129), beargumenteert dat de toenemende regeldruk paradoxaal genoeg de handelingsruimte van professionals kan vergroten.

Dit onderzoek koppelt voor het eerst zowel theorieën over de clash tussen systeem- en leefwereld, als over professionele ruimte aan de ontwikkelingen in de thuiszorgsector.

## **1.6 Leeswijzer**

Nu in dit hoofdstuk is uitgelegd wat onderzocht wordt en voor wie en waarom dit interessant is, volgt een toelichting over de opbouw van het onderzoek dat moet leiden tot beantwoording van de hoofdvraag: hoe bij thuiszorg betrokken partijen de ruimte voor de professional ervaren wordt en hoe deze ruimte verklaard kan worden. In hoofdstuk 2 volgt een brede contextbeschrijving van het Nederlandse thuiszorgsysteem, wie de belangrijkste actoren hierin zijn en welke trends en ontwikkelingen een bepalende rol spelen in de thuiszorgsector. In het daaropvolgende derde hoofdstuk is een theoretische verkenning terug te vinden over het spanningsveld tussen systeem- en leefwereld en het centrale begrip professionele ruimte. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de methode van onderzoek nader toegelicht, waarna in de hoofdstukken 5, 6 en 7 de onderzoeksresultaten beschreven en geïnterpreteerd worden en komen de beelden van de actoren ten aanzien van professionele ruimte aan bod. Hoofdstuk 5 richt zich op de systeemactoren, de hoofdstukken 6 en 7 geven achtereenvolgens de casussen van Vitras/CMD en Buurtzorg Nederland weer. Daarna volgt in hoofdstuk 8 een verklaring van deze beelden en wordt ingegaan op de effecten hiervan voor thuiszorgprofessionals, thuiszorgaanbieders en het systeem waarin zij acteren. Dit maakt het mogelijk om de hoofdvraag te beantwoorden, waarna in hoofdstuk 9 tenslotte nog een aantal aanbevelingen worden gedaan voor thuiszorgaanbieders, professionals en de actoren uit het thuiszorgsysteem.

## **2. Het complexe veld van de thuiszorg**

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds ter sprake kwam, is het thuiszorgveld een complexe aangelegenheid. Dit hoofdstuk is bedoeld om een globaal overzicht te geven van de belangrijkste spelers, hun rol en hoe de onderlinge verhoudingen gestalte krijgen. Nadat de sector met haar spelers aan bod zijn gekomen, passeren een aantal belangrijke trends en ontwikkelingen de revue. Om de werking en dynamiek van het huidige thuiszorgstelsel beter te kunnen begrijpen zal vervolgens de meest relevante wetgeving benoemd worden. Ten slotte zullen de eerste twee deelvragen aan het einde van dit hoofdstuk beantwoord worden.

### **2.1 De opbouw en omvang van het thuiszorgstelsel**

#### **2.1.1 Definitie en omvang van de thuiszorg**

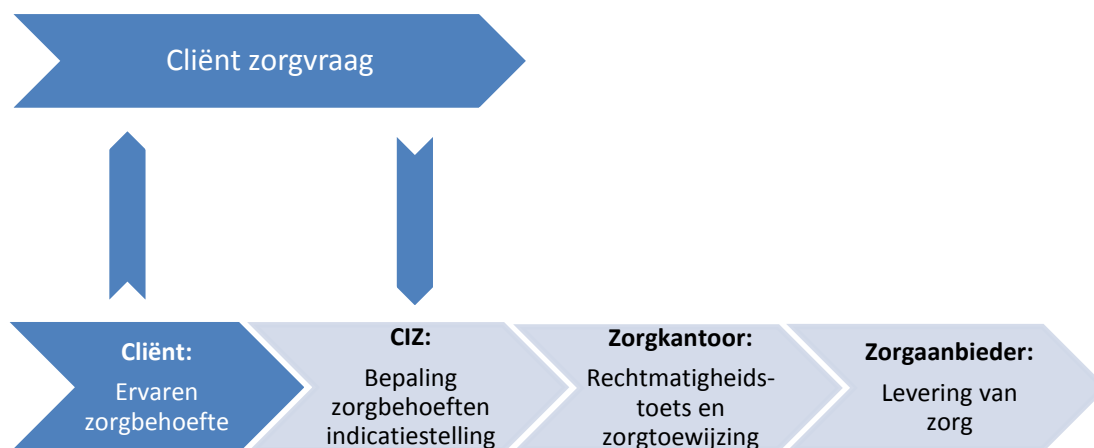
Om onduidelijkheden te vermijden in dit onderzoek zal eerst het begrip thuiszorg afgebakend worden. Onder thuiszorg wordt in dit onderzoek verstaan de zorgvoorziening die verpleging en verzorging thuis bij de cliënt biedt aan chronisch zieken, mensen met een handicap, ouderen en mensen die daar tijdelijk behoefte aan hebben (Actiz, 2010: 7). Dit type thuiszorg wordt ook wel extramurale verpleging en verzorging genoemd.

Naast bovengenoemde zorgvormen, is er ook de informele zorg van familie of vrienden, en de particulier betaalde hulp en de huishoudelijke hulp. De laatstgenoemde thuiszorgvorm valt onder de verantwoording van gemeenten en daarmee buiten de scope van dit onderzoek. Samenvattend, wanneer het in dit onderzoek gaat over thuiszorg betreft het de extramurale verpleging- en verzorging, of de informele zorg (SER, 2008: 45).

In totaal maakten 586.000 mensen in 2005 gebruik van de collectief gefinancierde zorgvormen. Jaarlijks is hier ongeveer 10 miljard mee gemoeid (Eggink e.a., 2009). Het merendeel van de zorgvragers, ongeveer 62%, maakten in 2005 gebruik van de thuiszorg, maar slechts een derde van de kosten wordt besteedt aan deze zorg aan huis. De overige twee derde van de gelden werd besteed aan intramurale zorg. Over de informele en particuliere zorg zijn geen exacte gegevens beschikbaar. Eggink e.a. (2009) schat het aantal gebruikers in deze sector op 221.000 cliënten.

#### **2.1.2 De Nederlandse zorgketen**

Ter verduidelijking van de Nederlandse thuiszorgsector wordt in figuur 1 een versimpelde weergave van de 'zorgketen' gegeven. De zorgketen is een verzamelnaam voor de verschillende stappen in het proces van indicatie van de zorgbehoefte bij de cliënt tot en met het daadwerkelijk verlenen van de zorg (Nivel, 2007: 25). De actoren in deze keten zijn cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren



**Figuur 1: Zorgketen van zorgbehoeften naar ontvangen**

Om de dynamiek in de zorgketen te kunnen begrijpen zal nu de onderlinge verhouding tussen de actoren geschetst worden. De cliënt is het startpunt in de zorgketen. Het uitgangspunt hierbij is dat de cliënt zo adequaat en snel mogelijk door de keten geleid wordt.

Nadat de cliënt zijn zorgbehoefte te kennen heeft gegeven komt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in beeld. Zij stelt op grond van het 'Zorgindicatiebesluit' (1997) vast wat de omvang en aard van de zorgvraag is. Het CIZ streeft naar een integrale beoordeling van de AWBZ, Wmo en aanpalende terreinen als arbeid en wonen. Het CIZ opereert naar eigen zeggen als 'poortwachter' in het spanningsveld tussen het objectief vaststellen van de zorgbehoefte en het beheersen van de kosten in de zorg. Overigens bevindt het CIZ zich momenteel in een transitiefase, waarbij haar rol verandert van indicatiesteller naar toezichthouder (CIZ-brochure, 2009: 2).

Zorgkantoren hebben een minder duidelijke positie in de zorgketen dan het CIZ (SGB0, 2000). De hoofdtaken van het zorgkantoor: het toetsen van de rechtmatigheid, het toewijzen van de zorg en het voldoen aan de informatieplicht aan cliënten, liggen niet vast in het Zorgindicatiebesluit. Echter, zorgkantoren hebben op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wel wettelijke taken en bevoegdheden. Het zorgkantoor draagt zorg voor het maken van afspraken met zorgaanbieders over te leveren zorgprestaties, en de borging van zowel de rechtmatigheid als de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit alles gebeurt om de doelmatigheid te bevorderen en de kosten te beheersen. Daarbij vinden zorgkantoren dat het CIZ tegenwicht moet bieden aan zorgaanbieders die volgens de zorgkantoren geneigd zijn tot omzetmaximalisatie (CIZ-debatten, 2006).

De taak van de zorgaanbieder als sluitstuk van de keten is van oudsher duidelijk. De zorgaanbieder levert passende zorg in de context conform de actuele zorgindicatie en de afgesproken mix van zorgprestaties binnen een functie. Zorgaanbieders declareren de verleende zorg door de geleverde zorg af te stemmen op de indicatie van het CIZ (Nivel, 2007).

Met sec een globale beschrijving van de zorgketen ontstaat nog geen volledig beeld van de thuiszorgsector. De volgende paragraaf zal daarom verder ingaan op de rol en dynamiek van de

betrokken actoren. Naast de eerdergenoemde spelers uit de zorgketen spelen landelijke spelers en in beperkte mate gemeenten een rol.

## 2.2 Betrokken partijen

In onderstaande tabel worden de meest relevante partijen in het thuiszorgproces opgesomd. Dit is geen overzicht van alle partijen die een rol spelen in de thuiszorgsector. Wel geeft het de actoren weer die een rol van betekenis spelen in dit onderzoek, en die tezamen een groot deel van de thuiszorgsector beslaan. Per deelparagraaf wordt de rol en dynamiek van de betreffende partij toegelicht. Op basis van publicaties van de SER, het SCP en het ministerie van VWS beperkt de beschrijving van actoren zich tot diegene die opgesomd worden in Tabel 1.

Cliënt	Tweedelijns (V&V, GHZ en Cure)
Huisarts	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Centraal Orgaan Indicatiestelling (CIZ)	Centraal Administratie Kantoor (CAK)
Zorgverzekeraar	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Zorgaanbieder	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Gemeente	

### 2.2.1 Cliënt

Zoals het SCP in 'De staat van de publieke dienst' (2008) stelt, wordt de kwaliteit van dienstverlening bepaald wordt in de beleving van de afnemer (SCP, 2008). Daarom wordt gestart met een beschrijving van de cliënt als actor in het thuiszorgstelsel. De SER benoemt verschillende type cliënten. Thuiszorg richt zich op zowel de langdurige als kortdurende extramurale zorgverlening. Ongeveer 345.000 zorgvragers ontvangen extramurale zorg. AWBZ-zorgvragers worden doorgaans ingedeeld in vier groepen: chronisch zieken, ouderen, verstandelijk gehandicapten, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten.

### 2.2.2 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloot in 2004 dat er één onafhankelijke, objectieve en integrale toegangspoort voor de AWBZ-zorg moest komen: het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De commissie Buurmeijer (2004) adviseerde om de indicatiestelling te centraliseren en landelijk te beleggen. Dit advies werd gedragen vanuit de gedachte dat de indicatiestelling dan meer uniform en minder bureaucratisch uitgevoerd zou kunnen worden. Uniformering door het hanteren van richtlijnen en protocollen. Minder bureaucratisch door het uitvoeringsproces van de indicatiestelling zoveel mogelijk te vereenvoudigen. Het CIZ is als onafhankelijke instantie niet gelieerd aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars (Ministerie van VWS, 2004a). Indien het CIZ dit nodig acht, wint zij advies in bij de huisarts, cliënt of andere betrokken organisaties.

Het CIZ legt onder andere voor extramurale zorg (thuiszorg) vast, welke AWBZ-functies de verzekerde krijgt toegewezen, in welke omvang (uren of dagdelen per week) en voor welke periode (tijdelijk of permanent). Een verzekerde kan pas aanspraak maken op zorg nadat het CIZ heeft vastgesteld dat hij de gevraagde zorg ook echt nodig heeft. Op basis van het principe 'snel en eenvoudig waar mogelijk, uitgebreid waar nodig' is het gangbaar dat indicatiebesluiten binnen een periode van twee

weken worden afgehandeld. Voor complexe aanvragen geldt een langere periode waarbij de wettelijke termijn van zes weken bepalend is (Bron: www.ciz.nl, 2010).

Naar eigen zeggen ondergaat het CIZ momenteel (2010) een transformatie van indicatiesteller tot toezichthouder. Dit betekent dat het CIZ primair een onafhankelijke toezichthouder wordt, maar in complexe cliëntsituaties zelf de indicaties blijft stellen. Zorgaanbieders zullen in de toekomst steeds meer zelf herindicaties geven. Het CIZ toetst deze vervolgens steekproefgewijs en neemt het formele besluit over toekenning van de AWBZ-zorg (CIZ brochure, 2009: 4-10).

Momenteel heeft het CIZ één hoofdkantoor, 16 regiobureaus<sup>3</sup>, 61 decentrale kantoren en circa 3.000 medewerkers. Elke indicatiesteller handelt gemiddeld ongeveer 800-900 indicaties per jaar af. Het aantal indicaties van het CIZ is gestegen van 854.000 in 2005 naar ruim één miljoen in 2010 (CIZ brochure, 2010: 6).

### **2.2.3 Zorgkantoren en zorgverzekeraars**

Zorgkantoren en zorgverzekeraars onderhouden een speciale relatie. Formeel gezien zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. Op vrijwillige basis en met toestemming van het ministerie van VWS hebben zij deze verantwoordelijkheid gemandateerd aan regionale zorgkantoren. Dit geeft het zorgkantoor de volmacht om in naam van alle zorgverzekeraars die in de regio werkzaam zijn te opereren. Verzekerden dienen dus in de praktijk aan te kloppen bij het regionale zorgkantoor om aanspraak te kunnen maken op AWBZ-zorg.

Nederland telt in totaal 32 zorgkantoren, die gekoppeld zijn aan één van de zorgverzekeraars in de regio. Om de AWBZ uit te mogen voeren verleent het ministerie van VWS concessies aan zorgkantoren, die om de zoveel jaar opnieuw verleend moeten worden.

Zorgkantoren gaan met de regionale zorgaanbieders in onderhandeling over de zorgcontracten die tussen beide gesloten worden. Aan het begin van ieder jaar stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vast wat de 'contracteerruimte' voor het betreffende jaar zal zijn. De landelijke contracteerruimte is het totaal van de financiële middelen die via de tarieven beschikbaar zijn voor de AWBZ-zorg. Vervolgens berekent de NZa ieder jaar de regionale contracteerruimte en bijbehorende tarieven door (Bron: NZa). De zorgaanbieders maken binnen deze vastgestelde contracteerruimte afspraken met zorgaanbieders.

De AWBZ-uitgaven worden in beginsel gebaseerd op een landelijk vastgesteld maximum. Indien zorgkantoren dit noodzakelijk achten kunnen zij knelpunten melden bij de NZa, die deze voorlegt aan de staatssecretaris van het ministerie van VWS. Deze kan vervolgens bepalen of het maximumbudget al dan niet overschreden mag worden. In de praktijk is dit onderdeel van een uitermate complex traject. Er bestaat namelijk een spanningsveld tussen de meerjarige zorgcontracten tussen cliënt en zorgaanbieder enerzijds, en de eenjarige contracten tussen zorgkantoor en zorgaanbieder anderzijds.

### **2.2.4 Zorgaanbieder**

Indien een potentiële cliënt zorg wenst, is hij vrij om zich te richten tot een zorgaanbieder naar eigen keuze. De potentiële cliënt kan ook een beroep op instellingen buiten de regio waar hij woont, ook al is dit bij thuiszorg vanuit praktische overwegingen vaak onwenselijk. Om aanspraak te maken op AWBZ-



zorg is het van belang dat de zorg verleend wordt door een AWBZ-erkende zorgaanbieder en de verzekerde dient in het bezit te zijn van een indicatiestelling voor zijn zorgvraag.

In 2008 telde Nederland 2500 AWBZ-instellingen, waarvan 355 thuiszorginstellingen. In totaal werken bijna 650.000 personen (367.000 fte's) in de AWBZ-zorgverlening, 22% hiervan werkt in de thuiszorg. Op grond van de AWBZ zijn zorgaanbieders verplicht kwalitatief goede zorg te leveren. Zij leveren deze zorg aan cliënten op grond van de zorgovereenkomst tussen cliënt en zorgaanbieder.

De onderhandelingspositie van thuiszorgaanbieders ten opzichte van zorgkantoren (zie paragraaf 2.2.3) is relatief gezond. Volgens de SER zijn er voldoende thuiszorgaanbieders met een gezonde onderlinge concurrentie tot gevolg, waarvan de zorgvrager de vruchten plukt (SER, 2008).

### **2.2.5 Gemeente**

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2006 zijn gemeenten verantwoordelijk voor onder andere de huishoudelijke hulp. Gemeenten dragen geen verantwoording voor verpleging en verzorging aan huis. Wel kan er een bepaalde overlap bestaan tussen de activiteiten van traditionele thuiszorgaanbieders en gemeenten. Er zijn namelijk instellingen die ook huishoudelijke hulp aanbieden. Sinds de Wmo besteden gemeenten dit nu aan, waardoor er extra concurrentie op de zorgmarkt voor huishoudelijke hulp is ontstaan. De nieuwe dynamiek die hierbij ontstaan is, valt echter buiten de scope van dit onderzoek en zal daarom ook slechts zijdelings ter sprake komen.

### **2.2.6 Rol van en relatie tussen de landelijke partijen**

Het CIZ zou ook gezien kunnen worden als een landelijke partij, maar in feite is het CIZ zeer lokaal georiënteerd in haar contact met zorgaanbieders en cliënten. Het CIZ heeft als bestuursorgaan het recht om zelf beleid te maken. Daarentegen geeft het eerdergenoemde Zorgindicatiebesluit (1997) de minister van VWS de bevoegdheid om (beleids)regels op te stellen over hoe het CIZ haar activiteiten uitvoert. In 2007 heeft de staatssecretaris van VWS de beleidsregels voor het CIZ ondertekend. Sindsdien ligt vast de beleidsregels op basis van welke normen het CIZ besluiten neemt en belangenafwegingen maakt. Binnen de kaders van de beleidsregels is het CIZ bevoegd om deze te vertalen naar praktische werkvormen en protocollen. Aangezien het CIZ nog geen formele status heeft is toezicht op het CIZ nog niet bij wet gerealiseerd. Het ministerie van VWS gaat er vanuit dat het CIZ zich aan de beleidsregels houdt en van daaruit op een juiste en verantwoordelijke manier invulling geeft aan haar taken. Als uiterst redmiddel kan VWS op grond van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), het CIZ corrigeren wanneer het ministerie dit nodig vindt.

Zorgkantoren worden door het ministerie van VWS beoordeeld op de wijze waarop zij zorgprestaties en kwaliteit doelmatig tot stand weten te brengen. Gezien de focus van dit onderzoek op het primair proces binnen de thuiszorg wordt niet verder ingegaan op de dynamiek binnen deze relatie.

De conceptbeleidsregels voor de activiteiten van het CIZ en de uitwerking van de aanspraken op zorg zijn in 2006 juridisch beoordeeld door het College van Zorgverzekering (CVZ). Het CVZ is zowel een uitvoerings- als een adviesorganisatie op het gebied van wettelijke zorgverzekeringen: de Zvw en de AWBZ. Dit resulteert in drie kerntaken: 1) het adviseren over de inhoud van het basispakket voor verzekerden, 2) de verdeling van het premiegeld onder zorgverzekeraars, 3) de uitvoer van regelingen

voor bepaalde specifieke groepen, zoals verzekerings- en uitkeringsgerechtigden die in het buitenland verblijven. Een ander voor dit onderzoek relevante taak is de adviesrol van het CVZ over bezwaren die bij het CIZ binnenkomen. De relatie tussen het CIZ en het CVZ loopt dus via het ministerie van VWS en is adviserend van aard (bron: <http://www.cvz.nl/hetcvz>, laatst geraadpleegd op 06-10-2010). Een andere substantiële nationale speler in het thuiszorgstelsel is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ, waaronder de indicatiestelling en de Zvw. Naar eigen zeggen zet de NZa zich in voor gereguleerde marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel. Zij geeft hier invulling aan door toe te zien op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de langdurige zorgmarkt, daarnaast controleert zij of de wet wel wordt nageleefd. De NZa is bevoegd om regels, budgetten en tarieven in de zorg vast te stellen. Net als het CVZ, vervult zij een adviserende rol aan het ministerie van VWS.

## **2.3 Belangrijke trends en ontwikkelingen in de (thuis)zorg**

De thuiszorgsector is onderhevig aan een aantal nationale en internationale trends en ontwikkelingen. Deze paragraaf zal aan de hand van rapporten en cijfers uitgegeven door de SER, het SCP en het CBS ingaan op de meest relevante demografische, economische, technologische en sociaal-culturele trends en ontwikkelingen. Vervolgens wordt het (voorzien) effect hiervan op de extramurale zorg (thuiszorg via AWBZ en Wmo) toegelicht voor de periode van 2005 tot 2030. Er is gekozen voor deze tijdspanne, omdat deze ook aangehouden wordt in rapporten van de zojuist genoemde instituten. 2030 is een voor de hand liggend jaar, aangezien het CBS verwacht dat de vergrijzing dan haar piek zal bereiken (CBS, 2009: 78).

### **2.3.1 Demografische ontwikkelingen**

Een bepalende kracht voor de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg is de demografische opbouw van de bevolking. De Nederlandse bevolking verandert in de periode van 2005-2030 zowel in samenstelling als in omvang. Het aantal Nederlanders en ouderen neemt jaarlijks toe met respectievelijk 0,4 en 2,3 procent. Kort gezegd de Nederlandse bevolking groeit en vergrijst. De huidige modellen die de SER en het SCP hanteren, gaan er vanuit dat de vergrijzing omtrent het jaar 2030 haar piek zal bereiken. De eerste naoorlogse generatie zal dan de leeftijd van 65 jaar bereiken. Onder ouderen bevinden zich een onevenredig groot aantal zieken en hulpbehoevenden. De groep met ouderen zal blijven toenemen. In de komende 20 jaar groeit het aantal ouderen van 2,3 miljoen in 2005 tot 4 miljoen in 2040. Ook het aantal hoogbejaarden (75-plussers) zal de komende twee decennia sterk groeien. Volgens cijfers de SER vindt vanaf een 2020 een versnelling plaats en moet er rekening gehouden worden met 2 miljoen hoogbejaarden in 2050. Het aandeel van 65-plussers van de Nederlandse bevolking zal toenemen van 6% nu, naar 12% in 2050. Daarnaast stijgt het gemiddelde opleidingsniveau per bevolkingsgroep. Opleidingsniveau is van belang aangezien hoogopgeleiden in verhouding tot laagopgeleiden minder snel een beroep doen op (thuis)zorg. Ook groeit de behoefte onder patiënten om steeds langer thuis wonen en verzorgd te worden, wat past binnen de extramuraliseringstrend van de laatste jaren. De verwachting is dat vanwege de vergrijzing het aantal alleenstaande thuiswonende ouderen sterk zal toenemen. Deze groep zal eerder geneigd

zijn een beroep te doen op de thuiszorg, dan ouderen die samenwonen met een partner (SCP, 2009: 56, 58).

Maar wat is het effect van deze ontwikkelingen op de extramurale zorg (thuiszorg)? Vergeleken met de vergrijzing heeft de voorziene bevolkingsgroei slechts een klein effect op de veranderende thuiszorgvraag. Als gevolg van de vergrijzing voorziet het SCP een jaarlijkse groei van gemiddeld 1,2 procent in de thuiszorg. De mate waarin een beroep wordt gedaan op de thuiszorg stijgt niet evenredig met de vergrijzing. Hiervoor zijn een aantal verklaringen. Allereerst wordt de bevolking steeds gezonder, waardoor zij minder snel een beroep zal doen op zorginstanties. Een andere oorzaak is de toename van het aantal alleenstaanden. Deze mensen zijn minder goed in staat om voor zich zelf te zorgen en zullen sneller in een verzorgings- of verpleeghuis gaan wonen. Een laatste ontwikkeling die een neerwaarts effect op de deelname aan de thuiszorg heeft, is de afnemende prevalentie van de meeste aandoeningen. Dit houdt in dat het aantal gevallen dat op dit moment een bepaalde aandoening heeft structureel afneemt onder de bevolking. Deze ontwikkelingen tezamen hebben een remmend effect op de zorgvraag onder thuiszorginstellingen.

Een belangrijke kanttekening die het SCP plaatst bij haar groeiverwachtingen in de thuiszorg is dat vooralsnog onbekend is in welke mate de eerder aangehaalde extramuraliseringstrend de komende jaren zal doorzetten. Hierover is nog onvoldoende betrouwbare data beschikbaar en kunnen dus ook geen betrouwbare uitspraken over gedaan worden (SCP, 2009: 58-60).

Vergrijzing van de Nederlandse samenleving kent echter ook een aantal mogelijk positieve effecten. Vergrijzing is ook een verworvenheid: burgers leven langer en vaker in goede gezondheid. Daarnaast biedt vergrijzing kansen op het gebied van maatschappelijke betrokkenheid, mantelzorg en vrijwilligerswerk door ouderen (SER, 2005: Van alle leeftijden, Den Haag, publicatienr. 05/02).

### **2.3.2 Economische ontwikkelingen**

Ook economische ontwikkelingen beïnvloeden op verscheidene manieren de gezondheidszorg. Ondanks dat er sprake is van een afnemende welvaarts-groei, is de verwachting dat de welvaart – alhoewel in een lager tempo dan voorheen – zal blijven toenemen.

Een eerste ontwikkeling is dat de gemiddelde inkomens- en vermogenspositie van toekomstige generaties ouderen waarschijnlijk sterk zal verbeteren. Ook ten opzichte van de bevolking onder de 65 jaar. Deze ontwikkeling resulteert in een tweetal mogelijk tegengestelde effecten: 1) doordat de welvaart toeneemt zullen mensen eerder geneigd zijn om een groter aandeel van hun inkomen te besteden aan gezondheidszorg en zij zullen naar verwachting ook hogere eisen stellen ten aanzien van luxe maatwerk van de geleverde zorg, 2) een ander scenario is dat een toename van de welvaart zich evenredig zal ontwikkelen met een betere gezondheid, waardoor er juist een kleiner beroep op de gezondheidszorg gedaan zal worden.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is de toenemende loonkosten in de gezondheidszorg. Wanneer de lonen in de gezondheidszorg evenredig toenemen met de landelijke loonkostenontwikkelingen en de productiviteit in de gezondheidszorg achterblijft bij de productiviteit op macroniveau, zullen de loonkosten onevenredig toenemen in de gezondheidszorg. Daarnaast kunnen loonkosten in de

toekomst een steeds grotere kostenpost worden vanwege algehele krapte op de arbeidsmarkt op macroniveau (SER, 2005:57).

### **2.3.3 Technologische ontwikkelingen**

Ook van belang zijn ontwikkelingen op het gebied van ICT en medische technologie. De precieze effecten van deze ontwikkelingen op de algehele volksgezondheid laten zich lastig voorspellen.

De verwachting is dat medisch-technologische vooruitgangen zullen leiden tot een beter voorspelbaar ziekteverloop. Een betere diagnostisering, betere preventie en verbeterde behandelmethodes zouden hier bijvoorbeeld aan bij kunnen dragen. Het gebruik van nieuwe technieken en al dan niet door ICT ondersteunde procesinnovaties leiden naar verwachting tot een toename van de efficiency en productiviteit in de gezondheidszorg. Daarbij zorgen verbeterde behandel en verzorgingsmethoden voor een hogere levensverwachting en betere kwaliteit van leven.

De keerzijde van de medaille is dat nieuwe en meer geavanceerde behandelmethodes vaak leiden tot hogere kosten. Dure behandelmethoden en het ziekbed dat substantieel verlengd wordt, dragen hier ook aan bij.

Tenslotte kan een prominentere rol van ICT in de gezondheidszorg leiden tot uitsluiting van bepaalde groepen, zoals digibeten of mensen die niet beschikken over een internetverbinding.

### **2.3.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Ontwikkelingen als individualisering, hoger opleidingsniveau en steeds mondigere burgers beïnvloeden de wensen en voorkeuren van patiënten in de gezondheidszorg. Er is sprake van emancipatie tussen patiënten en artsen, zorgaanbieders en verzekeraars. Patiënten stellen hoge kwaliteitseisen en eisen een scala aan keuzemogelijkheden, om vervolgens het zorgproces naar eigen inzicht in te richten. Een patiënt gaat steeds autonomer te werk en zal zelf willen beslissen door wie, wanneer, hoe en van welke kwaliteit de zorg moet zijn (meer of minder luxe).

Wanneer de kwaliteit van de thuiszorg niet voorziet in de behoefte van veeleisende patiënten, kan dit ertoe leiden dat de meer vermogenden zich beroepen op private zorginstellingen. Op de lange termijn zou dit kunnen leiden tot afkalving van het draagvlak voor collectieve gezondheidszorgvoorzieningen. Het solidariteitsprincipe waarop het huidige gezondheidsstelsel gestoeld is, zou dan onvoldoende reden zijn om gebruik te blijven maken van de collectieve zorg. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) voorziet in dit kader dat er een drietal type zorgvragers overblijven:

- 1) De zogenaamde 'armenzorg'. Het collectieve deel van de AWBZ-zorg zal enkel nog ingezet worden als vangnet voor zorgvragers met de laagste inkomens.
- 2) De mondige en vermogende zorgvragers, deze groep is steeds meer bereid om zelf zorg te organiseren en te financieren. Tot deze groep wordt een aanzienlijk deel van de toekomstige 65-plussers gerekend.
- 3) Er zal tenslotte ook een groep overblijven die minder zelfredzaam is. Het gaat dan om alleenstaanden, of hulpbehoevenden zonder ouder/verzorger. Deze groep heeft juist geen behoefte aan keuzemogelijkheden, omdat ze zelf vaak niet in staat is deze te maken.

Een belangrijke voetnoot die het RVZ plaatst is dat zorgvragers voor persoonlijke verzorging en verpleging wel een beroep zullen blijven doen op de collectief gefinancierde thuiszorgvoorzieningen. Waarom zij dit verwacht laat zij in het midden (RVZ, 2005: Mensen met een beperking in Nederland).

### **2.3.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt**

Het arbeidsaanbod blijft naar verwachting achter op de toenemende zorgvraag. Als de ontwikkelingen van de afgelopen jaren zich ongewijzigd voortzetten ontstaat er krapte op de arbeidsmarkt in de zorg. De toenemende vraag vanwege de vergrijzing, sluit niet meer aan op het aanbod van goed opgeleide zorgprofessionals. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) stelt dat de hoeveelheid werk de komende jaren harder groeit dan het aanbod van zorgprofessionals (LEVV, 2008). Ramingen van het CPB, het CBS en het ministerie van VWS onderschrijven dit. Werkgelegenheid en arbeidsaanbod in de zorg schetsen een gelijkend weinig rooskleurig beeld voor de thuiszorg. Rekening houdend met de ontgroening (minder jongeren op de arbeidsmarkt), de vergrijzing (grote uitstroom oudere werknemers), een hogere arbeidsproductiviteit en de groeiende vraag zijn er bij ongewijzigd beleid 470.000 extra werknemers nodig in de zorg in 2025 (ministerie van VWS, 2009).

Van het totale aantal werknemers op de arbeidsmarkt zal volgens prognoses van het ministerie van VWS toenemen van 13 procent naar ruim 20 procent. VWS wijst erop dat met name in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingshuizen de krapte groot zal zijn.

Indien het beleid ongewijzigd blijft leidt dit onherroepelijk tot problemen in de thuiszorg. Wachtlijsten zullen groeien, wachttijden toenemen en de werkdruk voor thuiszorgprofessionals zal hoger worden (2007 VWS, Arbeidsmarktbrief 2007: Werken aan de zorg,).

### **2.3.6 Persoonsgebonden budgetten**

Naast demografische ontwikkelingen en de extramuraliseringstrend is er de laatste jaren een sterke toename in het aantal persoonsgebonden budgetten (pgb's) waarneembaar. In tegenstelling tot gebruik van zorg in natura kunnen mensen met een pgb zelf bepalen welke zorg zij waar inkopen. Gedeeltelijk zal dit collectief gefinancierde zorg zijn, maar met een pgb wordt ook dikwijls informele of particuliere zorg ingekocht. In kader van vraaggestuurde zorg wordt het gebruik van pgb's gestimuleerd. Het aantal mogelijkheden om de zorg naar eigen wens in te kopen neemt toe met het pgb.

Volgens berekeningen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is de vraag naar pgb's in de gehele AWBZ (excl. de Wmo) tussen 2005 en 2007 met 36% toegenomen. Tegelijkertijd nam in dezelfde periode de algehele vraag naar AWBZ-zorg slechts met 11% toe (CIZ 2008). Het aantal pgb-aanvragen is de laatste jaren zelfs zo 'buitensporig toegenomen' dat minister Klink van VWS in juli 2010 de verstrekking van pgb's vrijwel volledig een halt heeft toegeroepen. Het aanvragen van een pgb is niet langer mogelijk, omdat het daarvoor gereserveerde geld op is (<http://nos.nl/artikel/172397-uitzonderingen-op-pgbstop.html>, 16-07-2010).

Momenteel zijn er ontwikkelingen gaande bij de pgb's. Volgens het SCP is echter nog onvoldoende duidelijk in welke mate dit betrekking heeft op verpleging en verzorging. Hierdoor is het momenteel nog onmogelijk om te onderscheiden welke zorg door een pgb betaald wordt en welke niet.

## 2.4 Wetgeving en bijbehorende regelingen

Wetgeving heeft een bepalende rol in het thuiszorgproces. Het stelt inhoudelijke kaders en randvoorwaarden aan de te verlenen zorg en ligt aan de basis van de financiering van het gehele systeem. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ontwikkeling zijn hierbij het meest bepalend. Basiskennis van deze wetgeving is nodig om de dynamiek tussen de actoren in het thuiszorgstelsel te kunnen begrijpen.

### 2.4.1 De AWBZ, Wmo en Zvw

Iedere Nederlander is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd voor langdurige zorg en ondersteuning, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis. De wet financiert dus meer dan alleen thuiszorg.

In het besluit zorgaanpakken worden zes verschillende zorgvormen genoemd die geleverd worden kunnen door zorgaanbieders (2ZW zorginformatiecentrum, 2008). Iedere zorgvorm is terug te leiden tot één van de zeven aandoeningen uit bovengenoemd schema. Deze zorgvormen zijn relevant voor dit onderzoek, omdat deze onderdeel zijn van het jargon dat het thuiszorgpersoneel bezigt en terug te vinden op de volgende pagina.

De AWBZ kan ook wel gezien worden als het wettelijke geraamte van de (thuis)zorg. Cliënten, het CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders,

Om voor AWBZ-gefinancierde zorg in aanmerking te komen, moet eerst een aanvraag voor indicatie worden ingediend en is een positief indicatiebesluit nodig. Indicatiestelling is het indiceren (beoordelen) van de zorgbehoefte van de klant en het vaststellen van de inhoud en de omvang van de aanspraak op zorg van de verzekerde voor AWBZ-zorg (NRV, 1994).

**Tabel 2: Grondslagen AWBZ-zorg, bron: [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)**

Zorgvormen	Beschrijving
<i>Persoonlijke verzorging</i>	Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid (bijvoorbeeld hulp bij dagelijkse verzorging, het aanbrengen van prothesen en het doen van oefeningen), te verlenen door een instelling.
<i>Verpleging</i>	Verpleging gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening, beperking of handicap (zoals al dan niet dagelijkse hulp bij bijvoorbeeld het toedienen van medicijnen of zuurstof, wondverzorging, het geven van instructies en voorlichting over het omgaan met ziekte en hulpmiddelen), te verlenen door een instelling.
<i>Ondersteunende begeleiding</i>	Ondersteunende activiteiten gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling (anders gezegd: het gebruik maken van de mogelijkheden die men heeft, bijvoorbeeld door dagactiviteiten, leren zorgen voor eigen huishouden en dagbesteding).
<i>Activerende begeleiding</i>	Door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op (a) herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek, of (b) het omgaan met de gevolgen van een aandoening, beperking of handicap (bijvoorbeeld gedragscorrectie of oefenen van sociale vaardigheden bij gedragsproblemen).
<i>Behandeling</i>	N.v.t.
<i>Verblijf</i>	N.v.t.

In 2007 is de WMO geïntroduceerd. Deze wet heeft het AWBZ-veld met betrekking tot thuiszorg op sommige gebieden ingrijpend veranderd.

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is op 1 januari 2007 in werking getreden. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet. Voor dit onderzoek is het vooral van belang om te weten dat met ingang van deze wet de huishoudelijke hulp onder verantwoording van gemeenten valt.

Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, moet de gemeente ondersteuning bieden. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft er de AWBZ.

Tenslotte is er nog de Zvw. Iedere inwoner in Nederland is verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Waar de AWBZ zich toelegt op verpleging en verzorging (Care), richt de zorgverzekeringswet zich op de financiering van zorg gericht op herstel (Cure), zoals huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg etc.

Thuiszorgpersoneel krijgt met de Zvw te maken, omdat patiënten binnenkomen via Zvw-gefinancierde zorg, zoals huisartsen en medisch specialisten. Een belangrijke trend binnen de wettelijke regelingen is dat de overheid – om de kosten van de AWBZ te drukken – steeds meer zaken overhevelt naar de Zvw. Thuiszorgpersoneel zal in de toekomst dus naar alle waarschijnlijkheid steeds meer geconfronteerd worden met de Zvw.

## 2.5 Conclusie

De eerste deelvraag kan nu beantwoord worden: **Hoe ziet het Nederlandse thuiszorgsysteem eruit en wat zijn de belangrijkste macro-ontwikkelingen?**

Binnen de thuiszorgketen is er sprake van een uitermate complex samenwerkingsverband van financiering en indicatiestelling. De komende jaren zal de indicatiestelling veranderen, vanwege de transformatie van het CIZ van indicatiesteller tot toezichthouder.

Daarnaast zullen zich een aantal ingrijpende macro-ontwikkelingen voordoen. De vergrijzing zal toenemen en tegelijkertijd ontstaat er een krapte op de arbeidsmarkt van thuiszorgprofessionals. Ook duiden de prognoses erop dat technologische innovaties een groter aandeel zullen krijgen in het voorzien van de zorgbehoefte van de cliënt. Medisch-technologische vooruitgang zal er aan bijdragen dat we steeds ouder worden en zorgbehandelingen complexer en daarmee duurder. Daarnaast zal naar verhouding het aantal hoogopgeleiden toenemen wat tot gevolg heeft dat mensen gezonder en langer leven.

### 3. Theoretisch kader

Nu bekend is hoe het thuiszorgsysteem in grote lijnen vormgegeven is en welke macro-ontwikkelingen hieraan ten grondslag liggen, kan vervolgens de spanning tussen het thuiszorgsysteem en de thuiszorgprofessionals op de werkvloer beschreven worden. Dit gebeurt in de eerste paragraaf, waarin de clash tussen de systeem- en leefwereld uitgelegd wordt aan de hand van verregaande moderniseringsprocessen die de laatste jaren plaats hebben gevonden. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van een theorie van Jürgen Habermas die hij uiteenzet in zijn werk 'Theorie des Kommunikativen Handelns' (Gerard H. Fairtlough, 1991: 1). In de daaropvolgende paragraaf wordt de leefwereld verder verkend aan de hand van de begrippen professionalisering en professionele ruimte. Verschillende typen van professionaliteit komen hierbij aan bod. Het raamwerk dat dan ontstaat biedt handvatten om de ervaringen van thuiszorgactoren over professionele ruimte verder te analyseren en te verklaren in de daaropvolgende hoofdstukken. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk zal het onderscheid tussen de systeem- en leefwereld verbonden worden met de verschillende typen professionele ruimte die in dit hoofdstuk ter sprake komen. Daarmee zijn dan eveneens de tweede en derde deelvraag beantwoord.

#### 3.1 Het verschil tussen de systeem- en leefwereld

Het concept van de leefwereld dat Habermas in 1981 publiceerde, was toentertijd een geheel nieuwe manier om de dynamiek van de ontwikkelingen in huidige moderne samenlevingen te analyseren. Het concept van leefwereld bestond al, maar Habermas is de eerste die de implicaties van de leefwereld voor het systeem en vice versa beschrijft (Gerard H. Fairtlough, 1991: 1). Habermas spreekt van een clash tussen de systeem en leefwereld. Om dit goed te kunnen begrijpen zal eerst worden stil gestaan bij de modernisering die volgens Habermas een grote bijdrage heeft geleverd aan de clash tussen de systeem- en leefwereld. Nadat vervolgens de clash tussen beide domeinen is toegelicht, volgt een nadere toelichting over welke verbindingen tussen de systeem- en leefwereld te leggen zijn.

##### 3.1.1 Modernisering van de samenleving

Heb begrip 'modernisering' wordt door de Nederlandse overheid veelvuldig gebruikt. Een sprekend voorbeeld in het kader van dit onderzoek is de 'modernisering van de AWBZ' (overheid.nl, 18-10-2010). Van Elteren e.a. verklaren dit begrip als volgt: *"Met behulp van dit begrip wordt expliciet of impliciet tot uitdrukking gebracht dat de problemen waar men op stuit te herleiden zijn op het 'ouderwetse', niet voldoende moderne karakter van bepaalde structuren, arrangementen en werkwijzen, waarvoor dan een oplossing wordt gevonden door verdergaande modernisering."* (Van Elteren e.a., 2006: 7). Beleidsmakers kennen over het algemeen een positieve betekenis toe aan het begrip 'modernisering'. Veelal koppelen zij dit begrip aan bevordering van de efficiëntie en effectiviteit. Hiermee hopen zij het 'rationele gehalte' en de transparantie van het systeem te vergroten. Dit moet vervolgens leiden tot een vergroting van de beheersbaarheid en kwaliteit van dienstverlening (Van Elteren e.a., 2006, 7)



Binnen de huidige sociale wetenschap is het begrip modernisering niet onomstreden.<sup>3</sup> Habermas wil met zijn theoretische analyse van de systeem- en leefwereld een bijdrage aan dit debat leveren. Een belangrijke onderdeel van Habermas' analyse is de rationalisering van de leefwereld. Hij ziet dit als een product van de moderniseringsprocessen die geleid hebben tot de huidige samenleving. Rationalisering vindt met name plaats wanneer het erg moeilijk blijkt om wederzijds begrip te creëren en meer intensieve discussie benodigd is. Dergelijke situaties doen zich voor als mensen niet in direct contact met elkaar staan, maar elkaar wel beïnvloeden. Vaak hebben de actoren ook verschillende conflicterende belangen en doelen (Gerard H. Fairtlough, 1991: 6, 7) .

Volgens Habermas is er in de moderne samenleving sprake van twee typen rationaliteit. De eerste is de 'doel-middel rationaliteit', die overwegend aanwezig is binnen wat hij noemt 'het systeemdomein'. Het systeem denkt vanuit een bepaalde bestuurlijke economische rationaliteit, die voornamelijk gericht is op beheersing en controle van het leefwereld domein. In dit tweede domein is volgens Habermas sprake van een ander type rationaliteit. Dit tweede type noemt Habermas de 'communicatieve rationaliteit' en hij ziet dit als het bindende mechanisme van deze leefwereld (Habermas, 1984: 2-25).

Het rationaliseringsproces van de leefwereld legt Habermas uit aan de hand van het verschil tussen tribale en gemoderniseerde maatschappijen. In tribale maatschappijen blijft volgens Habermas de leefwereld onbetwistbaar. Collectieve assumpties sturen bijna iedere vorm van persoonlijke actie, of sociale interactie. Op deze manier voorziet de leefwereld in antwoorden op bijna alle mogelijke vragen. Daarentegen is in gemoderniseerde samenlevingen de rol van (rationele) communicatieve actie veel groter om richting en antwoorden te geven. In thuiszorginstellingen ziet men deze rationalisering bijvoorbeeld terug in de invoering van de indicatiestelling op de werkvloer. Bepaalde budgetcriteria en controlemechanismen beïnvloeden de interacties in de leefwereld van de thuiszorgprofessional. Daarnaast hebben strategische acties een steeds grotere impact op de leefwereld van de moderne samenleving. Strategisch opererende actoren trachten hun persoonlijke doelen te bereiken door het inzetten van macht, oneerlijke presentatie, of gespeelde communicatieve actie (Gerard H. Fairtlough, 1991: 2, 3).

Habermas stelt dat in toenemende mate de communicatieve en strategische interacties overnemen wat voorheen tot de leefwereld behoorde. Op deze wijze transformeert de leefwereld naar een plek waarin rationele vormen van interactie aan importantie winnen. De grens in de nieuwe situatie vervaagt: van een onbetwistbare leefwereld, naar een leefwereld beïnvloed door rationalisering waardoor onduidelijke scheidslijnen ontstaan. Deze onduidelijke scheidslijnen zijn ook terug te zien in het lastig definieerbare onderscheid tussen communicatieve en strategische actie (Gerard H. Fairtlough, 1991: 2, 3).

### **3.1.2 De clash tussen de systeem- en leefwereld**

Het bovengenoemde moderniseringsproces – wat Habermas aanduidt met de rationalisering van de leefwereld – legt de basis voor een clash tussen de systeem- en leefwereld. In dit onderzoek is het

---

<sup>3</sup> Zie voor een toelichting van dit debat de laatste alinea van paragraaf 3.1.2 op p. 25

van belang om de achterliggende dynamiek van de clash tussen de systeem- en leefwereld te doorgronden. Dit maakt het namelijk mogelijk om het huidige gedrag en ervaringen van actoren in het thuiszorgstelsel van vandaag de dag beter te begrijpen (Gerard H. Fairtlough, 1991: 1).

Habermas onderscheidt in zijn analyse van moderne maatschappijen een steeds verdergaande verzelfstandiging van twee domeinen. Enerzijds is er het domein van de leefwereld waarin compassie, normen en waarden en persoonlijke relaties bepalen hoe de deelnemers met elkaar omgaan. Anderzijds is er het systeemdomein, waarin de bestuurlijke logica en economische rationaliteit de boventoon voeren. Doelen als beheersing, presteren en het bevorderen van de voorspelbaarheid staan centraal voor de onderlinge communicatie binnen dit systeemdomein (Van Elteren e.a., 2006: 7,8).

Dat in moderne maatschappijen beiden domeinen steeds verdergaand verzelfstandigen heeft volgens Habermas grote voordelen. De laatste decennia is er sprake van een ongekeerde toename van economische productiviteit en bestuurlijke beheersbaarheid. Hierdoor hebben maatschappijen zich kunnen ontwikkelen tot een welvaartsniveau dat nog nooit eerder in de wereldgeschiedenis is bereikt (Habermas, 1984: 562).

Tegelijkertijd wijst Habermas op het gevaar van deze ontwikkeling dat de systeemlogica ook steeds meer gaat domineren in de leefwereld. Dit houdt in dat de bestuurlijke en economische logica die binnen bedrijven, departementen en onderzoeksbureaus leidend is, steeds meer vermengt met de alledaagse persoonlijke leefwereld. Het grootste risico is volgens Habermas dat hierdoor de morele betrokkenheid en persoonlijke zingeving – die volgens hem juist de bindende mechanismen van de leefwereld zijn – in de verdrukking geraken.

Habermas is niet de enige die zich zorgen maakt over deze inmenging tussen beide domeinen. Een vooraanstaande socioloog, Alain Touraine, stelt in dit kader dat in hoogontwikkelde samenlevingen de tegenstelling tussen arm en rijk is vervangen door een nieuwe tegenstelling. Centraal staat nu de verdediging van persoonlijke zingevingskaders tegenover de economische prestatie-eisen en processen van bestuurlijke rationalisering (Touraine, 2000). Ook Anthony Giddens constateert een soortgelijke ontwikkeling. Volgens hem zijn moderne instituties en organisaties ertoe geneigd om morele vragen en dilemma's over het eigen bestaansrecht buiten de eigen poorten te bannen en te reduceren tot een individueel keuzeprobleem (Giddens, 1998). Manuel Castells gaat zelfs nog een stap verder. In de geest van economische, maar ook culturele globalisering van de afgelopen decennia, spreekt hij over een groeiende splitsing tussen het 'Net' en het 'Zelf'. Het net zijn de wereldwijde stromen van informatie, kennis en producten in omwille van politieke macht en economische groei. Met het zelf doelt Castells op persoonlijke culturele zingevingskaders, verhalen en waarden.

### **3.1.3 De verbinding tussen beiden domeinen**

De scheiding tussen de systeem- en leefwereld, tussen het 'Net' en het 'Zelf' en tussen productiviteitseisen en morele zingeving leiden ertoe dat vooral de verschillen tussen de domeinen aandacht krijgen. De bijdragen van de zojuist genoemde sociologen en filosofen brengen een extra

nuance aan, omdat zij niet enkel de positieve aspecten van moderniseringsprocessen belichten, maar ook wijzen op de gevaren en risico's. Maar door de verschillen enkel te benadrukken ontbreekt de aandacht voor het leggen van verbinding tussen beide sferen. Juist in de thuiszorg zou het leggen van de verbinding tussen de wereld van het thuiszorgsysteem met die van de leefwereld waarin de thuiszorgprofessional zorg levert meerwaarde kunnen hebben.

Van Elteren (2006) wijst in dit kader hiervan op het ontbreken van 'membranen' tussen de systeem- en de leefwereld. Het creëren van wederzijds begrip en het leggen van verbinding tussen beiden werelden is nodig volgens haar. Op deze manier kan een toestand bereikt worden waarin de leefwereld vertegenwoordigd is in het systeem, en in de leefwereld het systeem haar rechtmatige plek krijgt toegewezen. Van Elteren (2006) stelt in haar werk *Thuiszorg in Transitie* dat voor de discussie over de huidige en toekomstige ontwikkeling van de thuiszorg 'juist die verbindingen van doorslaggevend belang zijn' (Van Elteren e.a., 2006:8).

Dit brengt de theoretische verkenning van het systeem-leefwereld-concept bij de thuiszorgorganisatie en de zorgprofessional. De 'membranen' waarover Van Elteren (2006) spreekt zijn volgens haar deze zorginstellingen en de thuiszorgprofessionals. In het raamwerk van dit onderzoek zijn zij de bepalende actoren voor de kwaliteit van de verbinding tussen de macro economische en bestuurlijke logica enerzijds, en de zingevingskaders, persoonlijke relaties en verlangens op microniveau anderzijds. Door deze bemiddelende rol centraal te stellen kan recht gedaan worden aan de tegenstellingen en wrijving tussen het systeemdomen en de leefwereld. Daarnaast kan ook gekeken worden naar de mogelijkheid en wenselijkheid van de koppelingen, overgangen en verbindingen tussen de twee domeinen.

Samenvattend kunnen de volgende opmerkingen gemaakt worden. De overheid heeft onder het mom van 'modernisering' tal van hervormingen doorgevoerd in de thuiszorgsector. Volgens de theoretische analyse van Habermas leidt dit moderniseringsproces tot een rationalisering van de leefwereld. Hierdoor vermengt de bestuurlijke en economische logica van het thuiszorgsysteem in de leefwereld van de thuiszorgprofessional, waar zaken als zingeving, persoonlijke relaties en normen en waarden centraal staan. Habermas benoemt het problematische verschil tussen de systeem- en leefwereld. Wat hij achterwege laat zijn de verbindingen die tussen beiden domeinen gelegd kunnen worden. Thuiszorgorganisaties en thuiszorgprofessionals zijn de bepalende actoren die een bijdrage aan deze verbinding zouden kunnen leveren.

Om de ervaringen en beelden van deze verbindende actoren te kunnen analyseren en verklaren zal nu het theoretisch raamwerk in de volgende paragraaf aangevuld worden aan de hand van de begrippen professionalisering en professionele ruimte.

### **3.2 De verbinding 'in concreto'**

Waar de vorige paragraaf eindigde met de constatering dat er behoefte is aan verbinding tussen de systeem- en leefwereld, zal deze paragraaf deze verbindingen nader bestuderen en concretiseren. Habermas spreekt over ontwikkelingen in de samenleving als geheel. Deze paragraaf zal zich

beperken tot het domein van de professional en de (publieke) organisatie. Dit gebeurt aan de hand van de begrippen professionalisering en professionele ruimte. Deze begrippen staan centraal, omdat zij zich toespitsen op de actoren die de verbinding tussen systeem- en leefwereld vorm kunnen geven. Allereerst volgen nu een aantal perspectieven op professionalisering, waarna vervolgens ook een aantal verschillende vormen van professionele ruimte de revue zullen passeren.

### **3.2.1 Professionalisme vanuit klassiek perspectief**

In de klassieke benadering van professionaliteit wordt een professional beschreven als een beroepsbeoefenaar die behoort tot een professie (Noordegraaf, 2008:185). Een professional is – in de klassieke zin van het woord – een specialist die op grond van een specifieke expertise er in is geslaagd toegang tot een afgebakende set van taken in meer of mindere mate te monopoliseren (Abbott, 1988: 70-71). Professionaliteit gaat over geïnstitutionaliseerde en door professie gereguleerde kennis en kunde, gericht op de toepassing van algemene kennis op specifieke gevallen (Noordegraaf, 2008: 378).

Freidson heeft veel onderzoek gedaan naar professionaliteit. In zijn benadering over professionaliteit staat 'professional control' centraal (Noordegraaf, 2008). Die professionele controle kent twee gedaanten.

Allereerste noemt Freidson inhoudelijke controle. Deze inhoudelijke controle richt zich op de kennis en kunde van professionals (Noordegraaf en Meurs, 2002; Noordegraaf, 2008). Zo heeft iedere thuiszorgprofessional een opleiding gevolgd om cliënten te mogen verplegen en of verzorgen. Deze kennis en kunde van thuiszorgprofessionals wordt vastgelegd in verschillende informatiebronnen, zoals tijdschriften en handboeken. Deze concrete kennisuitwisseling zorgt ervoor dat de meest recente kennis vastgelegd wordt, waardoor duidelijk is wat professionals weten en kunnen (Noordegraaf, 2008: 195). De kennis van thuiszorgprofessionals kan echter nooit volledig vastgelegd worden op papier. De vertaling van algemene (expliciete) kennis naar concrete situaties vraagt betekenisvolle interferenties en interpretaties en dat vereist inzicht en ervaring, ofwel 'tacit knowledge' (Noordegraaf, 2008: 195; Nonaka & Takeuchi, 1995).

Naast de inhoudelijke controle benoemt Freidson ook institutionele controle. Een professie kent institutionele mogelijkheden om het eigen professionele domein af te schermen (Noordegraaf, 2008: 196). Een institutie ontstaat als gedeelde manieren van denken en doen, die gedragingen stabiliseren en betekenis verschaffen, tot uitdrukking komen in grondstructuren (bijv. Politieke partijen), regimes (begrotingregimes) en patronen (normen, waarden, culturen) (Noordegraaf, 2008: 371). Professions vormen beroepsgroepen, maken gedragscodes, starten (universitaire) opleidingen en bepalen opleidingseisen, selecteren, certificeren en sanctioneren. Op die manier wordt geprobeerd om zowel de effectiviteit als legitimiteit van beroepsuitoefening te versterken (Noordegraaf & Meurs, 2002: 23). Een professie bepaalt niet alleen wat professionals kennen en kunnen, maar ook wat hun houding en attitude zijn (Noordegraaf, 2008:196). Er kan gesproken worden van eigen specifieke professionele culturen (Freidson in Hupe, 2009).

Deze reeks institutionele kenmerken bestaat enerzijds uit eigenschappen die verbonden zijn met aan een bepaald beroep, en wordt anderzijds bepaald door de manier waarop dat beroep in de samenleving wordt benaderd. Professies eigenen zich het exclusieve recht toe om professioneel handelen te reguleren. Dat impliceert dat professionaliteit zowel over inhoud als over macht gaat (Noordegraaf & Meurs, 2002: 23). De samenleving laat in bepaalde mate zelfregulering toe (sancties) en accepteert zij de exclusiviteit van deze beroepsgroepen. De kenmerken van een professie, en de wijze waarop de samenleving deze autonomie accepteert, dragen bij aan de institutionalisering van een professie (Hupe, 2009).

Ook in de systeemtheoretische analyse van Abbott staat de mate van controle over een bepaalde set taken centraal (WRR, 2004). Volgens Abbott zijn er verschillende domeinen waarover gestreden kan worden over controle. Het domein van de werkplek, het publieke domein, het universitaire domein en het juridische domein vormen het geheel van verschillende "jurisdicties" waarbinnen een professional een complexe taak moet uitvoeren. De mate waarin er de exclusieve controle over een domein is georganiseerd, bepaald de mate van professionaliteit (WRR, 2004).

In de klassieke benadering is een professie dus een beroepsgroep die voor zichzelf een inhoudelijke en institutionele controle heeft georganiseerd. Door deze professionele controle heeft een klassieke professie een bepaalde mate van autoriteit verworven en kan er gesproken worden van een professionele cultuur.

### **3.2.2 Professionalisme vanuit modern perspectief**

Naast het klassieke perspectief is er ook het moderne perspectief op professionalisering. Lipsky (1980) heeft met zijn werk 'Street-level Bureaucracy' de basis voor dit perspectief gelegd. Lipsky spreekt over 'discretionaire ruimte' van de 'street-level bureaucrat'. Hierbij ziet hij professionals als 'policy makers'. Zij bezitten een bepaalde discretie en autonomie op het moment dat ze contact hebben met cliënten. Lipsky (1964) erkent dat deze vrijheid van de professional op gespannen voet kan staan met de regelgeving en procedures vanuit wetgeving en het management. Maar tegelijkertijd stelt hij dat de complexiteit vanuit de werkelijkheid vaak onmogelijk te reduceren is tot statische regels, richtlijnen en instructies.

Een tweede argument is dat professionals, of 'street-level bureaucrats' zoals Lipsky ze noemt, moeten reageren op situaties waarin menselijke emoties en interacties een belangrijke rol spelen. De vereiste sensitiviteit van een professional om hiermee om te kunnen gaan, is onmogelijk te vereenvoudigen tot een programmatische richtlijnen en protocollen. Om goed om te kunnen gaan met dergelijke situaties is discretionaire ruimte dus een vereiste, aldus Lipsky (1964).

Vanuit modern perspectief is de positie en het domein van professionals alles behalve een statisch gegeven (WRR, 2004). Tegenwoordig zijn de grenzen van professionaliteit erg opgerekt. In deze context wordt ook wel gesproken over herwaardering van de professional. In de jaren '60-'70 werd de professionele deskundigheid ter discussie gesteld en kwam het begrip professie sterk onder vuur te liggen. Onder invloed van opkomende democratisering en rationaliseren/rantsoenering anderzijds werd professionaliteit bestempeld als machtsmisbruik, betutteling en kleinering. Sinds de jaren '60 zijn

de verantwoordings-eisen van professionals sterk aangescherpt om meer inzicht te krijgen in de prestaties van professionals (WRR, 2004: 134).

Het invoeren van verschillende monitor- en evaluatiesystemen om meer managerial grip te krijgen op professionals, de opkomst van assertieve en mondige burgers en vele reorganisaties in het publieke domein zijn de redenen waarom de klassieke professionaliteit is opgebroken. Naast het temmen van de professionals (Tonkers, 2008), hebben er ook een sterke kwaliteitsverbetering en praktijkinnovatie plaatsgevonden (WRR, 2004: 133).

Naast een herwaardering van klassieke professies, lijken er ook steeds meer moderne professies bij te komen. Waar vroeger gesproken werd over een selecte groep hoogopgeleide specialisten, lijkt tegenwoordig bijna iedereen een professional te willen zijn. Wilensky (1964) vraagt zich daarom af of er sprake is van een 'professionalization of everyone'? Vele beroepsbeoefenaren willen professionaliseren. Deze professionaliseringsdrang is niet vreemd omdat de term professional strategische betekenis heeft. Zo maakt bijvoorbeeld, Actiz als belangenbehartiger van 415 thuiszorginstellingen, zich sterk voor het wettelijk vast laten leggen van de functie van wijkverpleegkundige (Actiz, 2010: 31). Professionaliteit gaat namelijk gepaard met een zekere mate van afscherming, vrijheid en status (Noordegraaf & Sterreburg, 2009: 116). Nieuwe professionals richten beroepsgroepen op en streven naar 'professional control' en zelfregulering. De klassieke benadering van professionaliteit wordt hierbij vaak gezien als voorbeeldmodel. Nieuwe professionals proberen inhoudelijke en institutionele controle te verwerven door eigen opleidingen te starten, ethische codes in te voeren, om zo een 'body of knowledge' te creëren dat door alle professionals geaccepteerd wordt (Noordegraaf, 2008: 198).

De moderne professies zijn om verschillende redenen vaak niet zo goed georganiseerd als de meer klassieke beroepsgroepen. Allereerst is het lastig een inhoudelijke, technische basis af te bakenen als de kennis in dat domein tamelijk ambigu is (Noordegraaf, 2008: 198). Mede door de ambigue technische basis is het ook lastig om een goed afgeschermd gebied te creëren. Daarnaast blijken vele moderne professionals zich wel te willen verenigen in beroepsgroepen maar omdat het gemakkelijk is uit een beroepsgroep te stappen en een nieuwe vereniging te starten, bezitten deze weinig aanzien (Noordegraaf, 2008).

### **3.2.3 Discretionaire ruimte**

Een begrip dat nauw samenhangt met de street level bureaucrat van Lipsky (1964) is discretionaire ruimte. Discretionaire ruimte is de mogelijkheid voor professionals om af te kunnen wijken van de standaard regels (Kruiter et al., 2008). Discretionaire ruimte kan hiermee gelijkgesteld worden aan het begrip professionele ruimte. Waar regels en publieke verantwoording het werk van street level bureaucraten stuurt, zorgt discretionaire ruimte voor vrijheid van handelen (Hupe, 2007: 281). Deze ruimte verwijst naar de wijze waarop actoren zich verstaan met de verscheidenheid aan regels, afkomstig uit een variëteit aan bronnen, die zij geacht worden toe te passen (Hupe, 2009: 142).

De concepten discretionaire ruimte en regels zijn dus sterk aan elkaar verbonden. Dworking omschrijft discretionaire ruimte als volgt: *"The concept of discretion is at home in only one sort of context; when someone is in general charged with making decisions subject to standards set by a particular*

*authority. Discretion, like a hole in a donut, does not exist except as an area left open but a surrounding belt of restriction*" (Dworking, 1977: ....). Discretionaire ruimte is te vergelijken met het gat in een donut. Het bestaat niet zonder beleid en regels die de discretionaire ruimte beperken en de ring van de donut vormen (Kruiter et al., 2008: 71). De discretionaire ruimte van street level bureaucrats bestaat juist omdat ondanks alle beperkingen operationele keuzes gemaakt moeten worden (Davis, 1969: 4).

Hupe stelt dat street level bureaucrats gedwongen zijn de discretionaire ruimte te gebruiken. Street level bureaucrats werken in een context waarin het onmogelijk is om aan alle verwachtingen te kunnen voldoen (Lipsky, 1980). Daarom zijn deze professionals gedwongen te kiezen aan welke verwachting wel en welke niet wordt voldaan. Actoren worden geconfronteerd in situaties waarin regels ambigu of zelfs tegengesteld kunnen zijn. Tegelijkertijd werken publieke professionals met een actie imperatief (Hill & Hupe, 2007: 281). Ondanks de ambiguïteit van de omgeving waarin ze opereren moeten street level bureaucrats steeds keuzes maken. Keuzes over hoe er met een specifieke regel om moet worden gegaan – in het algemeen en in specifieke gevallen – maar ook keuzes tussen welke regel er wordt toegepast (Hill & Hupe, 2007: 281). Street level bureaucrats kunnen in de werkzaamheden zelf kiezen wanneer ze wel of geen beroep doen op hun discretionaire ruimte.

Er is in de literatuur over de voor- en nadelen van discretionaire ruimte geschreven. Discretionaire ruimte geeft professionals de bewegingsvrijheid om aan de specifieke behoeften van mensen met meerdere problemen te kunnen voldoen (Kruiter et al., 2008: 72). Manyard-Moody beargumenteert dat de professionele ruimte ook voor gemotiveerde publieke professionals zorgt. Omdat street-level bureaucrats naar eigen inzicht hun werk kunnen bepalen zal de motivatie en de ondernemerschap versterkt worden. Daarnaast zorgt het afwijken van de standaarden voor beter maatwerk, innovatieve en flexibele dienstverlening.

Er kleven echter ook enkele bezwaren aan te veel discretionaire ruimte. Het gebrek aan accountability, transparantie en grote mate van onvoorspelbaarheid zijn enkele gevaren die op de loer liggen (Kruiter, e.a., 2008). De hoge mate van zelfstandigheid werkt willekeurig en soms zelfs corruptie in de hand. Sossin constateert dat er de kans bestaat dat professionals die ruimte gebruiken om loyaal te zijn aan de organisatiedoelstellingen en niet aan de cliënten van de organisatie (Sossin: 2007: 98).

Forsyth (1999) pleit echter, ondanks deze bezwaren, dat het absoluut noodzakelijk is om tot effectieve samenwerking te komen als er complexe vraagstukken op tafel liggen: *"Discretion is unavoidable in which bureaucracies or other working groups deal with complex problems."* (Forsyth, 1999: 58)

### **3.2.4 Managerialisme en het verschil tussen discretie en autonomie**

Het begrip discretionaire ruimte staat centraal in het moderne perspectief op professionalisme. De opkomst van dit perspectief is hand in hand gegaan met de opkomst van het 'managerialisme' (Van der Veen, 2010, 7). Deze stroom in de organisatiewetenschap is gebaseerd op het idee dat organisaties en werknemers een gids nodig hebben om de organisatietaken samen uit te kunnen voeren (Noordegraaf, 2004: 76). Het is van belang om deze stroming te bestuderen, omdat aan de

hand hiervan een nuance aangebracht kan worden in verschillende vormen van professionele ruimte (Van der Veen, 2010: 4).

Er kunnen twee ideaaltypen van managerialisme onderscheiden worden. Ten eerste is er de rationele planning en organisatie van productieprocessen, in combinatie met stringente controle, zodat een organisatie efficiënt en in samenwerking produceren kan. De grondleggers van het managerialisme zijn Weber en Taylor (Noordegraaf, 2004: 264).

Het tweede ideaaltype wordt veelal aangeduid als de 'Human Resource' benadering. Hierbij verlegt de aandacht zich van structuren en productieprocessen, naar de rol van de medewerkers en hun loyaliteit en bereidheid om zich in te zetten voor de organisatie. Investerings in 'menselijk kapitaal' en motivering van medewerkers draagt volgens deze stroming bij aan een optimalisering van de productiestroming. (verwijzing opzoeken naar Noordegraaf 2004)

Regels en autoriteit zijn de instrumenten van 'managerial control' in de Weberiaanse en Tayloristische vorm van managerialisme. Betekenisgeving en sociale binding zijn de instrumenten van managerial control in het tweede ideaaltype van managerialisme zoals Durkheim deze beschrijft (Meyer, 2004: 33). Beide vormen van managerialisme zijn conflicterend met het ideaaltype van professionalisme. De rol en positie van professionals binnen een organisatie krijgt vorm op grond van de mate van discretie en autonomie van de professional (Hasenfeld, 1992: 5-8).

In de vorige paragraaf is het belang van discretie aangeduid als de vrijheid om kennis toe te passen om dit vervolgens naar eigen inzicht te kunnen interpreteren afhankelijk van individuele situaties. Managerial control is conflicterend met het uitgangspunt van professionele discretie.

Autonomie van professionals maakt de professional tot op zekere hoogte onafhankelijk van de organisatie waarin zij werken. Dit is nodig om vertrouwen te organiseren dat de basis legt voor de relatie tussen professional en cliënt. Ook voor samenwerking met partners buiten de eigen organisatie is autonomie een voorwaarde voor de professional om professioneel te kunnen handelen.

Van der Veen (2010) concludeert dat met de komst van de managerial benadering de positie van de professional ontegenzeggelijk veranderd is. Maar dat dit betekent volgens hem niet dat hierdoor professionals direct in de knel komen. Integendeel, Van der Veen concludeert dat de professionele discretie bij behandeling van een individuele cliënt onveranderd is gebleven, maar dat dit tegenwoordig gecombineerd wordt met restrictie van de autonomie van de professional binnen de organisatie. De thuiszorgprofessional moet meer verantwoording afleggen, bijvoorbeeld bij het aanvragen van een indicatie. Daarnaast vraagt een complexe zorgvraag om samenwerking met verschillende partijen. Dit vraagt om een thuiszorgprofessional die de restricties van het systeem en de belangen van andere partijen kent en hier ook mee om weet te gaan om de cliënt zo te voorzien in zijn of haar zorgbehoefte. Van der Veen (2010) concludeert dan ook dat professionele autonomie wordt ingeperkt, maar de professionele discretie wordt nauwelijks beïnvloed door de toegenomen aantal restricties.



Een professional die in een dergelijke situatie kan functioneren noemt Van der Veen een reflectieve professional. Deze reflexieve professional handelt niet op grond van reflectie op zijn kennis van de professie, maar op reflectie gebaseerd op interdependenties en contingenties die bestaan in de omgeving waarin de professional functioneert. Om succesvol te zijn moeten professionals rekening houden met wie en waarvan ze afhankelijk zijn en wat ze nodig hebben van anderen. De opmars van managerial benadering betekent dus niet direct de-professionalisering van de professionals, maar vraagt eerder om een reflexieve professional die de individuele cliënt kan helpen door op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en beperkingen van het systeem en de omgeving van de cliënt en professional.

### **3.2.5 Professionele ruimte voor de publieke professionals**

Centraal in dit onderzoek staan thuiszorgprofessionals als publieke professional. Daarom komen in deze samenvattende subparagraaf de belangrijkste inzichten over professionals aanbod en worden deze toegespitst op publieke (thuiszorg)professionals.

Een speciale groep professionals zijn werkzaam in de publieke sector (Van der Lans, 2008). Deze semi-professionals (Etzioni in Hupe, 2009) zijn een erg heterogene groep. In het huidige onderzoek wordt er met de term publieke professionals een beroepsbeoefenaars in het publieke of maatschappelijke dienstverlening bedoeld. Hoewel deze groep publieke professionals totaal verschillende specialisaties uitoefenen, zoals (thuis)zorg, politie, onderwijs en welzijn, hebben deze ze een aantal eigenschappen gemeen (uit Noordegraaf 2009: 116, gebaseerd op Schön 1983, Freidson 2001, WRR 2004):

- 1.) Ze werken met en voor individuele burgers (zoals cliënten, patiënten, leerlingen, enz.) maar dienen tegelijk maatschappelijke waarden als gezondheid, welzijn, kennisontwikkeling of veiligheid.
- 2.) Ze behandelen individuele burgers als specifieke 'gevallen'. Hierbij varen zij op een combinatie van expliciete algemene kennis die transparant te maken is en geïnternaliseerde ervaringskennis die minder gemakkelijk is te expliciteren: 'tacit knowledge'.
- 3.) Ze hebben in meer of mindere mate een vak geleerd, en behoren tot meer of minder geformaliseerde beroepsgroepen die hun gedrag beïnvloeden en reguleren, maar ze werken in of voor publieke en maatschappelijke organisaties.

Professionaliteit kan op tal van dimensies verschillen: de aard van het beroep, wijze van zelfregulering, typen opleiding en maatschappelijke waardering zijn voor alle professies anders (Hupe, 2009). Publieke professionals onderscheiden zich van vrije professionals omdat ze werkzaam zijn in publieke of maatschappelijke instellingen die ook nog eens een maatschappelijke waarde dienen (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009: 117).

Lipsky noemt publieke professionals 'street level bureaucrats' (Lipsky, 1980). De definitie van street level bureaucrats is volgens Lipsky: Individuen die werken bij publieke organisaties en die dagelijks interactie hebben met burgers, en in grote mate naar eigen inzicht publieke steun of sancties kunnen toebedelen (Lipsky, 1980). Met het concept street level bureaucrats verwijst Lipsky naar de discrepantie die er bestaat tussen de dagelijkse handelingspraktijk van vele ambtenaren en de top van

het ambtenarenapparaat. De op street level werkende professionals moeten in hun professionele praktijk de formele regels en beleidsdoelstellingen vertalen om toe te kunnen passen op specifieke gevallen. In complexe en uiteenlopende, specifieke situaties zijn street level bureaucrats diegenen die handelend optreden en beslissingen nemen (Geuijen, 2010).

Kenmerkend voor street level bureaucrats is dat ze: over relatief veel handelingsruimte beschikken en relatief autonoom kunnen werken (Lipsky, 1980: 13). Deze handelingsvrijheid ontstaat omdat veel werkzaamheden van street level bureaucrats in individuele interactie met burgers plaatsvindt. Een wijkverpleegkundige staat alleen naast het bed van een cliënt en een politieagent spreekt een burger individueel toe. De 'onbestembaarheid' en 'ondoorzichtbaarheid' van een situatie waarin de expertise wordt gebruikt, draagt bij aan de handelingsruimte van een publieke professional (Hill & Hupe, 2007).

Het tweede kenmerk van street level bureaucrats is de relatief grote mate van autoriteit. De verworven autoriteit van street level bureaucrats is gebaseerd op hun professionaliteit (Hill & Hupe, 2007; Lipsky, 1980). Als een wijkverpleegkundige aangeeft hoe het beste een doorligwond verzorgd moet worden, dan zal de cliënt over het algemeen doen wat de wijkverpleegkundige zegt. Zoals Abbott en Freidson beargumenteren, zorgt professionaliteit voor inhoudelijke controle over de werkzaamheden en institutionele autoriteit.

Een laatste nuancering die nog aangebracht kan worden is het onderscheid tussen (discretionaire) handelingsruimte en autonomie van de professional. In het licht van moderne professionals is dit onderscheid steeds scherper geworden. Met de opkomst van het managerialisme is de autonomie steeds meer onderhevig geraakt aan planning en control cycli. Hierdoor is de autonomie van de professional mogelijk ingeperkt. Ook moet de professional steeds meer verantwoording afleggen aan externe partijen. Tegelijkertijd is de handelingsruimte op de werkvloer niet aangetast. Een professional moet nog steeds zelfstandig inschatten in hoeverre regels en protocollen toegepast moeten worden in iedere specifieke situatie. Van der Veen (2010) stelt in dit kader dat er meer behoefte is aan reflexieve professionals. Professionals moeten reflexief om kunnen gaan met de independenties en contingenties die de omgeving op hen uitoefent.

### **3.3 Conclusie**

In het schema op de volgende pagina komen de belangrijkste componenten terug van het raamwerk dat als kader zal dienen voor dit onderzoek. Aan de hand van dit schema kan de overkoepelende conclusie van dit hoofdstuk geschreven worden. Hierbij staan de volgende twee vragen centraal:

**Hoe ziet het theoretische onderscheid tussen de systeem- en leefwereld eruit? én**

**Welke vormen van professionele ruimte kunnen onderscheiden worden?**

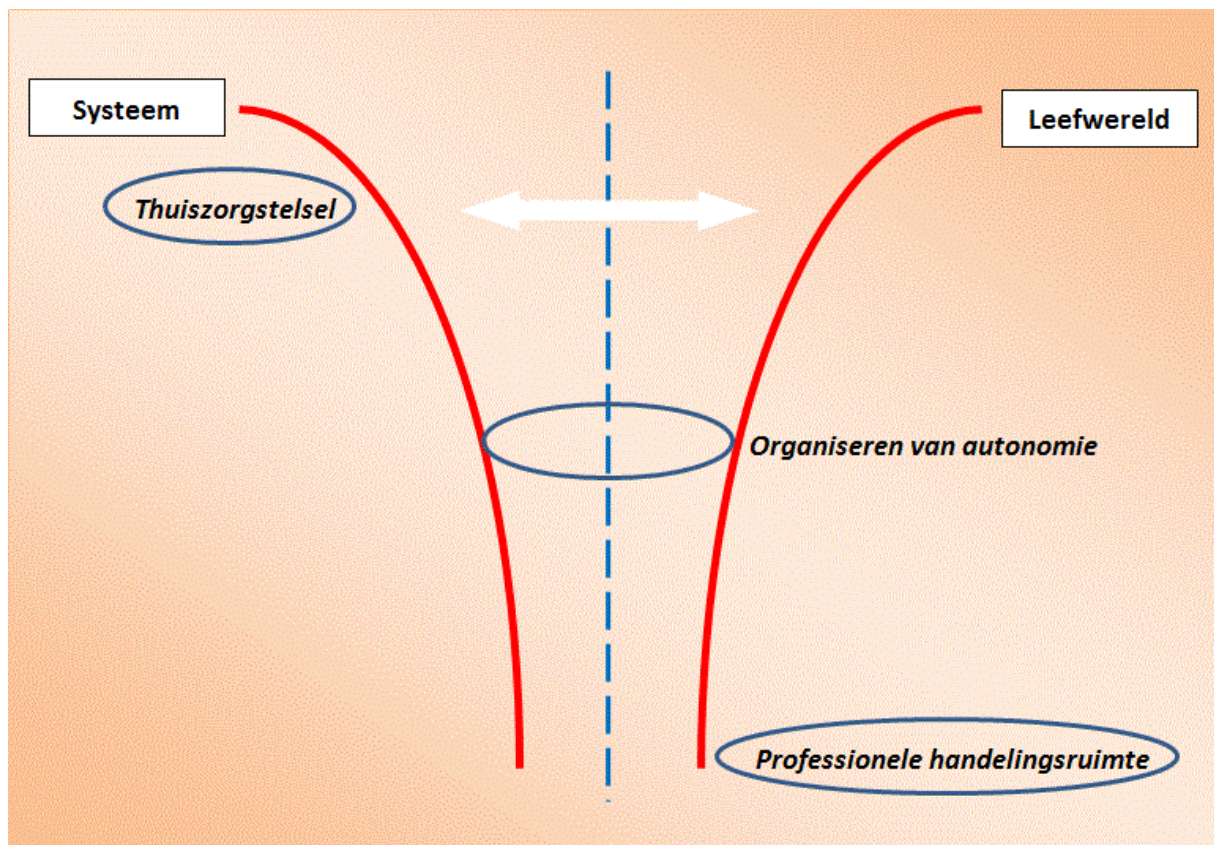
De overheid heeft onder het mom van 'modernisering' tal van hervormingen doorgevoerd in de thuiszorgsector. De hervormingen die onder de noemer van modernisering zijn gerealiseerd hadden een aantal doelen: het bevorderen van de effectiviteit en efficiëntie, het vergroten van het rationele gehalte en de transparantie van het thuiszorgsysteem, en daarmee respectievelijk ook de beheersbaarheid en kwaliteit van dienstverlening. Doordat er – zoals de witte pijl aangeeft – sprake is

van een wisselwerking tussen het systeem en de leefwereld en de eerstgenoemde steeds sterker vertegenwoordigd is in moderne maatschappijen, heeft de systeemlogica steeds nadrukkelijker haar stempel op de leefwereld van de professional gedrukt.

Tegelijkertijd heeft – in het licht van de moderniseringsprocessen – de opmars van het systeem in de leefwereld van de thuiszorgprofessional er niet toe geleid dat de beroepsgroep op landelijk niveau sterk vertegenwoordigd is. Volgens de analyse van Habermas zou sprake moeten zijn van het tegenovergestelde. De systeemlogica heeft de laatste decennia aan dominantie gewonnen en daarmee de vertegenwoordiging van de leefwereld van de thuiszorgprofessional beperkt tot op individueel niveau.

De uitdaging is om de Nederlandse thuiszorg zo te organiseren dat de leefwereld vertegenwoordigd wordt in het systeem, en in de leefwereld het systeem haar rechtmatige plek krijgt toegewezen. Er moet dus een verbinding gecreëerd worden tussen de systeem- en leefwereld. Thuiszorgorganisaties en thuiszorgprofessionals kunnen hier een rol in vervullen, omdat zij opereren in zowel het thuiszorgsysteem, als in de leefwereld van de cliënt. Door deze bemiddelende rol centraal te stellen kan recht gedaan worden aan de tegenstellingen en wrijving tussen het systeemdomen en de leefwereld. Daarnaast kan ook gekeken worden naar de mogelijkheid en wenselijkheid van de koppelingen, overgangen en verbindingen tussen de twee domeinen.

**Figuur 2: schematisch overzicht theoretisch raamwerk**



Hiermee komt het tweede kernelement van het raamwerk in beeld: de professionele handelingsruimte. Het organiseren van professionele handelingsruimte en het op de werkvloer professioneel benutten van deze ruimte kan helpen om de verbinding te leggen om de tegenstellingen die zijn ontstaan tussen de systeem- en leefwereld te verkleinen.

De thuiszorgprofessional kan zijn handelingsruimte – of in de termen van Lipsky discretionaire ruimte – inzetten om recht te doen aan de complexiteit van de zorgvraag van de cliënt. De professional is ook in staat deze ruimte te nemen, aangezien de handelingen vaak verricht worden tijdens individuele interactie met cliënten.

Naast discretionaire ruimte is ook de mate van autonomie bepalend voor de uiteindelijke professionele ruimte. De autonomie van de professional is de laatste jaren steeds verder ingeperkt. Allerlei regels van de overheid en een planning- en control cyclus die in veel thuiszorgorganisaties een belangrijke plaats heeft ingenomen dragen hieraan bij. Een reflexieve professional heeft kennis van de interdependentie met verschillende partijen in de thuiszorg en weet hier zijn juiste weg in te vinden. Beperking van de autonomie betekent dus niet direct een absolute afname van de professionele ruimte. Het vraagt wel om een andere attitude van de professional: de thuiszorgprofessional moet om weten te gaan met alle betrokken partijen en de regels van het systeem kennen, om zo de cliënt te kunnen voorzien in zijn of haar zorgbehoefte.

## 4. Methoden & Technieken

In het voorgaande hoofdstuk is het onderscheid tussen de systeem- en leefwereld verbonden aan verschillende typen van professionele ruimte. Het raamwerk dat dit heeft voortgebracht wordt ingezet om de empirie in de Nederlandse thuiszorg in kaart te brengen. Dit hoofdstuk bestaat uit een toelichting op de verzameling van empirische gegevens in dit kwalitatieve onderzoek. Hierbij wordt het gebruikte instrumentarium verantwoord, vervolgens volgt een toelichting over hoe de casusselectie heeft plaatsgevonden en welke respondenten om welke redenen zijn geïnterviewd, waarna tot slot de generaliseerbaarheid van dit onderzoek besproken wordt.

### 4.1 Instrumenten

Om de centrale vraag uit dit onderzoek te beantwoorden dienen interviews als voornaamste instrument voor dataverzameling. Interviews zijn echter niet het enige instrument. Om de betrouwbaarheid van het stuk te vergroten is ook een documentenanalyse en een literatuurstudie gedaan. Nu volgt per instrument een toelichting op de manier waarop de verschillende instrumenten bijdragen aan de beantwoording van de hoofd- en deelvragen in dit onderzoek.

#### 4.1.1 Interviews

Zoals eerder vermeld zijn interviews de belangrijkste bron van informatie voor dit onderzoek. In totaal zijn 15 interviews gehouden. Voorafgaand hieraan vond een verkennend gesprek plaats met een directeur van een thuiszorgorganisatie om een beeld te krijgen over hoe het thema professionele ruimte leeft in de thuiszorgwereld.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een vragenlijst die gebaseerd is op de operationalisatie die terug te vinden is in bijlage 1. Aan de hand van onderwerpen die aan bod kwamen is in kaart gebracht wat de ervaringen van betrokken actoren in de thuiszorg zijn met professionele ruimte van thuiszorgprofessionals. Hierbij ging de aandacht uit naar de mogelijke wrijving tussen het thuiszorgstelsel en de leefwereld van de professional. Daarnaast is nader ingegaan op het belang van professionele ruimte en de wijze waarop dit georganiseerd kan worden in de huidige thuiszorgsector. Naast de ervaringen met professionele ruimte is ook gevraagd naar achterliggende verklaringen voor deze ervaringen. Hierbij ging zowel aandacht uit naar de landelijke context van het thuiszorgsysteem, als de organisatiecontext van thuiszorgaanbieders en de leefwereld van de thuiszorgprofessional waarin de thuiszorg daadwerkelijk verleend wordt.

De interviews zijn gestructureerd aan de hand van vier centrale thema's, te weten: benadering van de *cliënt*, de rol van het *management*, de *inrichting van de organisatie*, de *samenwerking* in de thuiszorgketen en het *toekomstperspectief* van de thuiszorgsector.

Deze thema's komen logisch voort uit het theoretisch raamwerk van dit onderzoek. Om de clash tussen de systeem- en leefwereld te kunnen begrijpen moeten zowel actoren die het thuiszorgsysteem vormgeven aan bod komen, als de actoren die actief zijn in de leefwereld: de thuiszorgprofessionals. Daarnaast is de rol van het management en de inrichting van thuiszorgorganisaties van belang, omdat zij direct in aanraking komen met de thuiszorgprofessional en daarmee de professionele handelingsruimte van de thuiszorgprofessional mede bepalen.

Door gebruik te maken van een vragenlijst konden de antwoorden van de verschillende respondenten gemakkelijk vergeleken worden. Vanwege de grote diversiteit van de groep respondenten waren er wel duidelijke accentverschillen in de thema's die besproken zijn. Een strategisch adviseur van het ministerie van VWS spreekt bijvoorbeeld meer en uitgebreider over macro sociaal-economische ontwikkelingen in de thuiszorgsector dan een wijkverpleegkundige.

#### 4.1.2 Documentanalyse

Om de casussen die centraal staan in dit onderzoek helder in kaart te kunnen brengen is ook gebruik gemaakt van een documentanalyse. Aan de hand van deze analyse is de context van het thuiszorgsysteem en de belangrijkste wetgeving globaal toegelicht en zijn ook een aantal – in de thuiszorgwereld – veelgebruikte termen geïntroduceerd. Daarnaast zijn een aantal wetenschappelijke documenten gebruikt om de belangrijkste macro-ontwikkelingen in kaart te brengen die van grote invloed zullen zijn op de ontwikkeling van het thuiszorgstelsel en haar actoren. De contextanalyse is hoofdzakelijk gebaseerd op publicaties van de Sociaal Economische Raad (SER), de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR), het Centraal Planbureau en het Centraal Bureau voor de Statistiek.

#### 4.1.3 Literatuurstudie

Tenslotte heeft de literatuurstudie bijgedragen aan beantwoording van de centrale vraag van dit onderzoek. Op basis van de literatuur is een theoretisch raamwerk ontwikkeld dat dient als hulpmiddel voor de structurering, verzameling en analyse van de empirische data.

#### 4.1.4 Instrumentenoverzicht

Deelvragen	Interviews	Documentanalyse	Literatuurstudie
Hoe ziet het Nederlandse thuiszorgsysteem eruit en wat zijn de belangrijkste macro-ontwikkelingen?		X	X
Hoe ziet het theoretische onderscheid tussen de systeem- en leefwereld eruit?			X
Welke vormen van professionele ruimte kunnen onderscheiden worden?			X
Hoe wordt professionele ruimte door de betrokken actoren ervaren?	X		
Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen deze actoren?	X		
Hoe zijn deze verschillen te verklaren?	X	X	X
Hoe kan professionele ruimte voor thuiszorgprofessionals in het Nederlandse thuiszorgstelsel georganiseerd worden?	X	X	X

## 4.2 Afbakening onderzoeksgroep

Afbakening van de onderzoeksgroep gebeurt aan de hand van een tweetal stappen. Allereerst wordt aangegeven waarom voor de thuiszorgaanbieders Buurtzorg en Vitras/CMD gekozen is en welke organisaties uit het thuiszorgsysteem geselecteerd zijn. Hierna volgt een toelichting op de keuze van respondenten binnen deze organisaties.

### 4.2.1 Thuiszorgorganisaties

Thuiszorgaanbieders hebben een sleutelrol in dit onderzoek. Thuiszorg gaat altijd over care, dat wil zeggen verpleging en verzorging. Thuiszorgorganisaties zijn niet de enige organisaties die dit type zorg leveren. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen leveren dit. Alleen dit onderzoek richt zich specifiek op de thuiszorgsector. Verpleeg- en verzorgingshuizen blijven dan ook buiten beschouwing aangezien zij cliënten opnemen in plaats van aan huis verzorgen. Gemeenten besteden huishoudelijke hulp aan, wat ook onder thuiszorg valt. Toch zijn gemeenten buiten beschouwing gebleven in dit onderzoek, aangezien schoonmaakdiensten aan huis niet onder verpleging en verzorging vallen. Wettelijk gezien valt huishoudelijke hulp ook onder een andere regeling (Wmo) en dit onderzoek richt zich hoofdzakelijk op AWBZ-zorg. Huishoudelijke hulp kent (voorlopig nog) haar eigen bekostigingsstructuren en eigen bijbehorende dynamiek (VWS, 2010). Het onderzoek zou te omvangrijk en complex worden als ook dit bijzondere type thuiszorg betrokken zou worden in dit onderzoek.

Tegelijkertijd kan de thuiszorghulpverlening nooit gezien worden als volledig zelfstandig zorgverlener. Bij het doorverwijzen van patiënten worden thuiszorgorganisaties voortdurend geconfronteerd met hulpverleners die buiten de AWBZ-regeling vallen, zoals huisartsen, medisch specialisten in het ziekenhuis en huishoudelijke hulpverleners. Zij worden uit de Zvw en of uit de Wmo gefinancierd (SER, 2010). Om recht te doen aan deze interdependenties is er een documentenanalyse gedaan op grond waarvan de thuiszorgorganisaties in een breder perspectief geplaatst worden.

Dit onderzoek richt zich primair op ervaringen met professionele ruimte van actoren in de thuiszorg. Deze professionele ruimte krijgt voor een groot gedeelte gestalte binnen thuiszorgorganisaties. De thuiszorgorganisatie met haar cliënten vormt immers de werkomgeving van de thuiszorgprofessional en is daarom een sleutelactor voor dit onderzoek. Omdat er honderden thuiszorginstellingen bestaan en dit onderzoek te beperkt is om een representatieve weergave van deze sector te geven is gekozen om dit onderzoek te beperken tot een tweetal thuiszorgorganisaties, te weten Vitras/CMD en Stichting Buurtzorg Nederland.

Deze instellingen zijn verkozen omdat zij twee uitersten zijn in de wereld van Nederlandse thuiszorgaanbieders. Vitras/CMD geldt als exponent van de reguliere grootschalige en bedrijfsmatig georiënteerde thuiszorg. Ze bestaat al ruim 50 jaar en heeft tot nu toe alle ontwikkelingen in de samenleving en in het bijzonder in de thuiszorgsector het hoofd weten te bieden. Daarentegen positioneert Buurtzorg zich in haar 3-jarige bestaan expliciet als reactie op deze reguliere 'versnipperde' thuiszorgorganisaties en breekt ze naar eigen zeggen drastisch met bestaande structuren in de zorg (mBC, 2009: 6).

### **4.2.2 De systeemactoren**

Naast thuiszorgaanbieders zijn er ook een aantal organisaties geselecteerd voor dit onderzoek die onderdeel zijn van, of een bijdrage leveren aan het thuiszorgsysteem. Actoren in het thuiszorgsysteem zijn relevant omdat zij bepalend zijn voor het systeem – en daarmee voor een deel van de omgeving – waarin thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals acteren. Aan de hand van wet- en regelgeving stellen en controleren zij kaders en randvoorwaarden, waarbinnen thuiszorgaanbieders en de thuiszorgprofessionals kunnen bewegen. Hiermee oefenen zij direct invloed uit op de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional. De volgende systeemactoren zijn betrokken bij in dit onderzoek: het ministerie van VWS, het CIZ en zorgverzekeraar Agis.

Het ministerie van VWS maakt deel uit van dit onderzoek omdat deze organisatie op basis van beslissingen die de politiek neemt de beleidsmatige en wettelijke kaders uitzet in de thuiszorgsector. Samen met zorgverzekeraars, thuiszorgaanbieders en patiëntenorganisaties zorgt het ministerie ervoor dat er genoeg voorzieningen zijn, waarbij de cliënten voldoende keuzemogelijkheden krijgen. Hiermee vervult het VWS een bepalende rol in de vormgeving, het onderhoud en de verbetering van het thuiszorgsysteem, wat haar tot een relevante actor in dit onderzoek maakt (vws.nl, 21-10-2010).

Daarnaast is het CIZ een belangrijke speler in dit onderzoek. Het CIZ beoordeelt of (potentiële) cliënten recht hebben op AWBZ-zorg. Dit doet zij op grond van objectieve landelijk geldende criteria. Het CIZ bevindt zich momenteel in een transitieproces van uitvoerder van het indicatieproces tot toezichthouder. In beide rollen staat zij in direct contact met de thuiszorgprofessionals, omdat zij een indicatie moet indienen bij het CIZ, of – zoals in de toekomst het geval zal zijn – gecontroleerd worden door het CIZ of indicaties rechtmatig en correct zijn aangevraagd (ciz.nl: 21-10-2010). Doordat zij een directe ketenpartner is binnen de thuiszorg en de wijkverpleegkundige controleert, oefent het CIZ direct invloed uit op de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional. Dit maakt haar een relevante actor om te betrekken in dit onderzoek.

Tenslotte is er zorgverzekeraar Agis. Er is gekozen voor zorgverzekeraar Agis, omdat deze organisatie zorgverzekeraar is van zowel Buurtzorg als Vitras/CMD. De zorgkantoren van Agis kopen regionaal zorg in bij Buurtzorg en Vitras/CMD en maken daarbij afspraken over welke zorg tegen welke prijs geleverd gaat worden (agiszorgkantoren.nl: 21-10-2010). Thuiszorgaanbieders treden dus regelmatig in contact met zorgkantoren die namens Agis de zorginkoop regelen. De effectiviteits- en kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen aan thuiszorgaanbieders zijn van invloed op de manier waarop de thuiszorgaanbieder zijn thuiszorg aanbiedt en daarmee dus ook van invloed op de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional. Een recent voorbeeld dat deze focus van verzekeraars op kwaliteit onderschrijft is de publicatie van zorgverzekeraar CZ waarin de prestaties op het gebied van borstkankeronderzoek van verschillende ziekenhuizen vergeleken werden (volkskrant.nl: 15-10-10).

### **4.2.3 Selectie respondenten**

Nu is aangegeven op grond van welke beweegredenen de organisaties in dit onderzoek betrokken zijn, volgt een toelichting op de keuze van respondenten binnen deze organisaties. Eerst worden de respondenten binnen de thuiszorginstellingen besproken, vervolgens wordt de respondentenkeuze voor de systeemactoren nader toegelicht.



### *Respondenten thuiszorginstellingen*

De respondenten bij Vitras/CMD en buurtzorg zijn geselecteerd op basis van hun functie, waarbij een drietal selectiecriteria leidend waren:

- De respondenten moeten gezamenlijk een gevarieerd beeld vanuit de verschillende (hiërarchische) lagen van de organisatie geven.
- De functies van de respondenten tussen Vitras/CMD en Buurtzorg grofweg overeenkomen zodat een goede vergelijking tussen beide mogelijk is.
- De respondenten moeten direct of indirect invloed uitoefenen op de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional.

Voor Vitras/CMD resulteerde dit in interviews met de divisie manager van de thuiszorgdivisie, een tweetal teamleiders en een tweetal CWV'ers. Binnen Buurtzorg zijn interviews afgenomen met de directeur, een regiocoach een extern adviseur van Buurtzorg, een wijkziekenverzorgende en een wijkverpleegkundige. Omdat de organisatiestructuren en functieomschrijvingen van beide organisaties verschillen, lijken de respondenten uiteenlopende functies te bekleden die lastig één op één vergelijkbaar zijn. Dit is echter niet het geval. De functie van CWV'er bestaat niet binnen Buurtzorg. De verschillende rollen komen echter wel overeen met elkaar, aangezien de CWV'ers ook opgeleid zijn tot wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende. De zorghandelingen die beiden verrichten komen op deze grond overeen. Daarnaast zijn de regiocoaches en teamleiders ook vergelijkbaar, aangezien beiden zich bezighouden met het managen van wijkteams. Slechts de manier waarop ze invulling geven aan deze taak verschilt tussen de regiocoaches van Buurtzorg en de teamleiders bij Vitras/CMD. De functie van de divisie manager als eindverantwoordelijke van de thuiszorgdivisie van Vitras/CMD is ook vergelijkbaar met de functie van directeur bij Buurtzorg, aangezien thuiszorg de enige dienst is die Buurtzorg levert.

Dit onderzoek richt zich niet enkel op het operationele aspect van professionele ruimte van thuiszorgprofessionals, maar werpt ook een blik op de actoren die medebepalend zijn voor de professionele ruimte van de thuiszorgprofessional. Naast thuiszorgprofessionals zijn daarom ook teamleiders en regiocoaches geïnterviewd. De manier waarop teamleiders of regiocoaches het thuiszorgprofessional aansturen en of coachen hebben invloed op de manier waarop de operationele taken van de thuiszorgprofessional gestalte krijgen. Zij zijn de personen aan wie thuiszorgprofessionals al dan niet verantwoording af moeten leggen, maar zijn tegelijkertijd ook een eerste aanspreekpunt voor hen. Vanuit deze rol zijn teamleiders en regiocoaches medebepalend voor de professionele ruimte van thuiszorgprofessionals.

Daarnaast zijn ook de divisie manager en directeur van respectievelijk Vitras/CMD en Buurtzorg van belang voor de manier waarop professionele ruimte vormgegeven wordt binnen de divisie of organisatie waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Zij dragen een bepaalde visie op management uit aan de managers en regiocoaches onder hen en zijn medeverantwoordelijk voor de kaders en randvoorwaarden die de organisaties stellen voor haar professionals. Ook de extern adviseur van Buurtzorg vervult een dergelijke rol, doordat bij de opstart van nieuwe Buurtzorgteams trainingen

verzorgt aan de thuiszorgprofessionals over hoe ze zich moeten gedragen binnen de organisatie, hoeveel regelruimte en mogelijkheden ze krijgen bij hun nieuwe werkgever (Verkennd gesprek met directeur Buurtzorg, 2010: 14-04-2010).

#### *Respondenten systeemactoren*

Onder de systeemactoren zijn interviews afgenomen met de coördinator strategie bij het ministerie van VWS, bij het CIZ is gesproken met een directeur en een indicatiesteller, daarnaast is bij Agis gesproken met de eindverantwoordelijke voor de inkoop van AWBZ-zorg en tot slot zijn interviews afgenomen bij een tweetal huisartsen. Belangrijk hierbij is om op te merken dat deze respondenten niet onomstotelijk de gehele organisatie representeren waar zij werken. Hier wordt op teruggekomen in paragraaf 4.4.

De coördinator strategie van VWS, is als voormalig strategisch adviseur van staatssecretaris van VWS Jet Bussemaker van belang omdat hij de persoon is die meedenkt over de toekomst van de thuiszorgsector. Hiervoor gaat hij regelmatig 'het veld' in om te spreken met directies van thuiszorginstellingen en koppelt de zaken die hem opvallen terug aan zijn ministerie. Ook andersom, probeert hij thuiszorginstellingen te wijzen op aanstaande veranderingen in de sector en denkt hij mee over hoe ze hiermee om kunnen gaan. Op deze manier draagt hij bij aan de ontwikkelingen in de thuiszorgsector, waarbij de professionele ruimte van thuiszorgprofessionals een belangrijk punt van aandacht is. (Oriënterend gesprek met dhr. De Blok, 2010: 14-04-2010)

De directeur van het CIZ is eindverantwoordelijke voor de transitie binnen het CIZ van indicatiesteller tot toezichtorgaan. Vanuit deze hoedanigheid zet hij de grote lijnen uit voor deze transformatie en was hij goed in staat uit te leggen wat de beweegredenen achter deze transitie zijn en wat voor effecten de transitie voor thuiszorgprofessionals hebben. Daarnaast is een indicatiesteller van het CIZ geïnterviewd die verantwoordelijk is voor de toewijzing van indicaties aangevraagd door het thuiszorgpersoneel. Het was belangrijk om een indicatiesteller te interviewen om ook de praktijk van het indicatieproces te kunnen bezien vanuit het perspectief van het CIZ. Dit maakt het mogelijk om de opmerkingen van andere actoren in dit onderzoek in een breder perspectief te plaatsen.

De intern adviseur verantwoordelijk voor de inkoop van AWBZ-zorg door Agis is relevant, omdat zij om de tafel gaat met thuiszorgdirecteuren, cliëntenraden en beroepsverenigingen om tot goede afspraken te komen over de kwaliteit, prijs en hoeveelheid thuiszorg die ingekocht worden bij thuiszorginstellingen. Zij is een belangrijke partner in deze, omdat zij de zorginkoop regelt voor zowel Vitras/CMD als Buurtzorg. Tevens denkt zij mee over de toekomst van de thuiszorgsector en specifiek welke rol hierin voor Agis als zorgverzekeraar is weggelegd.

Tot slot zijn een tweetal huisartsen geïnterviewd. Beide huisartsen werken samen met thuiszorgpersoneel van zowel Vitras/CMD als Buurtzorg. Huisartsen onderhouden intensief contact met thuiszorgpersoneel. Dit gaat veelal over inhoudelijke cliënt gerelateerde kwesties. Vanuit deze bijzondere positie zijn zij in staat om de verschillen tussen de manier van werken van thuiszorgprofessionals van Buurtzorg en Vitras/CMD te benoemen en te beoordelen. Dit maakt hen

een belangrijke partij binnen dit onderzoek naar de wijze waarop professionele ruimte voor thuiszorgprofessionals ervaren wordt door betrokken partijen in de thuiszorgsector.

In het onderstaande overzicht worden alle 16 respondenten weergegeven, inclusief de code die aan hen is toegekend voor dit onderzoek.

**Tabel 3**

<b>Organisatie</b>	<b>Functie Respondent</b>	<b>Code respondent</b>
Vitras/CMD	Divisiemanager	M1
Vitras/CMD	Teammanager	M2
Vitras/CMD	Teammanager	M3
Vitras/CMD	CWV'er	W1
Vitras/CMD	CWV'er	W2
Buurtzorg Nederland	Directeur / oprichter	D1
Buurtzorg Nederland	Extern adviseur Buurtzorg	M4
Buurtzorg Nederland	Regiocoach	M5
Buurtzorg Nederland	Wijkverpleegkundige	W3
Buurtzorg Nederland	Ziekenverzorgende	W4
Onafhankelijk	Huisarts	H1
Onafhankelijk	Huisarts	H2
CIZ	Directeur	D2
CIZ	Indicatiesteller	W5
Ministerie van VWS	Strateeg	D3
Agis zorgverzekeraar	Manager extramurale zorg	M6

### 4.3 Data-analyse

Om de verzamelde data op een correcte en consistente manier te kunnen verwerken zijn alle interviews opgenomen en letterlijk uitgewerkt. De duur van de interviews varieerde van 30 tot 90 minuten. Met behulp van het programma MAXQDA zijn de uitwerkingen van de interviews gecodeerd en geanalyseerd. Op basis van de topiclijst (zie bijlage 2) is er een 'codingtree' opgesteld, waaruit 1024 coderingen zijn voortgekomen. Deze codingtree is terug te vinden in bijlage 3.

Om de empirie zorgvuldig en waarheidsgetrouw weer te geven zijn alle coderingen per thema geselecteerd. Alle uitspraken van respondenten zijn te herleiden op basis van de code die is toegekend aan iedere respondent en waarnaar verwezen wordt in de verwerking van de empirie in de hoofdstukken 5, 6 en 7. Wanneer algemene uitspraken gedaan worden namens meerdere respondenten dan staat er een voetnoot achter de betreffende uitspraak die aangeeft op hoeveel respondenten deze uitspraak gebaseerd is. Op deze manier is het gewicht van iedere uitspraak herleidbaar, wat de betrouwbaarheid van de data-analyse ten goede komt.

### 4.4 Generalisatie

De resultaten, conclusies en aanbevelingen zijn te generaliseren naar thuiszorginstellingen in het algemeen. Thuiszorginstellingen hebben te maken met dezelfde wettelijke kaders en regels, krijgen op een zelfde wijze het budget toegekend en hebben te maken met dezelfde toezichthouder die iedere instelling onderwerpt aan dezelfde toezicht criteria (nza.nl, 21-10-2010) In die zin kan dit onderzoek

dus aanknopingspunten bieden voor het in kaart brengen van knelpunten en nemen van maatregelen voor het organiseren en benutten van professionele ruimte van de thuiszorgprofessional.

Dit onderzoek pretendeert echter geen volledige representatieve analyse van de betrokken organisaties te geven. Hiervoor zijn te weinig respondenten van de verschillende organisaties aan het woord geweest. Dit is gerechtvaardigd vanuit de intentie van dit onderzoek om ervaringen van betrokken partijen met professionele ruimte van thuiszorgprofessionals in kaart te brengen. Deze ervaringen van de betrokken partijen zijn ruimschoots aan bod gekomen. Door ervaringen vanuit veel verschillende partijen te bundelen ontstaat een gevarieerd overzicht van het debat over professionele ruimte in de thuiszorg en bijbehorende standpunten van betrokken partijen.

## **4.5 Conclusie**

De focus van dit kwalitatieve onderzoek ligt bij thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals. Daarbuiten wordt ook aandacht besteed aan de actoren uit het thuiszorgsysteem die hun stempel drukken op de vormgeving van de thuiszorgorganisaties en professionals. Aan de hand van een combinatie van interviews, documentenanalyse en literatuurstudie kunnen de ervaringen met professionele ruimte van actoren in de thuiszorg verkend en begrepen worden. Aan de hand van documenten wordt de context gekenschetst, waarna op basis van de interviews de empirie verzameld wordt. Ten slotte vindt de analyse van de empirische data plaats met behulp van de literatuurstudie. Gegevensverwerking gebeurt met behulp van MAXQDA.

Nu vastgesteld is wat onderzocht gaat worden en welke methode en technieken hieraan ten grondslag liggen volgen nu de resultaten. De komende drie hoofdstukken richten zich op het beschrijven en verklaren van de empirie.

## 5. Systeemactoren in de thuiszorg

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de systeemactoren in de thuiszorg. Centraal staan hierbij de beelden die zij hebben ten aanzien van de ontwikkelingen in de thuiszorg, bij thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals. De thema's van de paragrafen komen overeen met de kwesties die de respondenten aandroegen als meest belangrijke elementen in het huidige thuiszorgsysteem.

Dit hoofdstuk vormt samen met hoofdstuk 6, de casus Vitras/CMD en hoofdstuk 7, de casus Buurtzorg de weergave van de empirie. Aan eind van deze drie hoofdstukken kan antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag: **Hoe wordt professionele ruimte door de betrokken actoren ervaren?**

### 5.1 Samenwerking met de ketenpartners

#### 5.1.1 Multidisciplinaire samenwerking en bekostiging

Volgens de adviseur zorginkoop van Agis moet voorkomen worden dat er onnodig veel handen aan één bed verschijnen. Mede veroorzaakt door de verschillende financieringsstromen zoals de Zvw, AWBZ en Wmo ontstaat vaak een wirwar van hulpverleners die vaak langs elkaar heen werken en via verschillende regelingen hun financiering regelen. Ze geeft aan dat Agis graag zou zien dat de geïntegreerde eerstelijns zorgverleners een meer coördinerende rol op zich nemen om de hulpverlening gestroomlijnder en doelgerichter tot stand te doen komen. Ze zei hierover: “Waar het op mank gaat is dat als de huisarts het idee heeft dat thuiszorg nodig is, dan mag hij die indicatie niet stellen, dat moet het CIZ doen. (...) Een huisarts kan niet een mailtje sturen naar het CIZ van joh, willen jullie eens bij die mevrouw gaan kijken want het gaat niet goed” (M6). Hier voegt zij aan toe dat ze er van overtuigd is dat deze coördinerende rol moet liggen bij de persoon waar de cliënt als eerste naartoe gaat. Ook het stimuleren van gezondheidscentra draagt er aan bij dat deze rol beter belegd kan worden bij de eerstelijns.<sup>4</sup>

In aansluiting hierop sprak een directeur van het CIZ over de behoefte aan een betere wisselwerking tussen cure en care in de zorg. Hij zei hierover dat de thuiszorg te vaak geneigd is om in hokjes te gaan denken. Er zijn andersoortige interventies nodig dan langdurige zorg en verpleging, aldus de directeur. Een voorbeeld dat hij noemt is slecht geregelde tandheelkundige zorg bij ouderen: “(...) als je dat niet goed in de gaten houdt, gaan ze slecht eten waardoor ze eerder vatbaar worden voor allerlei ellende en dan moet je ze ineens verpleging en verzorging gaan geven vanuit de thuiszorg” (D2). Een dergelijke manier van ‘doordenken’ is nodig volgens om in kaart te krijgen wat de risicofactoren zijn en wanneer preventief medisch ingrijpen wenselijk is. Zo zou er volgens hem dus een betere wisselwerking tussen de langdurige zorg en medisch ingrijpen. De ontwikkeling van gezondheidscentra zou volgens deze directeur eraan kunnen bijdragen dat de overkoepelende blik beter georganiseerd wordt. De rol van de huisarts verandert volgens hem hierdoor: “Een huisarts moet heel anders gaan kijken, die moet screening gaan doen en dat ie niet alles zelf moet doen (D2). Hij geeft aan dat dit ook beleidsmatig om de nodige veranderingen vraagt. Wanneer er vroegtijdig zaken gesignaleerd worden, kan men vaker de vraag naar verblijfszorg uitstellen of zelfs afstellen.

---

<sup>4</sup> M6

Op beleidsmatig niveau spreekt hij in dit kader spreekt hij van een substitutie-effect: “thuiszorginstellingen worden in het huidige systeem niet beloond om in het begin van een zorgtraject stevige investeringen te doen, dus waarom zouden zij dit dan blijven doen?” (D2) Als de thuiszorg meer investeert in preventie, dan zou er zowel op het gebied van kwaliteit als op de kosten veel winst behaald kunnen worden. De adviseur inkoop van Agis sloot hier op aan met opmerking: “Helaas ontbreekt momenteel deze prikkel nog vanwege de verschillende financieringsstelsels met verschillende soms tegengestelde incentives (M6). De directeur van het CIZ stelde in dit kader dat de gezondheidssector een sterke behoefte heeft aan ‘integraal zorgmanagement’.

De huisartsen die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd spraken juist over samenwerking met wijkverpleegkundigen die steeds ‘losser’ is geworden in de loop der jaren: Dat is ook iets dat de contacten verwatert. Vroeger overlegde je met de wijkverpleegkundige op een vrij organische manier. Nu is er nauwelijks overleg meer en heb je het CIZ ertussen. Nou dat is ook weer een schakel waardoor de afstanden weer wat groter zijn geworden” (H1). Zij gaven aan dat uiteindelijk de patiënt het kind van de rekening hiervan is, maar ook de wijkverpleegkundigen die minder plezier hebben in hun werk.<sup>5</sup>

### **5.1.2 Samenwerking met thuiszorgaanbieders in de keten**

Eén van de directeurs van het CIZ nam waar dat thuiszorgaanbieders moeite hebben om: “(...) *samen te werken over de schotten tussen de instellingen in. Hierbij vroeg hij zich bezorgd af: “Wie nu in de gaten moet houden dat niet het individuele belang van een instelling gaat domineren”* (D2). Met name in tijden van budgetschaarste is het volgens hem van belang dat zorgaanbieders niet enkel aan hun eigen concurrentiepositie en cliëntenbinding denken, maar ook oog blijven houden voor de totale samenhang in het zorgarrangement voor de cliënt. Hierin voorziet hij een rol voor het CIZ als onafhankelijke derde partij: “*Die zou met behulp van alle analyses en cliëntprofielen, want we hebben natuurlijk vijf jaar bestanden opgebouwd, daarin kunnen helpen ja*” (D2).

Een onderscheid tussen type zorgaanbieders speelt hierbij niet direct een rol voor de directeur van het CIZ. Hij ziet wel significante verschillen tussen de managementmodellen van Buurtzorg en Vitras/CMD, maar dit maakt voor het CIZ niet zo heel veel uit, zo stelt hij: “*Ook de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg moeten structureel aan hun taakstelling zien te komen. Of je dat als thuiszorgaanbieder nu zelf ontwikkelt en oplegt, of dat anderen dat voor je bedenken dat maakt natuurlijk niet zo gek veel uit*” (D2).

De huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek gaven aan niet altijd enthousiast te zijn over de thuiszorginstellingen, waarmee ze samenwerkten. Ze geven aan alleen behoefte te hebben aan inhoudelijk contact over cliënten met thuiszorgorganisaties: “*Het moet functioneel zijn, maar praten om het praten zoals ook van die thuiszorgorganisaties die denken dat ze goede zorg leveren als ze vaak de dokter bellen. Dan schiet je je eigen doel voorbij. Dan ben je werk aan het maken en aan het zoeken*” (H1).

Een respondent van Agis geeft aan dat het zorginkoopbeleid van haar organisatie geen onderscheid maakt tussen thuiszorgaanbieders, zolang er maar aan de randvoorwaarden voldaan

---

<sup>5</sup> H1, H2

wordt. Ze geeft wel aan dat de Agis-zorgkantoren wettelijk bevoegd zijn om financiering voor thuiszorgaanbieders te weigeren indien Agis dit wenselijk acht. Het inkopen van zorg vindt plaats op grond van een aantal geschiktheidseisen waar iedereen standaard aan moet voldoen om überhaupt in aanmerking te mogen komen om een offerte bij Agis te mogen doen. Ook moeten thuiszorgaanbieders bij het indienen van een offerte een aantal betaalbaarheidsvragen en een aantal kwaliteitsvragen invullen. Op basis van het antwoord hierop bepaalt Agis vervolgens de prijs.<sup>6</sup> Op de vraag waarom Agis zich als verzekeraar zo actief bezighoudt met kwaliteit van zorg: *“Ja, dat is een ontwikkeling van de laatste 10 jaar, wij nemen zorgaanbieders heel serieus, gaan met ze in gesprek over kwaliteit en inhoud van de zorg en dat is uiteindelijk leidend voor de prijs die afgesproken wordt”* (M6).

### 5.1.3 Samenwerking met CIZ in de keten

Een strategisch adviseur in dienst van het ministerie van VWS gaf aan dat onder andere de thuiszorgsector er baat bij heeft wanneer zoveel mogelijk zaken door de professional geregeld gaan worden. Hij zei hierover: *“het geregeld vanachter de bureaus moet af gaan nemen en het dominante dogma wordt dan: laat dat de professionals zelf maar regelen”* (D3). Hierdoor zal de rol van het CIZ gaan veranderen, aldus de strategisch adviseur. 15 jaar geleden was er sprake van een aanbodsysteem binnen de zorg waar de zorgaanbieder volledig zelf mocht bepalen wie hoeveel zorg krijgt. Met de komst van het CIZ is dit veranderd en is er een functiescheiding aangebracht tussen toewijzing en levering van zorg. Het CIZ heeft hier toentertijd een vorm van standaardisering toegepast.<sup>7</sup>

Dit creëert volgens een directeur van het CIZ een groot spanningsveld: *“Want dat is een spanning tussen individualisering op maat en standaardisering van gelijke monniken gelijke kappen voor het hele land. Die spanning speelt hier in extremo”* (D2). Wanneer de thuiszorgprofessional weer de indicatie terugkrijgt, dan is het waarschijnlijk dat dit bij twee vergelijkbare zorgsituaties systematisch leidt tot zorgprofessionals die op grond van hun eigen discretie tot verschillende indicaties komen. Een respondent bij het CIZ zei hierover: *“Daar zitten wel risico’s in. Dat het buurtzorgtype systematisch tot andere uitspraken komt in Harlingen dan in Rotterdam en daarmee de standaardisatie van de volksverzekering een beetje om zeep helpt”*. Hij ziet in het kader hiervan een trade-off tussen wat lokaal op maat te regelen is en wat valt onder uniforme gestandaardiseerde landelijke afspraken.<sup>8</sup>

Agis geeft aan groot voorstander te zijn van de huidige ontwikkelingen bij het CIZ. Zij juicht de transitie van toegangspoort tot de AWBZ naar een instantie die steekproefsgewijs indicaties achteraf controleert toe. De adviseur zorginkoop van Agis zei hierover: *“Maar we vinden wel dat daar een controle op moet plaatsvinden. Maar dan achteraf, uitgaande van het vertrouwen dat mensen de goede dingen doen en op basis van een steekproef kijken of dat inderdaad ook gebeurt”* (M6).

Samenvattend kunnen de volgende zaken opgemaakt worden uit deze paragraaf. Meerdere respondenten geven aan dat de multidisciplinaire samenwerking in de (thuis)zorg nog veel kansen

---

<sup>6</sup> D1, M6

<sup>7</sup> D1, D2, D3

<sup>8</sup> D2, D3

laat liggen. Het Nederlandse zorgsysteem draagt hieraan bij met haar versnipperde financieringssysteem. De respondenten geven aan dat er behoefte is aan meer wisselwerking tussen cure en care. Op deze wijze kan een toekomstige zorgvraag vroegtijdig gesignaleerd worden, waardoor preventieve maatregelen effectiever ingezet kunnen worden. Veel thuiszorginstellingen hebben moeite om samen te werken buiten de grenzen van hun eigen organisatie. Verzekeraars, indicatiestellers en het ministerie van VWS geven aan in principe met iedere thuiszorgaanbieder samen te werken, zolang deze maar aan een aantal fundamentele randvoorwaarden voldoet. Alle respondenten juichen de recente ontwikkelingen bij het CIZ toe. Ook al zien zij wel het belang in van een onafhankelijke actor die het spanningsveld tussen standaardisering in de thuiszorg en zorg op maat reguleert.

## 5.2 Professionele ruimte in de thuiszorgsector

### 5.2.1 Een hype of een trend?

Een huisarts ziet met gematigd enthousiasme toe hoe het thema 'herwaardering van de professional' zijn intrede heeft gedaan in de thuiszorgsector. Hij is van mening dat het debat nooit volledig afgemaakt is: *"Want we geven ze dan uiteindelijk niet de verantwoordelijkheid om binnen een afgeregeld budget het dan ook daadwerkelijk te regelen"* (H2). De directeur van het CIZ voegt hier aan toe dat hij de huidige populariteit van de professional ziet als onderdeel van een golfbeweging. Het bedrijfsmatig werken was doorgeslagen en daarom is deze tegenkracht terecht, aldus de directeur van het CIZ. Een huisarts voegde hier aan toe dat de kwaliteit voornamelijk bepaald wordt door de kwaliteit van de professional. De organisatie daar omheen en de wetgeving scheppen alleen maar kaders en randvoorwaarden, maar zijn volgens hem niet bepalend voor de zorg die de professional uiteindelijk levert. Een goede professional manifesteert zich juist door op gezette momenten bewust af te wijken van standaardprotocollen: *"De goeie die doen gewoon wat ze denken dat ze moeten doen. Die trekken zich niet zoveel aan van alles wat daar omheen is"* (H1).

Een strategisch adviseur van het ministerie van VWS voegt hieraan toe dat hij steeds meer een situatie ziet ontstaan met meer 'regelruimte' op de werkvloer: *"Ik denk dat dit onvervreemdbaar zo is. Ook omdat het dan noodzakelijk is om juist op de werkvloer veel beter het werk te ondersteunen. Je ziet het op sommige plaatsen gebeuren, Buurtzorg is daarbij het te vaak genoemde voorbeeld"* (D3). Hij illustreerde zijn stelling aan de hand van een voorbeeld zorginstelling 'Zorgbalans' in Haarlem. Daar hadden ze alle informatie over patiënten en professionals naast elkaar gelegd. Toen de indicatievellen van de patiënt vergeleken werden met de tijdschrijfgegevens van de professionals bleek direct dat deze niet op elkaar aansloten. Bij Zorgbalans kwamen ze tot de conclusie dat dit niet van achter een planningsbureau in te delen is, maar dat de thuiszorgteams dit veel beter zelf konden doen. Dezelfde medewerker van VWS zei hierover: *"Op het moment dat je echt naar die patiënten kijkt en het organiseert van wat die patiënt nodig heeft, dan zal je zien dat dit soort mechanismes veel noodzakelijker gaan worden. Dus ik denk dat die professionele ruimte gaat toenemen. Dat je echt nadenkt van waar ben je nu goed in"* (D3).



Een aantal respondenten gaf ook aan dat hierdoor waarschijnlijk veel meer vanuit het cliëntperspectief gedacht gaat worden. Een medewerker van VWS zei hierover: Ja, want één van de sterkste punten van de zorgsector is dat het niet meevalt om een professional zijn werk slecht te laten doen. Ze zijn vrijwel allemaal begonnen van ik wil voor mensen zorgen, niet van ik wil een luxe baan hebben” (D3).

### 5.2.2 De professional in de lead

Een andere constatering van een strategisch adviseur bij VWS was dat mensen die werken met de patiënt vaak niet begrijpen dat ze in ‘de lead’ zijn. *“Ze kijken vaak maar afwachtend naar die bazen die daar zitten, met die dikke pakken en mooie streepjes en mooie auto’s enzo”* (D3). Hij voorziet op de lange termijn een nieuwe strijd ontstaan tussen arbeid en kapitaal. Hij denkt dat arbeid gaat winnen, maar dat daarvoor de professional wel een stuk zelfbewuster en een sterker verhaal moet ontwikkelen: “Zeker voor professionals in de frontlinie, dat geldt niet alleen voor wijkverpleegkundigen, maar ook voor de politie en tramconducteurs. Ze zijn nauwelijks in staat of voldoende georganiseerd hun verhaal goed te articuleren (D3).

Hoewel de directeur van het CIZ de toegenomen waardering van professionele vrijheid ziet als onderdeel van een golfbeweging is hij wel van mening dat deze ontwikkeling niet zonder gevolgen blijft voor het primaire proces in de thuiszorg. Voordelen van deze ontwikkeling zijn volgens hem dat wanneer de professional meer ‘in de lead’ zal komen de indicatie preciezer uitgevoerd zal kunnen worden. Tegelijkertijd voorziet hij het risico dat wijkverpleegkundigen niet altijd het volledige beeld met alternatieven in het zorgarrangement voorzien: *“In die buurtwijk hebben verpleegkundigen het overzicht maar als er net in een andere aanpalende gemeente een aanbod is wat net zo goed toepasbaar had kunnen zijn dan weten ze dat weer vaak niet”* (D2). Wel merkt hij hierbij op dat de meningen op dit punt uiteenlopen. Zo deelt de oprichter van Buurtzorg deze mening niet. Hij is er van overtuigd dat zijn wijkverpleegkundigen bij uitstek juist het hele spel overzien. Hierover is dus nog discussie gaande.<sup>9</sup>

Over professionele ruimte zijn een aantal zaken ter sprake gekomen in deze paragraaf. Alle respondenten zijn van mening dat het vrij lastig is om een professional zijn werk slecht te laten doen. Daarom geven de respondenten aan het in meer of mindere mate het wenselijk te vinden om meer regelruimte te creëren voor de thuiszorgprofessional. De meningen zijn verdeeld over de huidige toename in populariteit van de (zorg)professional. Het ene kamp is van mening dat dit onderdeel van een hype is, terwijl het andere kamp juist het begin ziet van een rigoureuze trendbreuk met het verleden waarin een nieuwe strijd tussen arbeid en kapitaal plaatsvindt. Tenslotte werd door de respondenten opgemerkt dat thuiszorgprofessionals tot nog toe onvoldoende in staat blijken om hun beroepsgroep te mobiliseren en daarmee hun belangen te vertegenwoordigen.

---

<sup>9</sup> D2

## 5.3 Financiering van de thuiszorgsector

### 5.3.1 Het web van de thuiszorgfinanciering

De financiering van de thuiszorgsector is een zeer complexe en veelomvattende aangelegenheid.<sup>10</sup> Een strategisch adviseur van het ministerie van VWS zei hierover: *“Je kunt het niet geïsoleerd vanuit de thuiszorg benaderen, want zo zit het stelsel niet in elkaar”* (D3). Deze paragraaf zal zich dan ook beperken tot een aantal hoofdzaken die direct van invloed zijn op thuiszorgaanbieders.

Een eerste opmerking die de adviseur zorginkoop van Agis maakte over de financieringsstromen is dat deze gesplitst zijn. *“Dus ik ga niet over het geld van de ziekenhuizen, van huisartsen of wat dan ook. Maar alleen maar over het AWBZ-geld. Alleen er is natuurlijk een directe relatie tot andere verstrekkingen”* (M6). Deze respondent geeft aan bezig te zijn met het slaan van ‘bruggen’ naar haar collega’s die zorg dragen voor andere financiële verstrekkingen. In het kader hiervan sprak ze over interne bijeenkomsten binnen Agis waarbij mensen met elkaar in gesprek gingen vanuit de AWBZ, het huisartsenteam, de apothekers en de farmacie. Gezamenlijk gingen ze brainstormen over hoe een cliënt met een bepaalde (thuis)zorgvraag vanuit de verschillende financieringsstromen geholpen kon worden. Volgens de medewerker van Agis kwam men tijdens deze bijeenkomsten tot de volgende conclusie: *“En dan zie je dus dat de cliënt in een woud van regelgeving en instanties komt en dat het helemaal niet zo makkelijk is om vanuit klantperspectief daar zicht op te krijgen. Wat we in ieder geval weten is dat er veel teveel mensen thuiskomen om gewoon überhaupt zorg te leveren”* (M6).

In de praktijk leiden deze gescheiden financieringsstromen tot opvallende relaties tussen bijvoorbeeld de huisarts en specialisten in het ziekenhuis. Het komt volgens een huisarts voor dat specialisten uit het ziekenhuis bepaalde cliënten doorsturen naar de huisarts om zo te voorkomen dat de zorg vanuit het ziekenhuisbudget betaald wordt. Een huisarts zei hierover: *“Vanochtend hoort de assistente dus, van ik moet van het ziekenhuis voor mevrouw even een spiraaltje voorschrijven. Dan weet ik precies waar het over gaat. Als ik het opschrijf dan gaat het niet van het ziekenhuisbudget. Dat zijn natuurlijk van die hele rare dingen”*. De huisarts gaf aan te weigeren aan dergelijke praktijken mee te werken.

### 5.3.2 Betaalbaarheid van de thuiszorg

Volgens een strategisch adviseur staat de financierbaarheid van de zorg vanwege uiteenlopende macro-ontwikkelingen onder druk. Dit vraagt om een beleidsmatige reactie, aldus de adviseur. Een eerste reactie is volgens hem: *“Een pakketreactie. Dat betekent, datgene wat niet strikt noodzakelijk is organiseren we niet meer vanuit publiek gefinancierde middelen”*. Voor deze zaken moeten private oplossingen gezocht worden. Iets wat gaat veranderen is bijvoorbeeld het verdwijnen van de pil uit het basispakket, ook maagzuurremmers behoren tot deze categorie. Een tweede beleidsreactie is volgens de strategisch adviseur dat er steeds meer eigen betalingen ontstaan voor cliënten.

Daarnaast brengen de respondenten een derde historische ontwikkeling te berde die van invloed is op de financiering van de (thuis)zorg. De inrichting was vanuit de jaren '90 gericht op het draaien van volume om de wachtlijsten in de zorg terug te dringen. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop het systeem is ingericht op kwaliteit. Een strategisch adviseur van VWS zei hierover: *“Het*

---

<sup>10</sup> D1, D2, D3, M6, H1, H2

soort kwaliteitsvragen waar *Buurtzorg* mee bezig is, komen we hierdoor veel minder aan toe. De kunst is dus om juist in betaalsystemen de zelfredzaamheid veel meer centraal te zetten. Daar zijn we nog niet precies uit". De uitdaging die respondenten hierbij stellen is om het aanbod te laten voegen naar de vraag in plaats van de thuiszorgaanbieders het aanbod proberen te maximaliseren. Dit is een beleidsvraag waar men bij VWS volop mee bezig is. De uitdaging hierbij is: "(...) een omslag te krijgen naar waardecreatie vanuit de patiënt en niet waardecreatie vanuit de organisatie, winst, maar waardecreatie vanuit gezondheid en empowerment," aldus een strategisch adviseur van VWS (D3).

De directeur van het CIZ gaf aan een bepaalde nuancering in het debat over de betaalbaarheid van de zorg te missen. Volgens hem is het namelijk niet zo vanzelfsprekend dat er bezuinigd moet worden op de zorgkosten. Het gaat volgens hem er niet om dat op een gegeven moment het geld op is, maar om het maatschappelijk draagvlak dat er is om zorgpremies te verhogen. Om zijn stelling te onderbouwen maakt hij een internationale vergelijking: "Er gaat nu 9,5% van ons nationaal inkomen naar de zorg, maar in Amerika geldt bijvoorbeeld 16/17 procent. Dus als wij naar 11% zouden gaan, dan valt plotseling driekwart van onze bezuinigingsdoelstelling weg".

Samenvattend kan gesteld worden dat alle respondenten het er over eens zijn dat het financieringsstelsel in de (thuis)zorg een complexe aangelegenheid is. Dit kan de uitvoerende professionals belemmeren in hun dagelijkse praktijk. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de betaalbaarheid van de (thuis)zorg onder druk staat. Macro-ontwikkelingen zoals vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en steeds complexere zorgvragen dragen hieraan bij. Een nuancering die het CIZ aanbracht in dit kader is dat de maatschappelijke bereidheid om de zorgpremies te verhogen ook bepalend is voor de 'betaalbaarheid' van de thuiszorg.

## **5.4 Toekomst van de thuiszorgsector**

### **5.4.1 Een krappe arbeidsmarkt en de technologische perspectieven**

Een strategisch adviseur van het ministerie van VWS stelt dat zijn ministerie ongeveer twee jaar geleden een tekort op de arbeidsmarkt zag ontstaan. Sommige thuiszorginstellingen boden 100 euro voor iedere goede wijkverpleegkundige die bij hen in dienst kwam. De economische crisis nam dit effect gedeeltelijk weg, maar de verwachting is dat dit weer terug zal komen. De reactie vanuit het ministerie van VWS is dat er veel meer aangestuurd wordt op zelfsturing, inzet van de mantel, familie of vrienden en andere vrijwilligers.

Een andere weg die VWS verkend is in welke situaties arbeid vervangen kan worden door technologie. Hierbij noemt hij het voorbeeld van een medicijndispenser: "Dat is een op afstand bestuurbaar kastje die bij de cliënt wordt neergezet. Op het juiste moment komen er geautomatiseerd pillen uit en wordt de cliënt hierop geattendeerd met een herkenbaar signaal". De strategisch adviseur zei hierover: "In de huidige situatie is het gebruikelijk dat iemand van de thuiszorg langskomt om daar even mee te helpen. Dat is hartstikke duur. Die meneer of mevrouw die dan langskomt voor iets wat bijna geen effort is" (D3). De respondent bij VWS zei dat er talloze voorbeelden waren van hoe je menskracht door techniek kunt vervangen en op dat gebied kon nog een groot aantal FTE bespaard worden in de zorg.

De directeur van het CIZ neemt zowel onder professionals als cliënten een substantiële weerstand waar tegen technologische innovaties. Professionals ridiculiseren volgens hem vaak innovaties op voorhand in plaats van na te gaan voor welke doelgroepen onder welke voorwaarden een technische innovatie toepasbaar is. Hij zou hierin graag een cultuuromslag in willen bewerkstelligen, alleen realiseert hij dat het nog lang niet zo ver is: *“Dan moeten die euro’s niet meer gaan naar de wijkverpleegkundige, maar naar het pal4-systeem om zorg op afstand te realiseren. Nou daar zijn we al 15 jaar mee bezig, maar het breekt niet door”* (D2).

#### **5.4.2 Behoeftte aan diversiteit**

Met oog op de toekomst zien een aantal respondenten een ingrijpende verandering plaatsvinden die geschaard zou kunnen worden onder intensivering van de marktwerking in de thuiszorg. De directeur van het CIZ hekelt in dit kader de houding van de overheid die naar zijn mening gaat voor een one-size-fits-all concept: *“Dus wij moeten vooral af van ‘blauwdruk denken’ en eigenlijk weer terug naar het ‘doelgroep denken’, net als de marketeers. Ken je klantgroep, segmenteer, dan weet je hoe je je moet positioneren en organiseren, maar dat vindt de overheid heel ingewikkeld”* (D2). Opvallend genoeg stelt een strategisch adviseur van VWS dat thuiszorgaanbieders steeds meer gaan beseffen dat de wereld aan het veranderen is. Hiermee bedoelt hij dat ze zich meer gaan bezighouden met de vraag, waar zitten mijn klanten, waar hebben zij behoefte aan en hoe kan ik mijn organisatie inrichten zodat deze aansluit op de cliëntvraag. Hij zei hierover: *“Mensen zijn allemaal anders en er is veel grotere behoefte aan diversiteit, of zoals de rechtse politiek het noemt: de roep om marktwerking”*.

In concreto zijn een aantal voorbeelden aangehaald die volgens de respondenten het verhaal van de behoefte aan diversiteit ondersteunen. *“De ene doelgroep is bijvoorbeeld gebaat bij een zo spoedig mogelijk herstel. Bijvoorbeeld bij een heupoperatie. Dan is het van belang dat de hulpverleners zo snel mogelijk ontzorgen, zodat de patiënt zo gauw mogelijk van zijn probleem af is. Maar bij dementerenden weet je dat men er gewoon aan dood gaat. En je kan wel bijna voorspellen hoe dementie in een traject van 8 jaar zich zal voltrekken. Dus daar moet je heel andere prikkels organiseren, anders ga je de verkeerde dingen doen”*, aldus een directeur van het CIZ (D2). Hij betoogt dan ook dat er verschillende servicemodellen in marktwerking naast elkaar kunnen bestaan. Een strategisch adviseur van VWS voorziet in dit kader dat er in de zorg op de lange termijn behoefte blijft aan verschillende segmenten: *“Bepaalde klantgroepen willen een productieve efficiënte, doelmatige thuiszorginstelling die uitblinkt in ‘operational excellence’. Gewoon á la vliegtuigmaatschappij. Maar er zijn ook groepen, en dan heet het ‘customer intimacy’, die waarde hechten aan een Buurtzorgachtige instellingen met commitment tussen hulpverlener en de cliënt, waar ook heel veel behoefte in de tijd wisselend georganiseerd worden”* (D2). Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat niet iedere zorgverlener alle doelgroepen tegelijk moet bedienen.

#### **5.4.3 Toekomst van het CIZ**

De directeur van het CIZ gaf aan dat hij het in de toekomst niet zag gebeuren dat de functie van indicatiesteller geheel zal verdwijnen in de zorg: *“Want wij kosten 150 miljoen en beheren daarmee 22 miljard. En er is geen ander maatschappelijk stelsel waar niet zoiets plaatsvindt als claimbeoordeling. Of het nu over hypotheek gaat, of over zorg, of over speciaal onderwijs”* (D3). Daarnaast haalde hij het

voorbeeld van de curatieve zorg aan. Ook daar mag je zonder een verwijzing van een huisarts niet naar een specialist. *“De functie is één, maar hoe je het organiseert en of je daar ook een functionaris bij nodig hebt, dat vind ik een mooi debat,”* aldus een directeur van het CIZ. Ook de strategisch adviseur van VWS vermoedt dat er nooit afscheid genomen zal worden van de indicatiestellingen in de zorg: *“Zouden we dat in de zorg willen, dan wil de minister van financiën dat niet. Want 22 miljard zit in deze collectieve sector”* (D3).

Zoals eerder vermeldt in de contextbeschrijving van dit onderzoek, is er momenteel een transitie gaande binnen het CIZ. De directeur van het CIZ sprak over de aanleiding voor deze transitie: *“We hebben 1 miljoen indicaties per jaar. Daarvan gaat slechts een kwart over nieuwe cliënten, de rest zijn allemaal herindicaties van bestaande cliënten. That makes you wonder, kan dat anders?”* (D2). Daarom is besloten om voor alle herindicaties slechts steekproefsgewijs te toetsen of de indicatie correct is verlopen. De beleidsvisie van het CIZ is hierbij iemand die voor het eerst cliënt is in de AWBZ wel eigenhandig door het CIZ geïndiceerd wordt. Vervolgens kunnen alle herindicaties door de zorgprofessional zelf worden uitgevoerd, volgens de directeur van het CIZ.

Het ministerie van VWS stelt dat de toegangsrol voor het CIZ drastisch zal verkleinen. Een strategisch adviseur verwacht dat in de toekomst steeds meer indicaties door de huisarts worden belegd: *“Zeker als datgene wat we nu als het zwaardere verpleegkundige gedeelte, overgaat naar de zorgverzekeringswet dan is het CIZ eigenlijk overbodig want dan wordt de indicatie gedaan door de huisarts”* (D3). Het eindbeeld volgens de respondenten bij het ministerie van VWS is dat het CIZ transformeert in een expertisecentrum om in te kunnen schatten en adviseren over de zorgbehoefte van cliënten en wat daarvoor ingekocht of verkocht moet worden door gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

In deze paragraaf zijn er met oog op de toekomst van de thuiszorgsector een aantal belangrijke kwesties ter sprake gekomen. Ten eerste signaleren de respondenten een toenemend tekort op de arbeidsmarkt van zorgprofessionals. Reacties hierop lopen uiteen van het beter benutten van de mantel, tot verkennen in hoeverre technologische innovaties menselijke arbeid kunnen vervangen. Daarnaast zijn de respondenten het er over eens dat de komende jaren sprake zal zijn van een toenemende behoefte aan diversiteit in het thuiszorgaanbod. Thuiszorgaanbieders zullen meer moeten segmenteren naar verschillende doelgroepen en focussen op dat waar zij zelf goed in zijn. De respondenten verwachten ook niet dat de controlerende rol van een indicatie stellend orgaan volledig zal verdwijnen. Mogelijk dat de taak wel meer verschuift van toegangspoort tot de zorg, naar controle achteraf van indicaties die door de thuiszorgprofessionals uitgevoerd zijn.

## 6. Casus Vitras/CMD

In dit onderzoek staan twee casussen centraal, namelijk Buurtzorg Nederland en Vitras/CMD. Nu volgt een weergave van de casus Vitras/CMD. Na een korte introductie van de organisatie, wordt ingegaan op de beelden die bij Vitras/CMD leven ten aanzien van de cliënt, rol van het management, de inrichting van de organisatie en de rol van de overheid. Tenslotte schetsen zij het toekomstperspectief voor Vitras/CMD. In hoofdstuk 7 zal de casus Buurtzorg Nederland op vergelijkbare wijze ter sprake komen.

### 6.1 Introductie casus Vitras/CMD

Vitras/CMD biedt al ruim vijftig jaar in de provincie Utrecht in 13 gemeenten een breed palet aan zorg, hulpverlening, advies, services, support en hulpmiddelen. Binnen Vitras/CMD wordt gewerkt met vier primaire units: Zorg, Diensten, Jeugdgezondheidszorg en Thuiszorgwinkels.

Bij het leveren van haar diensten en producten geeft Vitras/CMD aan dat binnen haar maatschappelijke opdracht *‘een sterke lokale verbinding met cliënten en andere partners in de zorg leidend zijn’* (Jaarrekening Vitras/CMD: 2009, 4). In haar 50 jaar tellende historie heeft Vitras/CMD verschillende ontwikkelingen doorgemaakt. In de beginjaren leverde zij het zogenaamde kruiswerk, met één wijkzuster in iedere wijk. Vervolgens heeft zij zich enorm uitgebreid en geprofessionaliseerd: verscheidene fusies vonden plaats – waaronder die van Vitras/CMD met Meavita Nederland – en standaarden zijn ontwikkeld om de kwaliteit inzichtelijk te maken.

In februari 2009 ging Vitras/CMD zelfstandig verder na ontvlechting uit het concern Meavita Nederland. Volgens de organisatie was dit nodig, aangezien deelname aan dit concern zowel inhoudelijk als financieel verliesgevend bleek voor Vitras/CMD. Momenteel is er een reorganisatie gaande. Dit brengt een grote cultuuromslag met zich mee. Hiermee wil de organisatie aansluiten op een algehele transformatie in de thuiszorgsector, die zich kenmerkt door kleine zelfregulerende teams. Samenwerking ter plaatse wordt hierbij bovengeschiedt aan kwaliteit en prijs. Zoals Vitras/CMD het zelf formuleert in het jaarplan 2009: *“Sinds de tweede helft van 2009 is een doorbraak geëffectueerd: de kleinschalige teams hebben de ondernemende opdracht gekregen verantwoordelijkheid te nemen voor de te behalen doelen”* (Jaarrekening Vitras/CMD: 2009,5).

Na de genoemde ontvlechting werken er bij Vitras/CMD 1541 medewerkers die aan bijna 4000 cliënten 549.287 uur per jaar extramurale zorg verlenen. Per jaar zet de organisatie ongeveer 57 miljoen om.

Binnen de organisatie bestaan er verschillende divisies. De directeurbestuurder van Vitras/CMD geeft direct leiding aan de divisiemanagers en aan het Bedrijfsbureau, Personeel & Organisatie, Communicatie, de Controller en het Directiesecretariaat. De stafdiensten zijn ondersteunend aan alle primaire processen in de organisatie. De thuiszorgwinkels evenals diëtik en ledenservices zijn halverwege 2009 deel uit gaan maken van het Bedrijfsbureau, zodat de divisie Zorg zich primair op de kernopdracht en de reorganisatie van de Verzorging en Verpleging kon richten (Jaarrekening Vitras/CMD, 2009 4-11).

## 6.2 Rol ten aanzien van de cliënt

### 6.2.1 De cliënt als het middelpunt

Binnen Vitras/CMD bestaat er consensus over het centraal stellen van de cliënt in het zorgproces. Niet het aanbod, maar de zorgvraag moet leidend zijn. Dit blijkt zowel uit organisatiedocumenten, als uit uitspraken van medewerkers en managers binnen Vitras/CMD<sup>11</sup>. In het licht hiervan wordt het belang van lokale kleinschalige thuiszorgteams benadrukt. Kleinschaligheid maakt het mogelijk om de zorgvraag van de cliënt centraal te stellen, aangezien de organisatie dan dichterbij de praktijk van de zorgbehandeling plaatsvindt. Een manager stelt in dit kader: “(...) *de enige manier om je te concentreren op je core-business is dat je het echt zo klein mogelijk en lokaal mogelijk moet houden*” (M1). Mogelijk ten overvloede, maar de core-business betreft hier het verlenen van extramurale verpleging en verzorging.

Interessant om na te gaan is op welke wijze Vitras/CMD invulling geeft aan het streven om kleinschalig en lokaal te werken. Lokaal organiseren betekent niet dat verantwoordelijkheden lokaal belegd worden. Op grond van het verleden – toen thuiszorgpersoneel meer verantwoordelijkheden kreeg dan nu – zijn er veel dingen fout gegaan. Volgens een divisie manager werd regelmatig te ruim geïndiceerd, plannings hielden vaak rekening met buitensporig veel reistijd en medewerkers zaten vaak langer koffie te drinken bij cliënten zonder dat daar indicatietijd voor beschikbaar was.<sup>12</sup> Daarom zoekt Vitras/CMD naar een tussenweg. Ze wil de lokale kracht en kennis van haar personeel ten volle benutten, alleen dit betekent niet dat daar ook de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening ligt. Deze ligt bij de betrokken manager, of teamleider.

Het mobiliseren van lokale kracht en kennis verloopt niet altijd geheel vlekkeloos. Volgens een manager binnen Vitras/CMD ondervinden reguliere thuiszorgorganisaties dikwijls problemen om op efficiënte wijze lokale en kleinschalige thuiszorg aan te bieden: “*Dat is waar de reguliere thuiszorgorganisaties natuurlijk heel veel problemen mee hebben. Want die hebben een enorm bedrijfsbureau en controllers en god mag weten wat meer voor ellende opgetuigd om de zorg te kunnen leveren en zie dat maar weer eens terug te dringen tot wat is nu echt nodig, tot de basics*” (M1).

Veel respondenten geven aan regelmatig hinder te ondervinden van de logge bureaucratische organisatie. Het thuiszorgpersoneel zegt zo nu en dan hinder te ondervinden van deze inefficiëntie, waardoor er minder tijd overblijft voor de cliënt<sup>13</sup>. Administratieve lasten worden dikwijls als zwaar ervaren. Een CWV'er vertelde dat ze vanwege tijdelijke onderbezetting bijna 80% procent van haar tijd kwijt was aan administratieve taken. Dit was echter wel een uitzonderlijke situatie (W2). Maar ook in beter bezette teams klaagt het thuiszorgpersoneel over de administratieve lasten. De indicatie stelt in veel gevallen een tijdslimiet vast, waar het verpleegkundig personeel niet overheen mag gaan. Een CWV'er zei hierover: “*Dus ja, dat vind ik heel vervelend. Het enige wat je denkt als je bij de patiënt bent is, ik moet zo snel mogelijk weg, want ik heb maar een kwartier*” (W1).

---

<sup>11</sup> M1, M2, M3, W1, W2, Jaarrekening 2009 Vitras/CMD

<sup>12</sup> M1, M2, M3

<sup>13</sup> W1, W2

Op de vraag of bovengenoemde praktijken het wijkverpleegkundig personeel belemmeren om op kleinschalige en persoonlijke wijze thuiszorg te leveren, wordt vaak ontkennend gereageerd<sup>14</sup>. Er is in principe voldoende ruimte om zelf het zorgproces in te richten naar de behoefte van de cliënt. Belemmeringen die een wijkverpleegkundige ervaart probeert zij zoveel mogelijk te camoufleren voor de patiënt. De administratieve belemmeringen zijn vooral van invloed op de arbeidsvreugde en de ervaren werkdruk van het personeel. Zo is de laatste jaren binnen Vitras/CMD omwille van de efficiency steeds minder tijd voor patiëntoverleggen. Binnen de organisatie wordt een strikte tijdslimiet gehanteerd. Respondenten geven aan wel te begrijpen dat de organisatie ook moet kunnen blijven draaien. Dit neemt echter niet alle ontevredenheid weg. Medewerkers die enkel in de wijk werken mogen nauwelijks nog uren schrijven voor overhead. Zij zijn alleen nog actief 'achter de deur van de cliënt'. Een CWV'er zei in het kader hiervan over collega's uit haar team: *"Dit betekent dat zij haast niet meer hier op kantoor mogen komen om even iets te overleggen, te bespreken, of collega's te zien. En die lopen daar wel heel erg tegenaan. Die missen een stukje collegiaal contact"* (W2).

Daarnaast verhogen krappe Standaard Indicatie Protocolen (SIP's) de werkdruk. Het CIZ stelt met behulp van SIP's vast hoeveel minuten er beschikbaar is voor een specifieke behandeling. Een CWV'er illustreert de gevolgen van deze indicatiemethode als volgt: *"(...) Een been zwachtelen bijvoorbeeld, daar krijg je maximaal 0,9 uur per week voor. Nou dan kan gewoon niet. Je moet dat spul er afhalen, je moet het wassen, je moet het insmeren daar loop je heel erg tegenaan"* (W2).

## 6.2.2 Alle zorg altijd beschikbaar

De kracht van Vitras/CMD is volgens de respondenten dat ze alle typen zorg kunnen leveren, 24 uur per dag, in alle regio's waar ze actief is. Een combinatie van in de afgelopen 50 jaar opgebouwde deskundigheid en een eigen opleiding verschaffen Vitras/CMD volgens de respondenten een sterke uitgangspositie in de thuiszorgmarkt: *"We kunnen dus elke patiënt goede kwaliteit zorg leveren"* (M1). Vitras/CMD levert altijd zorg aan iedereen die daarvoor op grond van een AWBZ-indicatie recht op heeft. Het uitgangspunt hierbij is dat een Vitras/CMD in principe nooit zorg weigert: *"Wij leveren altijd zorg, dus als wij moeten komen voor één oogdruppeltje, dan komen we ook"* (M2).

Een tweede punt wat veel respondenten aandragen is de wijkgerichte aanpak. Hierin probeert Vitras/CMD, volgens de respondenten, wijze lessen te trekken uit de succesvolle aspecten van de Buurtzorgformule. Zo is er binnen Vitras/CMD nu ook bijvoorbeeld een centraal aanspreekpunt per wijkteam, met één telefoonnummer, en worden teams meer rondom één wijk ingericht<sup>15</sup>.

Dit vraagt om een flexibelere houding van het personeel en creëert nieuwe verantwoordelijkheden binnen de wijkteams. Volgens de CWV'ers staan cliënten positief tegenover deze nieuwe werkwijze. Het vergt tegelijkertijd wel iets extra's van het thuiszorgpersoneel. Het kan leiden tot extra werkdruk, zo geven de wijkverpleegkundigen aan.<sup>16</sup> Hierdoor neemt de 'indirecte tijd' die het thuiszorgpersoneel moet schrijven toe. Ze moeten alle telefoontjes aannemen van patiënten en mogelijk actie ondernemen naar aanleiding van een telefoongesprek met een patiënt, of familielid van een patiënt. Een teamleider omschrijft deze indirecte tijd als een nieuw spanningsveld dat op de

---

<sup>14</sup> W1, W2, M1, M2

<sup>15</sup> M1, M2, M3

<sup>16</sup> W1, W2, W4



bedrijfsresultaten drukt: (...) *het gaat om reistijd, kantoortijd etc. en dat betekent dus dat ze ook weinig tot geen mogelijkheden meer hebben om op kantoor dingen te komen doen of te kletsen in werktijd. Dat is een dilemma, waar ik per week, of per dag soms tegenaan loop*" (M2).

Het altijd beschikbaar zijn, en het in principe niet weigeren van zorg, vergroot de kans op een hoge werkdruk. Teamleiders proberen hun medewerkers hierin zoveel mogelijk te ontzien, maar dat neemt niet weg dat het thuiszorgpersoneel regelmatig moet overwerken: *Ik moet de bezetting rondkrijgen, ik moet m'n rooster rondkrijgen maar zij heeft al drie keer extra gewerkt deze periode dat kan ik niet nog een keer vragen. Dus dat geeft werkdruk en daarom maak ik ook veel gebruik van ZZP'ers omdat mijn eigen personeel anders overbelast raakt. Ook dat zijn weer dilemma's want dat doet iets met mijn bedrijfsresultaten*" (M2). Per vestiging zijn er wel verschillen waarneembaar. Waar de ene vestiging een tekort aan personeel heeft, zegt de ander het prima rond te kunnen krijgen. Er ontstaat dus geen eenduidig algemeen beeld, wat betreft de werkdruk bij Vitras/CMD.

Een belangrijke boodschap om uit bovenstaande empirie op te tekenen, is dat er binnen Vitras/CMD consensus bestaat over het belang om cliënten als 'middenpunt' van de thuiszorgcyclus te zien, maar dat een logge bureaucratische organisatie dit soms bemoeilijkt. Teams gaan steeds wijkgericht aan de slag en staan directer in contact met de cliënt. Dit vergt tegelijkertijd een extra inspanning van het thuiszorgpersoneel, wat knelt met de bureaucratische lasten vanuit de organisatie. Dit in combinatie met een continue focus vanuit de organisatie om de bedrijfskosten te drukken, kan een hoge werkdruk creëren die door sommige wijkverpleegkundigen als belastend ervaren wordt.

## **6.3 Rol van het management binnen de organisatie**

### **6.3.1 Aansturen van de werkvloer**

De respondenten die een managementfunctie bekleden binnen Vitras/CMD hebben een uiteenlopende verzameling van ideeën over het aansturen van primaire processen in de thuiszorg. Grofweg onderscheiden de respondenten drie verschillende belangen waartussen ze moeten laveren: allereerst het belang van de cliënt, vervolgens het belang van je eigen medewerkers en ten slotte het belang van goede bedrijfsresultaten. Volgens een teamleider horen bij deze verschillende belangen uiteenlopende rollen: *"In de ene situatie is een coachende en stimulerende rol gewenst, terwijl op een ander moment juist bijgestuurd moet worden: soms spreekt een manager medewerkers aan, als dingen niet goed gaan"* (M2). Op een ander moment vervult de manager een informerende rol: aan de hand van nieuwsbrieven, of mailberichten of een teamoverleg ligt de manager het personeel in over dringende ontwikkelingen<sup>17</sup>.

De belangen waartussen de manager een goede afweging moet maken, vragen soms om onderling conflicterende rollen. Ter illustratie gaf een teamleider een voorbeeldsituatie waarin het medewerkers- en klantbelang boven geschikt was aan het bedrijfsbelang. Vitras/CMD hanteert het beleid dat een overleden patiënt afgedekt wordt door de begrafenisondernemer. Hiervoor krijgt de organisatie namelijk geen vergoeding en deze handeling valt daarom buiten het takenpakket. Het kan

---

<sup>17</sup> M1, M2, M3, M4

voorkomen dat bij wijze van uitzondering de medewerker de overleden patiënt toch zal afdekken: “(...) het gebeurt af en toe dat een medewerker naar mij toekomt en zegt van, hé ik ben daar heel nauw betrokken bij de terminale patiënt en die heeft mij gevraagd of ik het afleggen wilde verzorgen. Mag dat? Dan zeg ik ja” (M2). Als dit een veel voorkomende situatie zou zijn, dan kon ze er niet zo soepel mee omgaan als nu. Dan gaat het bedrijfsmatig belang weer zwaarder wegen, aangezien beleidsmatig bepaald is dat afdekken niet door Vitras/CMD verzorgd wordt: “Nou daarmee speel ik dan zelf, hou telkens de verschillende belangen in je achterhoofd en laveer hiertussen op een verstandige manier” (M2).

Een ander belangrijk element waarbij de teamleider en CWV'er een belangrijke rol spelen is het creatief omgaan met indicaties vanuit het CIZ. Een zekere mate van creativiteit is gewenst, zo beaamt het CIZ. Hierin vervult de teamleider vaak een coachende rol. Vitras/CMD heeft bijvoorbeeld te maken met ziekenhuisgeplaatste zorg. Het komt voor dat een aantal handelingen niet geïndiceerd worden, waardoor een huisarts een specialist deze moet verrichten. De klant moet dan naar de huisarts, wat niet altijd even praktisch is als de cliënt bijvoorbeeld immobiel is. Vitras/CMD wil tegelijkertijd de klant niet kwijtraken: “Dan zit je tegen de grens aan van wat kan er nou. Dan zit ik met de CWV'er echt te zoeken naar een oplossing. Bijvoorbeeld toch een indicatie AIV aanvragen Algemene Instructie Voorlichting. Dat is een beetje creatief boekhouden, maar dan kan ik hem toch door onze eigen mensen laten geven en wel als het ware dan een maas in het net gevonden om toch die klant de zorg te kunnen leveren” (M3).

Bovengenoemde situaties geven uitzonderingen weer. Maar de respondenten geven aan continu bezig te zijn met een afweging van belangen. De cliënt, de medewerker en het bedrijf zijn de drie pijlers op grond waarvan managers invulling aan hun rol wensen te geven.<sup>18</sup>

Niet alle respondenten vonden het nodig medewerkers te betrekken in de belangenafweging die ze zelf continu maakten. Een teamleider gaf aan dat zijn personeel weinig geïnteresseerd is in financiën en andere bedrijfsmatige zaken. Daarom bestond zijn rol vooral uit het aangeven van de bedrijfsmatige kaders aan het thuiszorgpersoneel onder hem, zodat zijn mensen weten wat hun speelruimte is.<sup>19</sup>

Een andere teamleider gaf aan juist altijd zoveel mogelijk mensen te betrekken en op de hoogte te stellen van haar beweegredenen. Ze noemt een voorbeeld van een wijkteam dat de ene na de andere teamleider heeft zien verdwijnen en dat financieel slecht draaide. Ze zagen haar als de zoveelste manager die ging vertellen dat de zorg nu écht anders georganiseerd moest worden, het teampersoneel begreep totaal niet waarom, aangezien de cliënten tevreden waren. De teamleider stelt dat je dan met aansprekende voorbeelden moet komen: “(...) je kunt niet je winkel openhouden als je niet in ieder geval quitte speelt. Ik kom altijd met de bakker aan die 5 dagen in de week z'n winkel open heeft en als om 10 uur 's ochtends de laatste klant binnenkomt en daarna geen klant meer ziet, dan moet ie z'n winkel sluiten. Zo simpel is het” (M3). Met zulke voorbeelden hoopt ze het ook voor lageropgeleiden inzichtelijk te maken waarom bepaalde bedrijfsmatige zaken op orde moeten zijn.

---

<sup>18</sup> M1, M2, M3

<sup>19</sup> M3

Een divisie manager zag nog voldoende ruimte voor verbetering wat betreft de aansturing van de werkvloer. Ze probeert hierop te sturen bij de mensen onder haar: *“Ik zeg tegen mijn mensen, ik ben lui. Ik doe niks, zou je ook eens moeten proberen heb ik erbij gezegd. En hoe luier je bent, hoe beter je je werk doet. Want dan doe je de goeie dingen”* (M1). De goede dingen zijn volgens haar dat elke manager in het leven geroepen is om te faciliteren. Een manager is ervoor om te zorgen dat mensen hun werk kunnen doen. Tegelijkertijd is het dan belangrijk dat de mensen op de werkvloer verantwoordelijkheid krijgen. Wel moet van tevoren duidelijk worden aangegeven wat de kaders zijn waarbinnen ze hun werk mogen doen. Een manager zei hierover *“Laat ze hun vak doen, daar zijn ze goed in. Zij weten precies wat wel en niet kan. Daarmee worden zij gelukkig, de cliënt wordt gelukkig en we kunnen het verantwoorden”* (M1). Op deze manier kunnen wijkverpleegkundigen flexibel hun taken indelen en daarmee zijn dan alle belangen gediend. Een wijkverpleegkundige kan het beste bepalen wanneer iemand even extra zorg nodig heeft, dat opgevangen kan worden met een indicatie van iemand die zich tijdelijk met iets minder weet te redden: *“Dus als ik het nu zo organiseer dat Marietje in de uren die ze heeft even minder bij y en meer bij x langsgaat komt het helemaal goed in het leven. Doe je ding. En volgens mij worden wijkverpleegkundigen daar blij van”* (M1).

### **6.3.2 Managen van besluitvorming**

De manier waarop besluitvorming binnen Vitras/CMD tot stand komt, wekt soms de nodige ergernis op bij betrokkenen. Volgens een aantal respondenten worden besluiten vaak erg top-down gemaakt. Een teamleider zei hierover: *“Besluitvorming wordt vaak gewoon over de schutting gegooid. (...) Dan wordt er iets heel simpels bedacht. Om de administratieve druk te verminderen werd er een formulier afgeschaft en een ander te berde gebracht en alle managers tuimelden over elkaar heen, want dat stond er niet op en zus was niet handig en zo niet en het werkte gewoon niet”* (M2). Respondenten gaven te kennen dat de organisatie dikwijls te weinig betrokken werd bij de besluitvorming. Het gevolg hiervan is dat veel besluiten verwarring veroorzaken onder de mensen die ermee moeten werken en vervolgens heroverwogen moeten worden. Wanneer verschillende belangen op voorhand worden meegewogen, zal dit bijdragen aan een veel effectievere besluitvorming en gemakkelijkere implementatie van nieuw beleid.<sup>20</sup>

Samenvattend, zijn er op basis van de input van de respondenten een aantal bevindingen naar voren gekomen. Verschillende belangen vragen om uiteenlopende rollen die al dan niet conflicterend zijn. De manier waarop managers invulling geven aan hun rol verschilt. De ene manager is hier ook succesvoller in dan de ander. Met name op het gebied van de faciliterende coachende rol is nog winst te behalen. Dit kan gerealiseerd worden wanneer het thuiszorgpersoneel meer verantwoordelijkheid zou krijgen binnen duidelijk geëxpliciteerde kaders. Om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid zou zowel het thuiszorgpersoneel als het middenmanagement meer betrokken kunnen worden in de besluitvorming. Door medewerkers te betrekken in het veranderproces kan voorkomen worden dat er – bij nader inzien – onwenselijke besluiten genomen worden en zal de uitrol van besluiten en nieuw beleid waarschijnlijk soepeler verlopen.

---

<sup>20</sup> M1, M2, M3, W1

## 6.4 De inrichting van de organisatie

### 6.4.1 Communiceren en verantwoordelijkheden delegeren

In de voorgaande subparagraaf werd gesproken over het betrekken van medewerkers bij de besluitvorming. Volgens een divisiemanager zou de communicatie binnen de organisatie van richting mogen veranderen. Bij reorganisaties binnen Vitras/CMD maakt de eindverantwoordelijke niet altijd gebruik van de lokale kennis en kracht die lager in de organisatie beschikbaar is. Zoals reeds in voorgaande paragrafen ter sprake kwam, ontstaat steeds meer de overtuiging dat de organisatie, medewerkers en de cliënten er baat bij hebben om verantwoordelijkheden laag te beleggen. Meerdere respondenten gaven echter aan dat er toch nog zeer sterk van boven naar onder gemanaged wordt. Bij reorganisaties komt het voor dat de eindverantwoordelijke duidelijk maakt: “(...) *jullie zijn verantwoordelijk, vervolgens riep een middenmanager o, dan ga ik het zo en zo doen, waarop de eindverantwoordelijke riep dat dat toch écht niet de bedoeling was*” (M1). Dit is volgens een divisiemanager typisch het verschil tussen: “(...) *zeggen en daadwerkelijk ook doen (...) zo’n manier van managen heet over de schutting gooien*” (M1). Een manager zegt verantwoordelijkheid uit handen te geven, maar als het puntje bij het paaltje komt, is de eindverantwoordelijke vaak niet in staat om zijn ondergeschikten daadwerkelijk vrij te laten om naar eigen inzicht invulling te geven aan de reorganisatie. Dit is iets wat mensen op verschillende niveaus in de organisatie ervaren.<sup>21</sup>

Naast de verticale communicatie is er volgens een divisiemanager ook nog winst te behalen in de horizontale communicatie: tussen de divisies onderling. Mogelijk niet geheel verrassend heeft enkel de divisiemanager uitspraken hierover gedaan. Ze vindt de communicatie tussen divisies beneden peil. Ter illustratie hiervan geeft ze een praktisch voorbeeld: “*We hebben kantoren in de regio’s waar alle drie de divisies vertegenwoordigd zijn en die mensen praten niet met elkaar. Die hebben hun eigen koffiekamers. Dat zou dus sowieso moeten veranderen in één gezamenlijke koffiekamer*” (M1). Naast simpele maatregelen als het samenvoegen van de koffiekamers, zijn er volgens haar ook veel ingrijpendere veranderingen nodig met oog op de organisatiestructuur. Hierbij liet ze zich wel ontvallen dat niet iedereen binnen Vitras/CMD deze visie met haar deelt.<sup>22</sup>

### 6.4.2 Beperking van de democratie

Respondenten op alle niveaus in de organisatie gaven aan zich in meer of mindere mate beperkt te voelen door de organisatiebureaucratie. Op uitvoerend niveau is de verantwoordelijkheid relatief groot wanneer het gaat om bureaucratische handelingen. Een CWV’er zei hierover: “*CWV’ers zijn wel veel op kantoor bezig met regelzaken. Dat de indicaties kloppen. Toch wel minimaal 40 procent van je tijd*” (W1). Voorheen was er een frontoffice die alle indicaties voor haar rekening nam, dit was met name bedoeld om de administratieve lasten van de CWV’er te verlichten. De indicatie is nu weer teruggelegd bij de CWV’er.

Er kleven volgens de respondenten voor- nadelen aan het wegvallen van de frontoffice. Voorheen was het prettig dat de frontoffice ook alle ingewikkelde indicaties afhandelde. Tegelijkertijd moest de CWV’er zoveel gegevens aanleveren, waardoor hij of zij alsnog bijna net zoveel tijd kwijt

---

<sup>21</sup> M1, M2

<sup>22</sup> M1, M2

was voor het verwerken van een ingewikkelde indicatie, daarom hadden geven de CWV'ers aan dat ze het begrijpelijk vinden dat de indicatie weer grotendeels door het wijkteam zelf gedaan wordt.<sup>23</sup> Op de vraag hoe de CWV'er aankijkt tegen het gehele indicatieproces, antwoordde een CWV'er: *“Maar als het moet dan moet het, ik kan me daartegen verzetten. Maar als het zo is dat alles volgens de regeltjes moet kloppen, dan doe ik dat. Dat is denk ik de enige manier om je werk goed vol te houden. Op deze wijze, het is nu eenmaal zo”* (W2). Hierbij moet wel een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende niveaus onder het thuiszorgpersoneel. Met name niveau 4 en 5 (dit zijn vaak de CWV'ers) zijn belast met bureaucratische handelingen. Bij de lagere niveaus worden al deze registratieverplichtingen juist uit ganden genomen, zodat zij zoveel mogelijk hun werkuren declarabel 'achter de deur' kunnen besteden.

Met de huidige koers die Vitras/CMD vaart, wil zij de wijkteams meer verantwoordelijkheid geven.<sup>24</sup> Het huidige toezichtstelsel laat dit volgens een divisie manager niet altijd toe. Ieder wijkteam met een eigen budget betaalt een vast percentage aan dekkingsbijdrage voor de bedrijfsvoering. Een divisie manager zei hierover: *“Ik vind dat dus ook niet kloppen. Als je zegt daar zijn mensen verantwoordelijk en zij moeten daar hun ding doen, dan bepaalt het team zelf wat ze hier van het hoofdkantoor nodig hebben”* (M1). Dit rechtvaardigt zij vanuit het principe dat wijkteams alleen betalen voor de diensten van het bedrijfsbureau waar ze gebruik van maken. Aan de hand van het volgende voorbeeld ridiculiseert ze de huidige manier van werken: *“Zie je het zelf al gebeuren? Ik ga naar de bakker en ik betaal voor twee broden terwijl ik er maar één koop. Ja zegt die bakker maar ik heb wel 3 ovens staan en je bureaus willen ook brood”* (M1).

Dit verhaal werd wel genuanceerd met de opmerking dat de enorme hoeveelheid aan wet- en regelgeving vraagt om een strikt toezichts- en handhavingssysteem. Regel- en wetgeving werken volgens de respondenten een zwaar opgetuigd toezichts- en controle systeem dus in de hand.<sup>25</sup> Een manager stelt dat de regelgeving erg complex en vaak onbegrijpelijk is: *“Regelgeving maakt het nu zo ingewikkeld dat je bijna geen manager zo ver krijgt om al die regels te kennen om dat vervolgens goed te verantwoorden en aan de accountant uit te leggen. En als iemand het dan toch probeert dan word die persoon echt helemaal gek!”* (M1).

Kort samengevat bestaat er volgens de respondenten binnen Vitras/CMD de overtuiging dat het in ieders belang is om verantwoordelijkheden laag te beleggen, maar in de praktijk blijken managers hier zo nu en dan moeite mee te hebben. Het delegeren van verantwoordelijkheden naar lagere niveaus in de organisatie zou ook de veelgenoemde bureaucratie binnen Vitras/CMD kunnen beperken en de organisatie platter kunnen maken. Ook al ontstaat hierover geen eenduidig beeld voor ieder niveau binnen de organisatie. Verantwoordelijkheden laag beleggen betekent in de praktijk soms ook een administratieve lastenverzwaring voor bijvoorbeeld de CWV'er. Als belangrijke oorzaak voor het ontstaan van logge bureaucratie wordt vaak gewezen naar de enorme hoeveelheid wet- en regelgeving waarnaar de organisatie zich moet schikken.

---

<sup>23</sup> W1, W2, W3

<sup>24</sup> Jaarrekening Vitras/CMD, 2009; M1

<sup>25</sup> M1, M3

## 6.5 Vitras/CMD in de thuiszorgketen

### 6.5.1 Samenwerking tussen Vitras/CMD en haar ketenpartners

Uit interviews met de respondenten bij Vitras/CMD bleek dat samenwerking met externe partijen op alle niveaus plaatsvindt en zowel een lokale als een landelijke dynamiek kent. De teamleiders en CWV'ers acteren vooral op het lokale niveau en de divisie managers en de directie richten zich op het lokaal en landelijk bestuurlijke niveau.<sup>26</sup> Een divisie manager merkte in dit kader op dat de samenwerking vaak gecompliceerd is omdat er bij één cliënt vaak allerlei verschillende ketenprojecten door elkaar lopen: *“Bijvoorbeeld als het gaat om dementie: je hebt de intramurale zorginstellingen, de huisarts, eerstelijns ziekenhuizen en natuurlijk ons nog als thuiszorginstelling, kortom dementie doe je niet in je eentje, maar dat verspreid zich over vele linies van ketenpartners”* (M1). Hierbij is het voor teamleiders van belang zelf in beeld te hebben wat er in de gemeente (lokaal) aanwezig is: *“Wie zijn mijn concurrenten, wie zijn mijn verwijzers en hoe bespeel ik dat veld zo dat wij op een goede manier de zorg kunnen leveren en tegelijkertijd als organisatie goed in de markt blijven”* (M1).

Teamleiders geven aan zich bewust te zijn van deze rol. Een teamleider zei dat deze rol niet zo gemakkelijk in de praktijk te brengen was. Ze gaf aan vaak in beslag genomen te worden door allerlei operationele taken en verantwoordelijkheden. Vooral op grote locaties gaven teamleiders hier blijk van.<sup>27</sup> Om deze reden ziet ze bij grote locaties het liefst twee teamleiders: de één om zich te richten op zaken als roostering en planning en functioneringsgesprekken, de ander meer gericht op relatiebeheer en samenwerking met partners in de zorg. Ter illustratie hiervan noemde ze samenwerking met verpleeg- en verzorgingshuizen: *“(…) ik vind dat we als organisatie veel intensiever moeten samenwerken, of zelfs samengaan met intramurale instellingen. Dat is helaas niet gelukt.* (M2). Ze merkt op dat organisaties die dat wel goed voor elkaar hebben – zoals bijvoorbeeld Aveant– hier veel baat bij hebben: *“Dan kun je personeel uitwisselen, je indicaties uitwisselen en je kunt met verblijfsindicaties veel makkelijker spelen. Dan heb je een veel bredere basis. We zijn het in onze organisatie roerend eens met elkaar dat dit echt een gemiste kans is, dat we dat niet gedaan hebben”* (M2).

Een teamleider van een kleinere locatie gaf niet aan zozeer tijd tekort te komen in zijn functie. Wel was hij actief bezig om vorm te geven aan zijn taken als relatiebeheerder. Hij legde zijn focus vooral op partners waar de relatie nog niet optimaal is, of niet onderhouden kon worden door de CWV'ers. In het kader hiervan zei hij over huisartsen: *“Contacten met de huisartsen liggen echt bij de CWV'ers en de kwaliteit van die contacten zijn dermate goed dat ik er op dit moment ook geen behoefte aan heb om me er rechtstreeks mee te bemoeien.”* Andere partners investeert hij juist extra in. Als voorbeeld noemde hij het contact dat hij nu probeert op te bouwen met apothekers. Daar is volgens een teamleider in een kleinere regio nog veel winst te behalen. Apothekers zijn een belangrijke schakel, omdat zij een belangrijke signaleringsfunctie vervullen. Zij staan vaak in direct contact met patiënten en zien vaak snel als een cliënt sjoemelt met het innemen van medicijnen. Tevreden liet de betreffende manager hierover weten: *“Sinds kort heb ik het voor elkaar dat ik een seintje krijg van zo'n apotheker van joh, ik heb een patiënt die sjoemelt met z'n medicijnen en op dat*

---

<sup>26</sup> M1, M2, M3, W1, W2

<sup>27</sup> M2, M3

*moment zeggen wij oké daar sturen wij een verpleegkundige op af die inventariseert wat de problemen zijn” (M3). Volgens de betreffende teamleider is dit ook een indirecte manier van klantenwerving.*

Niet alle contacten met ketenpartners verlopen even goed. Iedere geïnterviewde manager wist wel een aantal partijen te noemen waarmee het onderlinge contact stroef, tot ronduit slecht werd genoemd. In alle gevallen die ter sprake kwamen gaven de respondenten aan dat politiek hoog spel, strubbelingen uit het verleden, of persoonlijke vetes ten grondslag lagen aan het slechte contact.<sup>28</sup> Een veel voorkomende conflictorzaak was het gegeven dat Vitras/CMD onlangs besloten heeft het Wmo-deel (huishoudelijke hulp) af te stoten, omdat dit niet langer rendabel bleek. Een teamleider zei hierover: *“Dat is niet goed overgekomen. Dus dat betekent dat net zoals bij het bestuur van de Houtense huisartsen, Vitras er bij de wethouder ook niet al te goed op staat” (M3).*

Wanneer conflicten dreigen te escaleren, of wanneer het organisatiebrede beleidszaken betreft, dan gaven alle teammanagers aan terug te kunnen vallen op de divisie manager.<sup>29</sup> De divisie manager gaf aan zoveel mogelijk van deze overleggen over te laten aan de vakinhoudelijke experts. Alleen de bestuursoverleggen met het CIZ en het bespreken van de randvoorwaarden met zorgverzekeraars, zorgkantoren en wethouders wordt vaak door de divisie manager en soms de directie afgehandeld. De divisie manager geeft aan dat het hier vaak om een strategisch steekspel gaat: *“Soms kies ik ervoor om eerst zelf te gaan en dan een beetje de knuppel in het hondenhok te gooien en als dat dan een te grote disco bleek en dat is dan net verkeerd, dan stuur ik de directeur bestuurder om het weer recht te breien” (M1).* De directeur moet voorzichtiger omgaan met haar reputatie, dus daarom worden divisie managers soms ingezet om risico's te nemen, aldus een divisie manager.

## **6.5.2 Vitras/CMD en de overheid**

Een bijzondere externe partij is de overheid. De rol van de landelijke overheid en gemeenten, oefenen op uiteenlopende manieren invloed op Vitras/CMD.

Een teamleider gaf te kennen dat oplopen van het spanningsveld tussen bedrijfsresultaten en het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg een direct gevolg is van beleidskeuzes van de landelijke overheid. De – reeds eerder besproken – inperking van het schrijven van indirecte tijd is bijvoorbeeld volgens deze teamleider volledig debet aan overheidskeuzes op landelijk niveau. Op de vraag welke ontwikkelen hier aan bijgedragen hebben antwoordde de teamleider: *“Nou, met name de regeldruk vanuit de overheid die maakt dat je elke minuut moet kunnen verantwoorden en de druk om efficiëntie in de thuiszorg is natuurlijk navenant hoog (...)” (M2).* Dit betekent voor medewerkers dat er steeds minder speelruimte overblijft voor activiteiten die niet plaatsvinden ‘achter de voordeur van de cliënt’.<sup>30</sup>

De toegenomen regeldruk en nadruk op efficiëntie veroorzaakt een spagaat waar teamleiders naar eigen zeggen af en toe moeite hebben. Enerzijds is er begrip voor het gegeven dat de overheid moet snijden om iets te doen aan de alsmaar toenemende druk op de AWBZ: *“Vanuit macroniveau, helder, duidelijk. Maar als je dan naar de medewerker kijkt die geen ruimte meer heeft voor overleg of*

---

<sup>28</sup> M1, M2, M3

<sup>29</sup> M2, M3

<sup>30</sup> M2, M3

*dat in zijn eigen tijd moet gaan zitten doen dat vind ik hele vervelende ontwikkelingen” (M2). Vanuit deze rol vinden zij het begrijpelijk dat zij tegen hun thuiszorgpersoneel aangeven dat ze nauwelijks indirecte tijd mogen schrijven. Anderzijds kunnen teamleiders zich heel goed voorstellen dat het personeel het fijn vindt om tijdens de lunchpauze ervaringen uit te wisselen met collega's en dit als werktijd te beschouwen. De huidige situatie laat dit niet toe, en teamleider zei hierover: “En nu hebben we daar 1 keer in de 4 weken 1,5 uur de tijd voor en dat is alles. En daar zit ik zelf ook weleens mee dat ik denk, verdorie hoe kan ik dat nu anders doen” (M3).*

Daarnaast merkten een aantal respondenten binnen Vitras/CMD op dat de rol van de overheid vooral gedreven wordt op grond van de financiën. Zorginhoudelijk toont de overheid zo nu en dan wel initiatief, maar dat wordt vaak als halfslachtig, of onvolledig ervaren.<sup>31</sup> Ter illustratie hiervan kwam staatssecretaris Jet Bussemakers<sup>32</sup> ter sprake. Zij gaf aan zeer gecharmeerd te zijn van het concept van Buurtzorg. Daarom heeft zij 5 miljoen beschikbaar gesteld om de wijkverpleegkundige ‘in ere te herstellen’. Dit soort initiatieven worden volgens een teamleider bij Vitras/CMD opgezet op basis van een onvolledig beeld van de werkelijkheid. In dit kader zegt zij over het initiatief van de staatssecretaris van VWS: *“Maar zij ziet niet, en dan zit ik met kromme tenen toe te kijken, welke dingen Buurtzorg laat liggen. (...) Die mensen die dag in dag uit die kousen aan en uit moeten hebben, die gaat Buurtzorg niet helpen. En daar kan ik dan erg gefrustreerd over raken” (M2).*

Nu volgen een aantal samenvattende opmerkingen met betrekking op deze paragraaf. Allereerst gaven respondenten aan dat samenwerking met andere ketenpartners vaak een complexe aangelegenheid is, omdat één cliënt vaak door een web van hulpverleners geloodst moet worden. Dit vereist een sluitende onderlinge afstemming tussen de ketenpartners. Dit resulteert voor teamleiders in twee, soms conflicterende, rollen: als interne organisatiemanager en als externe relatiebeheerder. Teammanagers geven aan niet altijd genoeg tijd hebben voor beide rollen, waardoor de organisatie soms interessante kansen mist. Samenwerking met ketenpartners worden soms bepaald door politieke spelletjes en persoonlijke vetes. In dergelijke situaties ondersteunt de divisiemanager de teamleider. De overheid is een bijzondere externe partij. Met haar regeldruk en sterke nadruk op efficiëntie beïnvloedt zij in sterke mate de dagelijkse praktijk van Vitras/CMD. Tenslotte worden beleidsmaatregelen van de landelijke overheid niet altijd als doortastend ervaren door de respondenten.

## **6.6 Het toekomstperspectief van Vitras/CMD**

In deze paragraaf zal het toekomstperspectief van Vitras/CMD behandeld worden aan de hand van macro-thema's die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen, te weten: ontwikkelingen met betrekking tot demografie, economie, technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en tot slot ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Vervolgens wordt een beknopte toekomstschets van Vitras/CMD gegeven met betrekking tot de thema's van de voorgaande paragrafen.

---

<sup>31</sup> M1, M2

<sup>32</sup> Jet Bussemaker is (oud)-staatssecretaris op het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport tijdens het kabinet Balkenende V, bron: <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>



### 6.6.1 Macro-ontwikkelingen en Vitras/CMD

Concrete voorspellingen over de effecten van macro-ontwikkelingen op Vitras/CMD durfden de respondenten niet te doen. Ook de aanhoudende onzekerheid met betrekking tot de politieke formatiegesprekken zorgen ervoor dat de respondenten een slag om de arm houden. Ten tijde van de interviews was het nog aannemelijk dat er een paars-plus kabinet zou komen. Inmiddels is dit beeld alweer gewijzigd. Volgens een divisie manager is de politieke kleur van een nieuwe regering bepalend voor de toekomst van thuiszorgorganisaties zoals Vitras/CMD. Vanuit het perspectief van Vitras/CMD zei ze hierover het volgende: *“Nee, wij moeten voor de zorg een CDA/PvdA combinatie hebben. Godzijdank wordt het paars. Want dan hoeven we niet te vrezen. Met de invloeden van links zijn we wel gered”* (M1).

Over de economische vooruitzichten van Vitras/CMD bestond onder de respondenten nog geen duidelijk beeld. Over één punt waren de respondenten het wel eens. De kosten van de AWBZ nemen drastisch toe en dit blijft naar alle waarschijnlijkheid niet zonder gevolgen voor de instellingen die uit deze volksverzekering gefinancierd worden. Maar wat de exacte gevolgen hiervan zijn voor Vitras/CMD is momenteel nog onduidelijk. De organisatie onderzoekt wel actief wat de verschillende toekomstscenario's zijn. Een manager zei hierover: *“(…) ik heb inmiddels een adviseur aangenomen. En die moet mij echt gaan helpen met waar zitten de veranderingen in de toekomst en hoe kunnen we hier op reageren zodat wij zorg kunnen blijven leveren, maar dan op een andere manier gefinancierd”* (M1).

Met het oog op de arbeidsmarkt bestaat er wel iets meer duidelijkheid over de vooruitzichten. Alle managers binnen Vitras/CMD zijn het erover eens dat de krapte op de arbeidsmarkt alsmaar zal toenemen. Met name onder het lager opgeleide thuiszorgpersoneel (Verzorgende C) ontstaat een steeds groter tekort. De respondenten gaven een aantal redenen voor de toenemende krapte. De zorg heeft een slecht imago: *“(…) het is hier hard werken voor weinig”* (M2). Daarnaast gaven een tweetal respondenten aan dat de beroepsbevolking in zijn geheel krimpt, dit heeft ook een effect op de arbeidsmarkt voor thuiszorgprofessionals. Dat het steeds moeilijker gaat worden om aan geschikt personeel te komen staat voor de respondenten buiten kijf.<sup>33</sup> Er zijn dan ook allerlei initiatieven op verschillende niveaus opgezet. Een teamleider organiseert in samenwerking met de afdeling P&O flyeracties in het winkelcentrum. Ze proberen bijvoorbeeld jonge moeders die in het verleden al in de zorg hebben gewerkt te motiveren om weer in deeltijd aan de slag te gaan. Daarnaast richt deze teammanager zich ook op niet-gediplomeerden die Vitras/CMD op kan leiden. Ook worden bonussen voor medewerkers in het vooruitzicht gesteld die vrienden, of familie weten te enthousiasmeren voor een baan bij Vitras/CMD. Toen gevraagd werd naar het effect van deze acties zei de teammanager: *“We doen heel veel, maar de resultaten blijven helaas nog uit voorlopig”* (M3).

Een divisie manager gaaf aan dat ze bezig was om 'nieuwe markten aan te boren'. In het kader hiervan was ze bezig met het opzetten van een samenwerkingsverband met SOFOF, een organisatie die participatie van allochtonen op de arbeidsmarkt stimuleert. Daarnaast worden er sociale projecten geïnitieerd. Een divisie manager vertelde dat ze bezig was om een sociaal project op

---

<sup>33</sup> M1, M2, M3

te zetten tussen TNT en haar eigen organisatie: *“De verwachting is dat bij TNT veel ontslagen vallen, vanwege bezuinigingen. Wij zijn van plan om de postbodes die dan op straat komen te staan een interne opleiding aan te bieden, zodat zij vervolgens in dienst kunnen komen als wijkverzorgende. Dat willen we ook goed uitspelen, het feit dat wij zelf onze mensen kunnen opleiden”* (M1).

Een andere middel dat ingezet wordt is het creëren van een zo prettig mogelijke werksfeer. Dit middel wordt aangegrepen aangezien de salarissen vastliggen in collectieve cao's, waardoor een hogere salariëring geen optie is. De gedachte achter het creëren van een prettige werksituatie is dat als mensen zich gewaardeerd voelen en in een prettig werkklimaat kunnen functioneren, ze eerder geneigd zullen zijn zich volledig in te zetten voor de organisatie en deze niet te verruilen voor een andere werkgever. De divisie manager probeert dit in de praktijk te brengen door zelf het goede voorbeeld te geven. Dit gaat volgens haar in kleine dingen zitten: *“(…) als ik werkoverleg met de managers heb, ga ik naar hen toe. Ik laat ze echt niet allemaal hier komen. En dan zie ik de planners, ik zie de CWV'ers. Ik drink altijd een kopje koffie mee, groet iedereen, eet een broodje met ze. Dat maakt dat mensen zich gehoord gezien en gewaardeerd voelen”* (M1).

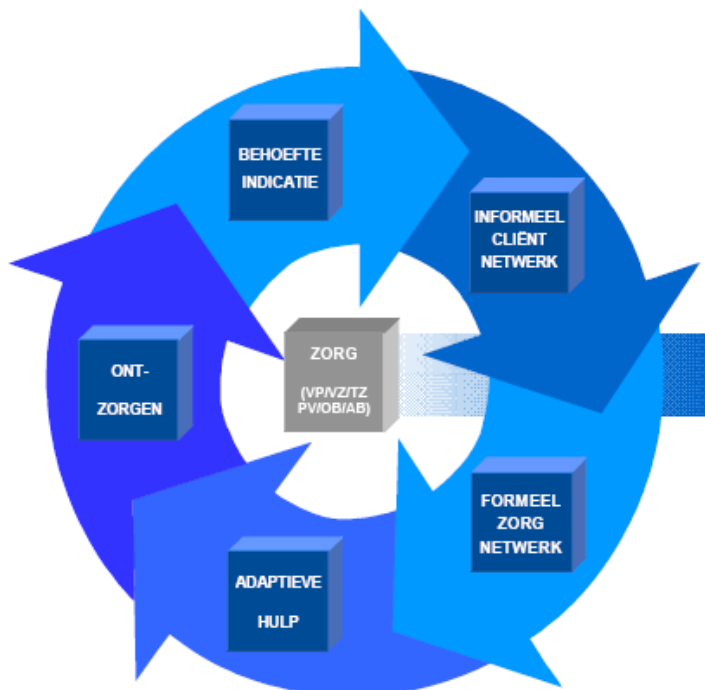
## 7. Casus Buurtzorg Nederland

### 7.1 Introductie casus Buurtzorg

In december 2006 is de Stichting Buurtzorg Nederland door Jos de Blok opgericht. De organisatie bestaat uit een verzameling zelfstandige teams van elk zo'n vier tot twaalf verpleegkundigen. Zij nemen de thuiszorg voor hun rekening in een wijk, buurt of plaats met zo'n vijftien a twintigduizend inwoners. De teams regelen alles zelf, ook de werving van cliënten en het aannemen van nieuwe collega's. Inmiddels opereren er ruim tweehonderd Buurtzorgteams in Nederland. Dit aantal groeit met zo'n tien teams per maand.

Hooggeschoolde wijkverpleegkundigen en verzorgenden (niveau 3, 4 en 5) verrichten alle handelingen bij de cliënt. Het streven van Buurtzorg is om cliënten zo snel mogelijk weer zelfstandig te laten functioneren, al dan niet met ondersteuning van familie of de buurt. Vanuit het centrale kantoor in Almelo wordt worden de teams administratief en zondig inhoudelijk ondersteund. De verpleegkundigen werken intensief samen met huisartsen en buurtorganisaties.

Volgens Buurtzorg vraagt deze werkwijze om een drietal veranderingen ten opzichte van de reguliere thuiszorg: ten eerste om een andere inzet van de cliënt en haar omgeving, ten tweede om meer ruimte en regie voor professionals en ten derde om een andere benadering van het management en ICT-toepassingen. Buurtzorg geeft aan dat zij daarbij als samenhangend geheel van nieuwe diensten bekeken en beoordeeld wenst te worden (mBC: 2009: 4-23). Onderstaand model toont de concrete uitvoering van het buurtzorgconcept:



**Figuur 1 Bouwstenen zorgproces Buurtzorg (mBC 2009: 24)**

Dit concept bestaat bij de gratie dat de gehele aanpak is ingericht rondom de begrippen 'zorgvraag' en 'zorgorganisatie'. Er wordt op de eerste plaats een zorgindicatie gemaakt op basis van de behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de cliënt (zorgvraag). Ook wordt gekeken

naar de professionaliteit, regie en autonomie van de wijkverpleegkundige (zorgorganisatie). Beide principes worden als nieuwe werkwijze ingebed in het informele netwerk (gezin, vrienden, buurt) en het formele netwerk (huisarts, welzijnsinstellingen) van de cliënt. Na het in kaart brengen van de situatie van de cliënt wordt adaptieve hulp geboden, dat wil zeggen op maat gesneden hulp die voor elke cliënt verschillend kan zijn. Tot slot wordt gewerkt aan het 'ontzorgen' van de cliënt, dat wil zeggen het werken aan de zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid van de cliënt, waardoor thuiszorg wellicht geen permanent karakter hoeft te kennen (mBC, 2009: 23).

Buurtzorg werkt met de volgende functies. Allereerst is er het uitvoerend thuiszorgpersoneel dat werkzaam is in zelfstandig opererende teams. Deze teams worden ondersteund door een regiocoach. Daarnaast zijn er op het hoofdkantoor een twintigtal medewerkers die zich bezighouden met administratie en kwaliteit. Ten slotte zijn er een drietal directeuren die de organisatie besturen en de strategische koers uitstippelen voor Buurtzorg (mBC, 2009: 88).

In mei 2010 was Buurtzorg gegroeid tot 250 teams verspreid over heel Nederland en stonden er ruim 2500 mensen op de loonlijst van Stichting Buurtzorg Nederland. De verwachting van Buurtzorg is dat deze groei door zal zetten ([www.buurtzorgnederland.com/Congres2010/](http://www.buurtzorgnederland.com/Congres2010/)).

## 7.2 Benadering van de cliënt

### 7.2.1 Een zelfstandige professional

Een regiocoach van Buurtzorg gaf tijdens het interview aan dat zelfstandigheid van de professional één van de onderscheidende factoren is van Buurtzorg ten opzichte van de reguliere thuiszorginstellingen. Buurtzorgmedewerkers mogen zelf beleid uitvoeren en keuzes ten behoeve van de cliënt maken.<sup>34</sup>

Een extern adviseur van Buurtzorg zag een direct verband tussen de zelfstandigheid van een professional en de kwaliteit die hij levert. Volgens hem is het kenmerkend voor een professional dat hij zijn vak goed wil uitoefenen. Een thuiszorgprofessional heeft gekozen voor zijn vak en wil er daarom vanzelfsprekend ook zijn voor zijn patiënten. Als de professional wordt beperkt in zijn vrijheid zal dit leiden tot kwaliteitsverslechtering: *"(...) controle van bovenaf, het aansturen van professionals is altijd een probleem, overal leidt dat tot problemen. Tenzij het management op handen wordt gedragen of mensen heel vrij laat, maar dan is eigenlijk ook al sprake van zelfsturing"* (M4).

Ook de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg erkennen het belang van deze zelfstandigheid. Zij zijn er van overtuigd dat het gegeven dat Buurtzorg geen laaggeschoolde helpend en verzorgend personeel in dienst heeft, maar uitsluitend niveau 3, 4, en 5 een impuls geeft aan de kwaliteit die ze leveren. Dit is mogelijk volgens de wijkverpleegkundige omdat: *" (...) wij al die managementlagen niet hebben. Bij ons verplaatst het werk zich naar de werkvloer. Heb je alleen maar een cliënt en een persoonlijke verzorgingsvraag, daar heb je normaal alleen maar iemand van niveau 2 of 3 die aangestuurd wordt door een CWV'er. Maar wij geven gewoon zelf die zorg"* (W4). Doordat relatief

---

<sup>34</sup> M5

hooggeschoold personeel simpele handelingen verricht, worden potentiële problemen eerder gesignaleerd, aldus een thuiszorgmedewerker van Buurtzorg.<sup>35</sup>

In het kader hiervan stelde een regiocoach dat een zelfstandige Buurtzorgprofessional die beschikt over professionele vrijheid in staat is om: *“nog meer dan andere thuiszorgorganisaties écht de cliënt centraal te stellen”* (M5). De respondenten bij Buurtzorg droegen uiteenlopende voorbeelden aan, wat de cliënt centraal stellen betekent voor hun dagelijkse werkzaamheden. Allereerst de cliënt centraal stellen betekent niet dat deze altijd op zijn of haar wenken bediend wordt.<sup>36</sup> Buurtzorgmedewerkers vinden het juist belangrijk om te voorkomen dat men onnodig zorg gaat verlenen. Zorg verlenen om de omzet te stimuleren is daarom geen organisatiedoelstelling. Alles moet er juist op gericht zijn om – waar mogelijk – de zorg af te bouwen, aldus een regiocoach.<sup>37</sup>

### 7.2.2 Een zelfstandige cliënt

Ook de buurtzorgmedewerkers geven aan dat het hun doel is om cliënten zo veel mogelijk zelfstandig te laten leven en op die manier te ‘ontzorgen’. Een wijkverpleegkundige van Buurtzorg gaf aan hoe dit in de praktijk in zijn werk ging bij een mevrouw van 91 jaar met een gebroken heup die net uit het verpleeghuis was ontslagen. Deze vrouw was behoorlijk hulpbehoevend en had een indicatie voor enkele jaren verkregen. In het begin *“Verliep de zorg uiterst moeizaam en was intensieve begeleiding nodig”* (W4). In een later stadium bleek ze steeds meer zelf te kunnen en had de wijkverpleegkundige een aantal eenvoudige aanpassingen voor in huis aangevraagd. In een aantal maanden is de zorg volledig afgebouwd: *“Dus die mevrouw is heel blij en kan zich nu helemaal zelf redden. Ze vond het toch wel een beetje eng helemaal zonder zorg, dus daarom brengen we nu nog 1 keer in de week gewoon een begeleidingsbezoekje”* (W4). Dit was mogelijk vanwege een lopende indicatie, omdat de – zorg tegen de verwachtingen in – plotseling afnam.<sup>38</sup>

Een ander kenmerkende eigenschap voor thuiszorghulpverlening bij Buurtzorg is de directe bereikbaarheid. De wijkverpleegkundigen gaven tijdens de interviews aan dat ieder team beschikt over een eigen telefoonnummer dat 24 uur per dag bereikbaar is en een e-mailadres dat ook buiten de kantoorlocatie raadpleegbaar is. Een Buurtzorgmedewerker zei hierover: *“(…) wij hebben, ook al ben ik vrij bij wijze van, thuis de Buurtzorgmail beschikbaar. En dan gaat het van, hé er komt weer een nieuwe aanvraag binnen en die kan ik dan weer doorsturen naar een collega van mij. Vervolgens neemt zij dan meteen contact op met bijvoorbeeld een zoon van een cliënt”* (W3).

Op de vraag wat kenmerkend is voor de manier waarop Buurtzorg haar cliënten helpt, antwoordde een wijkverpleegkundige de kleinschalige en persoonlijke aanpak. Een team bestaat uit maximaal 12 personen. Een wijkverpleegkundige zei hierover: *“Dat is voor de cliënt heel belangrijk denk ik, dat er niet telkens een wildvreemde over de vloer komt”* (W4). Volgens dezelfde wijkverpleegkundige wordt het persoonlijk element versterkt doordat bij het opstarten van de zorg cliënten een fotoblad krijgen waarin alle medewerkers van het team met naam en foto terug te vinden zijn. Als een medewerker dan al een keer geweest is, maar cliënten weten niet meer goed hoe de

---

<sup>35</sup> W3

<sup>36</sup> D1, M4, M5, W3, W4

<sup>37</sup> M5

<sup>38</sup> W4

thuiszorghulp heet, dan kijken ze op dit fotoblad: "(...) cliënten hebben hem zelfs in de kamer hangen en ja daar krijgen we heel veel waardering voor terug. Dat vinden mensen heel belangrijk dat ze een beetje weten wie komt" (W4).

Een ander punt dat aangedragen werd als bepalend voor de Buurtzorgteams was de flexibiliteit. Een extern adviseur van Buurtzorg gaf aan dat het ontbreken van aparte planningsafdeling bijdraagt aan een flexibele houding jegens de cliënt. De teams organiseren zelf de planning en kunnen bij het aannemen van nieuwe mensen al rekening houden met persoonlijke voorkeuren van teams: *Als je kijkt bij het aannemen van mensen dat de één alleen maar avonddiensten draait, de ander alleen maar middagdiensten, de ander zit met schooltijd en kinderen, dan kun je veel beter zorgen dat dit goed op elkaar aansluit*" (M4).

### 7.2.3 De keerzijde van de Buurtzorgmedaille

Al deze verworvenheden waarover Buurtzorgmedewerkers spreken hebben ook een keerzijde, zo geven de respondenten bij Buurtzorg te kennen.<sup>39</sup> Een flexibele houding vereist bijvoorbeeld een zekere mate van 'commitment' onder medewerkers. In het kader hiervan stelt een extern adviseur van Buurtzorg vast dat flexibiliteit van de cliënt resulteert in gebroken dienstregelingen die een andere benadering vereisen van Buurtzorgmedewerkers: *"de reguliere thuiszorginstellingen denken meer vanuit hun eigen werkrooster, waarin de cliënt zich moet inpassen en Buurtzorg gaat uit van wat de cliënt wil en daaraan past Buurtzorg zich dan aan"*. Dezelfde adviseur is van mening dat medewerkers dit ook graag willen en dat dit dus vanzelf gaat.<sup>40</sup>

Het uitvoerend thuiszorgpersoneel deelt deze mening niet volledig. Een flexibele werkhouding, altijd bereikbaar zijn en 'de drive om altijd kwaliteit te willen leveren' zorgen wel voor de nodige werkdruk. Een Buurtzorgmedewerker zie hierover: *"Nou soms wordt het je weleens teveel, als je zoveel moet werken. Dan zeg ik wel altijd gelijk, zorg dat je het bespreekbaar maakt"* (W3). Door goed te communiceren met de andere teamleden leidt het meestal niet tot interne spanningen geven de respondenten aan. Wel werken bijna alle respondenten meer dan contractueel is vastgelegd. Daarbij wordt vaak aangegeven dat het plezier in het werk, de werkdruk minder problematisch maken.<sup>41</sup>

Een regiocoach erkent het probleem van hoge werkdruk. Hij ziet werkdruk wel als een heel 'subjectief' begrip. Volgens hem is het iets wat je ervaart, soms is het in de cijfers van een team direct zichtbaar. Dan is ook direct duidelijk wat er moet gebeuren, geeft de regiocoach aan. Het komt ook vaak voor dat werkdruk ervaren wordt, zonder dat dit direct herleidbaar is tot harde cijfers: *"Dan ga je met het team kijken, waar het mogelijk aan ligt. Soms is individuele aandacht ook nodig, daarbij is het van belang goed door te vragen"*, aldus de regiocoach (M5). De meest voorkomende oorzaak van een te hoge werkdruk die de regiocoach noemt is: een té grote betrokkenheid bij de patiënten. Zijn begeleiding bestaat dan uit coaching om medewerkers meer te helpen relativeren en afstand te nemen. Met behulp van praktische tips als: *"log niet in op het Buurtzorgweb tijdens vrije dagen en ook niet in weekenden, gewoon niet!"* (M4).

---

<sup>39</sup> D1, M4, M5, W3, W4

<sup>40</sup> M4

<sup>41</sup> W3, W4

Samenvattend zijn een aantal kenmerkende eigenschappen van de wijze waarop Buurtzorgmedewerkers de cliënt benaderen de revue gepasseerd. Een zelfstandig opererende thuiszorgprofessional is volgens de respondenten een bepalende factor voor de kwaliteit van zorgverlening. Zolang een professional de ruimte krijgt om te doen wat hij graag doet – namelijk goede zorg leveren aan zijn cliënten – dan zal dit zowel de kwaliteit als de arbeidsvreugde van de zorgprofessional positief beïnvloeden. Hierbij staat de vraag van de cliënt centraal in plaats van de planning van de Buurtzorgteams. Een andere bepalend element is de focus op het ‘ontzorgen’ van cliënten. Volgens de Buurtzorgrespondenten is de cliënt het beste geholpen wanneer hij nooit meer dan nodig een beroep hoeft te doen op thuiszorg. Door een hoge mate van betrokkenheid en 24 uur per dag bereikbaarheid van de teams zorgt ervoor dat de respondenten regelmatig een hoge werkdruk ervoeren.

## 7.3 Rol van management binnen de organisatie

### 7.3.1 Het ‘aansturen’ van de werkvloer

Zoals in de voorgaande paragraaf reeds ter sprake is gekomen zien de respondenten zelfsturing als een sleutelbegrip binnen Buurtzorg. Dit heeft ook gevolgen voor de manier waarop tegen management aangekeken wordt. Om de casus van Vitras/CMD en Buurtzorg goed te kunnen vergelijken geldt in deze paragraaf de regiocoach als ‘manager’ van de zelfstandig opererende buurtzorgteams. Toen een regiocoach zijn eigen rol omschreef deed hij dit als volgt: *“(...) ik ben dus coach. Dat wil zeggen dat ik in totaal 18 teams van buurtzorg ondersteun in waar zij willen dat ze ondersteund worden”* (M5). De regiocoach gaf aan met name in de opstartfase intensief betrokken te zijn bij de teams. In deze fase tracht hij de teams de ‘Buurtzorgprincipes’ bij te brengen, omdat de teamleden dan vaak nog relatief onbekend zijn met de werkwijze van buurtzorg. De principes moeten uit de informatie die ze ontvangen, de ondersteuning die ze krijgen en uit alles wat er op het Buurtzorgweb te vinden is.<sup>42</sup> Volgens de directeur bestaan deze principes uit een viertal zaken:

- 1) *“de cliënt staat altijd centraal,*
- 2) *de zorgprofessional krijgt de ruimte om zelfstandig te opereren binnen de kaders van zijn team.*
- 3) *er wordt nooit onnodig zorg verleend, want omzet draaien is geen organisatiedoelstelling,*
- 4) *er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de mantel en het informele netwerk rondom de cliënt”* (D1).

Wanneer teams eenmaal draaien gaf de regiocoach aan zijn rol te reduceren tot het geven van periodieke feedback op ontwikkelingen in het team. Hierbij stelt hij vragen als: *“Hoe heb je het aangepakt, hoe zou je het de volgende keer misschien anders kunnen doen? Je zit dan, in een moeilijk moment voor hun, mijn rol ik probeer echt de rol van coach te bewaren en niet een manager te worden”* (M5). In deze fase geeft de regiocoach aan de teams veel vrijheid te willen geven. Hierdoor kunnen ze zelfstandig keuzes maken en beslissingen nemen. Om te voorkomen dat teams ‘ontsporen’ worden ze eindverantwoordelijke gemaakt voor zowel de kwaliteit als de resultaten die het team

---

<sup>42</sup> D1, M4, M5

levert.<sup>43</sup> Daarnaast bestaan er vakinhoudelijke protocollen die iedere thuiszorgprofessional vanuit zijn opleiding meekrijgt: *“Wat ze doen, dat ligt gewoon allemaal vast. Dat jij op een bepaalde manier een infuus inbrengt, of een katheter geeft, daar zijn gewoon protocollen voor”* (D1).

### 7.3.2 Het verschil tussen managen en coachen

Tijdens de gesprekken met het thuiszorgpersoneel is ook gesproken over de rol van de regiocoaches in de teams. De respondenten hebben beiden in het verleden gewerkt voor grote reguliere thuiszorginstellingen, te weten Verian en Vitras/CMD. Op de vraag hoe de rol van de regiocoach er uitziet werd spontaan de vergelijking gemaakt met de manager bij hun voormalige werkgever: *“Nou, kijk hier heb je een regiocoach en voorheen had ik een leidinggevende. (...) de zorgmanager regelde voorheen allerlei dingen die wij nu in principe zelf doen, zoals bezetting van personeel, werving en selectie, de planning en de team overleggen (W3)”* De regiocoach werd omschreven als iemand die zo nu en dan *“(...) eens gezellig even langskwam, behalve tijdens het opstarten, toen was hij wel actief betrokken”* (W3). In het primaire proces is hij in geen enkel opzicht betrokken stelt een teamlid van Buurtzorg. Behalve als er problemen ontstaan met een collega, dan komt hij wel langs, alleen – zo gaf de respondent aan – is dat nog niet voorgevallen in haar team.

Een extern adviseur van Buurtzorg geeft aan dat het managementmodel van Buurtzorg is afgekeken van de maatschappen in het ziekenhuis, waar volgens hem de specialisten worden ondersteund door het management. In ziekenhuizen leggen de professionals volgens deze adviseur het werk stil als het management dwarsligt. Managers daarom naar zijn mening overbodig: *“managers die alles willen controleren en sturen zitten de professional in de weg, dat is mijn stelling. Of dat nu waar is of niet dat is ons uitgangspunt”* (M5).

Een regiocoach noemde in dit kader het verschil tussen managers en coaches essentieel. Met name teams die nog niet zo heel erg lang bestonden moesten erg wennen aan een coach in plaats van een manager: *“Zij vragen nog heel vaak hulp aan mij, van mogen we deze scholing doen, of mogen we weer iemand aannemen? Op een moment dat ik dan zeg, als ik naar jullie cijfers kijk, goed neem maar iemand aan. Dan ben ik al fout bezig, dan ben ik aan het managen”* (M4). Hiermee wordt volgens deze regiocoach voorkomen dat er voor professionals gedacht wordt, wat zijns inziens vaak resulteert in problemen. Hij zegt hiermee te willen voorkomen dat uitvoerenden niet ‘uit de voeten kunnen’ met beslissingen van het hoger management: *“Anders krijg je frustratie, of zaken die ze niet doen. Of ze haken een beetje af, of wat dan ook. En dat is gewoon zonde. Pas als je ze ook zeggenschap geeft voor wat ze doen en worden ze pas echt verantwoordelijk voor de resultaten en worden ervaren ze arbeidsvreugde wat ze intrinsiek motiveert”* (M4).

### 7.3.3 De risico's van de Buurtzorg managementbenadering

Een laatste risico dat door een tweetal respondenten aangedragen werd is het feit dat Buurtzorg momenteel enorm afhankelijk is van één persoon, te weten de oprichter. Dit creëert volgens hen een relatieve kwetsbaarheid binnen de organisatie.<sup>44</sup> Een regiocoach zei hierover: *“Je merkt dat sommige teams dat wat minder hebben dan anderen, maar sommigen zijn gewoon idolaat van hem. Maar ja, je*

---

<sup>43</sup> D1

<sup>44</sup> M4, M5



moet er niet aan denken dat hem iets overkomt. Dat zou op dit moment desastreus voor de organisatie zijn” (M4). De oprichter gaf zelf wel aan dat hij er aan werkt om een driekoppige directie samen te stellen, waardoor de lasten beter verdeeld worden en het wegvallen van één persoon beter opgevangen kan worden.<sup>45</sup>

## 7.4 De inrichting van de organisatie

### 7.4.1 Communicatie binnen Buurtzorg

Dat Buurtzorg werkt met zelfstandig opererende en verantwoordelijke teams is al veelvuldig ter sprake gekomen. Verscheidene respondenten gaven aan dat dit gevolgen heeft voor de wijze waarop de communicatie verloopt in de organisatie.<sup>46</sup> Een wijkverpleegkundige haalde een voorbeeld aan dat volgens haar kenmerkend is voor de manier waarop met elkaar wordt omgegaan. Voordat ze het team kon opstarten ging ze met haar team naar het hoofdkantoor in Almelo om geïnstrueerd te worden. Ze kreeg direct het telefoonnummer van de directeur en vroeg hem aan de telefoon hoe ze het hoofdkantoor vanaf het station kon bereiken: *“O, zei Jos toen, maak je geen zorgen ik kom jullie wel even oppikken met de auto joh, nou dat vond ik toch wel heel bijzonder dat de directeur niet te beroerd is om je eventjes op te pikken op het station, je voelt je gelijk heel erg welkom daardoor”* (W4).

De extern adviseur die de trainingen voor opstartende teams verzorgt, zei hierover dat een dergelijke benadering past bij het ‘consensusprincipe’ wat bij Buurtzorg leidend is voor het nemen van besluiten: *“ (...) dus dat betekent dat mensen het over eigenlijk alles wat organisatorisch speelt het eens moeten zijn. Dat is het uitgangspunt. Daarover wordt niet gestemd”* (M5). Op deze manier ontstaat er volgens deze adviseur een grote onderlinge afhankelijkheid binnen de teams en worden zij gedwongen om samen te werken. Hij gaf wel aan dat hier problemen over kunnen ontstaan, omdat mensen op grond van hun positie zeggenschap claimen. Hierin speelt hij een rol als extern adviseur en bemiddelaar: *“En daar proberen we dan zo in te bemiddelen zodat ze dat zelfsturingconcept goed in de vingers krijgen. Dus we bemiddelen bij conflicten, we geven opleiding hoe ze zouden moeten communiceren hoe ze moeten vergaderen en hoe ze over cliënten moeten praten”* (M5).

Dit consensusprincipe is ook terug te zien in de manier waarop individuele medewerkers benaderd worden. Niet als individu, maar als onderdeel van een team. De redentatie hierachter is, zo geeft de oprichter aan, dat het team alles samen moet doen. Alle besluiten moeten gezamenlijk genomen worden en voor alle problemen moeten een gezamenlijke oplossing gevonden worden: *“om dat te bereiken is het dus logisch dat de communicatie altijd vanuit teamverband plaatsvindt”* (D1).<sup>47</sup>

Het consensusprincipe vindt ook zijn toepassing bij de organisatie van de overhead binnen Buurtzorg, ook al wordt hier, in tegenstelling tot de teams, wel met formele werktitels gewerkt. De overhead bestond in juni 2010 uit negen regiocoaches, twee beleidsmedewerkers, één extern adviseur, één algemeen directeur en één administratief directeur die in totaal een organisatie met ongeveer 2500

---

<sup>45</sup> Inmiddels is de driekoppige directie bij Buurtzorg in werking getreden

<sup>46</sup> D1, M4, M5, W4

<sup>47</sup> D1

medewerkers draaiende houden.<sup>48</sup> Een regiocoach geeft aan dat de overleggen tussen deze mensen relatief informeel verlopen: *“Het is zeker geen MT, maar het is gewoon een belangrijk overleg waarin beleidszaken de revue passeren”* (M4). Op de vraag of naarmate de organisatie groeit ook de behoefte aan een soort standaard organisatiestructuur toeneemt antwoordde de een regiocoach: *“Nou ik denk dat dat wel meevalt. (...) Maar je merkt ook wel dat mensen daar wel verschillend tegenaan kijken. De ene regiocoach heeft meer behoefte aan sturing regels en afspraken dan de ander. Dat is ook prima. Laten we het daarover hebben”* (M4).

#### **7.4.2 Eilandvorming tussen de teams**

Het consensusprincipe kan er ook toe leiden dat teams erg naar binnen gericht worden. Dit is een risico van die de grote mate van zelfstandigheid met zich mee kan brengen, aldus de directeur van Buurtzorg.<sup>49</sup> Er worden wel initiatieven genomen om deze eilandvorming tegen te gaan. Een regiocoach gaf in dit kader aan dat het organiseren van regiobijeenkomsten te stimuleren. Een aantal teams uit een regio komen dan bij elkaar. Hij is van mening dat dit soort evenement mogelijk vaker plaats zouden moeten vinden: *“Omdat je enerzijds gewoon die zelfstandige teams hebt, die soms ook eilandjes zijn. En als ze dan in de problemen zitten, dan is het soms ver zwemmen naar een ander eiland. Dus als er al wat bruggen worden gelegd, dan loop je makkelijker naar mekaar toe”* (M4). Op deze manier hoopt hij kennisdeling op gang te brengen op het gebied van zaken als werving, PR, scholing en contacten met huisartsen of andere netwerken uit de betreffende regio. Tegelijkertijd merkte hij op dat deze bijeenkomsten geen opgelegd of structureel karakter moeten krijgen. Als er teams zijn die zich niet geroepen voelen wil hij ze de vrijheid geven om niet deel te nemen aan dergelijke bijeenkomsten.<sup>50</sup>

Het vormen van ‘eilandjes’ binnen de organisatie heeft draagt volgens de respondenten nog meer gevaren met zich mee. Een extern adviseur haalde in het kader hiervan aan dat wijkteams kansen missen wanneer zij niet goed op de hoogte zijn van elkaars activiteiten en ervaringen. De flexibiliteit in de teams lijdt hier volgens hem namelijk onder. Hij gaf aan dat het voorkomt dat tijdelijk het ene buurtzorgteam teveel uren draait terwijl tegelijkertijd een ander team in dezelfde regio er juist te weinig draait. Een hechtere samenwerking tussen teams in de regio moet actiever nagestreefd worden volgens de extern adviseur: *“We zouden nog veel meer dan nu moeten stimuleren dat er flexibel wordt samengewerkt door personeel en uren uit te wisselen”* (M5). Hiermee zijn volgens hem cliënten geholpen, omdat dan minder vaak zorg geweigerd hoeft te worden wegens onvoldoende capaciteit. Daarnaast hoeft onderbezetting niet langer voor te komen, waardoor de teamleden niet onnodig lang om werk verlegen zitten.<sup>51</sup>

#### **7.4.3 Gebruik van ICT binnen Buurtzorg**

De thuiszorgmedewerkers lieten zich lovend uit over de functionaliteit van het Buurtzorgweb. Een wijkverpleegkundige spreekt over een heel goed ICT-programma, waarin de administratie verwerkt wordt, zonder dat het veel tijd kost. In vergelijking tot de thuiszorgaanbieder waar ze voorheen werkte

---

<sup>48</sup> D1, M4, M5

<sup>49</sup> D1

<sup>50</sup> M4

<sup>51</sup> D1, M4, M5

zegt ze nu veel minder tijd kwijt te zijn aan het 'uitdraaien van indicaties' en allerlei andere administratieve formulieren: Ja, dat zit bij buurtzorg allemaal op het Buurtzorgweb. " (...) in een oogopslag zie je alles. Als iemand bijvoorbeeld teveel zorg gekregen heeft, meer dan in de indicatie staat, dan kun je dat de volgende week al zien op het web. En bij de grote organisatie kwamen ze daar na drie maanden pasachter" (W4). Een wijkzikenverzorgende van Buurtzorg vertelde dat het Buurtzorgweb de onderlinge verbondenheid op professioneel gebied versterkt: "Nou, dat is puur ter informatie. Laatst heb ik via het Buurtzorgweb een team in Oirschot benaderd, van goh wat is jullie ervaring met die behandeltechniek? En zij hebben voor mij informatie opgestuurd en dat vind ik geweldig. Daar houd je weer hele leuke contacten aan over. Dat is wel grappig" (W3). Wel gaf ze direct aan dat er ook een risico schuilt in het Buurtzorgweb. Ze gaf aan dat je vaak het werk mee naar huis neemt, waardoor je wel erg vaak met je werk bezig bent, ook tijdens vrije dagen: "Nu heb ik gelukkig een man achter me staan die zegt van nu kom je niet meer achter je computer. Soms zegt ie dan van je bent vrij en nu niet. Maar het knaagt wel aan je hé. Zou er nog iets gebeurd zijn, hoe zou het met die gaan? Jij kent het systeem dan een beetje. Je kan thuis dus zien hoe het met cliënten is enzo. Dat is natuurlijk wel heel funest" (W3).

Een extern adviseur gaf aan dat dankzij het Buurtzorgweb zowel de registratie als controle gemakkelijk eigenhandig uitvoerbaar is voor de teams. Online kan de productie ingevoerd worden en daarnaast controleren teams zelf of de indicaties al dan niet volledig benut, onderbenut of overschreden zijn. Het voordeel hiervan is volgens de extern adviseur: " (...) dat de teams ermee kunnen schuiven. Kijk, mevrouw Janssen heeft 60 uren staan, heeft maar 40 nodig, kunnen we er 10 overhevelen, daarmee wordt veel praktischer geschoven met betaalde uren. Betaalde en onbetaalde uren" (M5).

#### **7.4.4 Het 'buurtzorggevoel'**

Alle respondenten spraken over het sterke Buurtzorggevoel.<sup>52</sup> Volgens een wijkverpleegkundige van Buurtzorg wordt de basis hiervoor al gelegd bij de sollicitatie: "Als je niet flexibel bent, of je niet helemaal honderd procent wil inzetten en alles daarvoor wilt geven, dan ga je niet bij Buurtzorg solliciteren" (W4). Hierbij geeft ze ook te kennen dat Buurtzorg als 'één grote familie voelt'. Op de vraag een omschrijving te geven van een Buurtzorgmedewerker, antwoordde ze: "Allemaal enthousiast, gedreven. Het is wel een beetje het neusje van de zalm toch, wat bij Buurtzorg gaat werken. Als jij niet zo flexibel bent en je werkt puur alleen omdat je wat geld moet verdienen, dan ga je niet naar buurtzorg" (W4). Respondenten geven ook aan dat het runnen van een team voelt als het runnen van een eigen bedrijfje, wat bijdraagt aan de gedrevenheid en inzet die Buurtzorgmedewerkers over het algemeen hebben. Een wijkzikenverzorgende van Buurtzorg gaf aan dat het sterke buurtzorggevoel veroorzaakt wordt doordat iedereen voor hetzelfde staat: "De kwaliteit staat gewoon voorop en doordat je zo betrokken bent bij Buurtzorg, ga je er ook honderd procent voor. Sta je open voor nieuwe dingen, wil je een ander terzijde staan. Ben je eerder bereid om voor een ander iets te doen en vice versa" (W3).<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> D1, M4, M5, W3, W4

<sup>53</sup> M4, W3, W4

Samenvattend zijn er een aantal belangrijke zaken over de inrichting van Buurtzorg als organisatie de revue gepasseerd. Allereerst dat communicatie en overleg verloopt volgens het ‘consensusprincipe’. Dit betekent dat over alles wat organisatorisch speelt iedereen het eens moet zijn. Dit zorgt soms voor problemen doordat mensen toch geneigd zijn om op grond van hun formele positie bevoegdheden te claimen. Daarnaast draagt het werken met zelfstandige teams het risico van eilandvorming tussen de teams in zich. Buurtzorg erkent dit probleem en onderneemt initiatieven om dit verschijnsel te beperken. Vervolgens noemde ook veel respondenten het belang van het Buurtzorgweb. Alle respondenten waren enthousiast over de werking hiervan, alleen schuilt er wel een risico in dat medewerkers het werk ‘mee naar huis nemen’ vanwege de continue beschikbaarheid van het web. Tenslotte heerst er volgens de respondenten een zeer sterk ‘communitygevoel’ binnen Buurtzorg, wat een motiverend effect heeft op de medewerkers, zo geven zij aan.

## 7.5 Buurtzorg in de thuiszorgketen

### 7.5.1 Samenwerking tussen Buurtzorg en de huisarts

De respondenten bij Buurtzorg droegen de huisarts en het CIZ aan als belangrijkste partners in de thuiszorgketen.<sup>54</sup> Deze partijen zullen nu achtereenvolgens behandeld worden. Een huisarts gaf te kennen dat in het laatste decennium de directe contacten tussen het thuiszorgpersoneel en de huisarts enigszins verwaterd is: *“Vroeger overlegde je met de wijkverpleegkundige op een vrij organische manier. En naderhand kon je alleen afspraken maken die vooraf gepland werden. En de laatste tijd is er eigenlijk nauwelijks overleg meer”* (H1). Een andere huisarts herkende deze ontwikkeling en gaf aan dat dit leidt tot een ‘verspilling van kennis en know-how’. De afname van het aantal overleggen schreef de laatstgenoemde toe aan de enorme diversiteit aan thuiszorgaanbieders die de markt bedienen. Hierdoor is het bijna onmogelijk geworden om met al deze organisaties kennis te maken: *Wij besteden ongeveer 30 minuten aan zo’n gesprekje, maar als je per jaar met 20 nieuwe mensen kennis moet maken, dan ben je alweer een halve week aan het werk”* (H2).

De huisartsen waren voorzichtig positief over samenwerking met Buurtzorg. Ook al wordt Buurtzorg wel gezien als één van de vele partijen.<sup>55</sup> De huisartsen gaven wel aan dat wanneer Buurtzorg waarmaakt wat ze pretendeert, dan zou de kwaliteit moeten toenemen vanwege het directe contact tussen huisarts en wijkverpleegkundigen dat weer in ere hersteld wordt. Concreet houdt dit volgens een huisarts in: *“(…) van mensen die weten wat er in de wereld te koop is, die weten wat mensen bezighoudt. Die weten van hoe je een 60-jarige moet aanpakken en hoe je een 85-jarige kan verlangen. Hoe je met systemen om kan omgaan, hoe je met informatie kan omgaan. Wat wel en wat niet kan. Hoe je in het leven staat”* (H1). Ter illustratie hiervan vertelde de huisarts over een ‘meneer’ die net was geopereerd en waar het niet zo goed mee ging. Er zat een groot verhaal achter deze thuiszorgvraag. In dergelijke gevallen vindt de huisarts het prettig als hij snel en accuraat kan overdragen wat hij al weet over de cliënt. Dan moet hij tegen een wijkverpleegkundige kunnen zeggen: *“Nou die meneer van dat echtpaar die hebben geen kinderen, operatie is net gelukt, maar als ie dood was gegaan had ie het ook goed gevonden. Nou dit soort dingen die kan je wat makkelijker*

---

<sup>54</sup> D1, M4, M5, W3, W4

<sup>55</sup> H1, H2

zeggen tegen een wijkverpleegkundige dan bij een intake functionaris van 23 die niet weet wat er speelt en die de persoon in kwestie niet persoonlijk kent” (H1).

Een wijkverpleegkundige van Buurtzorg gaf aan graag het werkoverleg met de huisarts nieuw leven in te blazen, om zo het inhoudelijke contact over cliënten uit te breiden. Alleen de huisartsen zagen dit niet zitten, vanwege het grote aantal thuiszorgaanbieders en het grote aantal werkoverleggen dat dit met zich mee zou brengen.

Een andere wijkverpleegkundige van Buurtzorg gaf aan dat er actief ingezet werd op het onderhouden van goede contacten met huisartsen: *De vaak inhoudelijke contacten met huisartsen zijn ook vaak de beste vorm van PR. Op deze manier hopen we dat huisartsen sneller geneigd zullen zijn om cliënten naar ons door te sturen”* (W3).

### **7.5.2 Samenwerking tussen Buurtzorg en het CIZ**

Het gegeven dat Buurtzorg werkt met kleine zelfstandige teams sluit niet naadloos aan op de manier van werken die het CIZ doorgaans hanteert. Een regiocoach van Buurtzorg geeft aan dat het CIZ gewend is om wanneer er iets misgaat, met de manager van een thuiszorgorganisatie om tafel te gaan zitten. Het CIZ kan dan een aantal punten aangeven waar het soms fout gaat met de indicatie, waarop de betreffende manager deze informatie uitzet in de organisatie. Bij Buurtzorg werkt dit anders: *“Bij ons is dat anders, bij ons moet je eigenlijk alle teams afzonderlijk aanspreken. Dus dat is wel een klein beetje lastig voor het CIZ”* (M4).

Op de vraag of de werkwijze van het CIZ aansluit op die van Buurtzorg stelt een regiocoach: *“Op zich kan het aansluiten”* (M4). Hiermee bedoelt hij dat er bij Buurtzorg 250 verschillende teams en dus aanspreekpunten zijn, maar dat er wel direct contact met de wijkverpleegkundige mogelijk is. Hierdoor kan er volgens hem effectievere communicatie plaatsvinden die direct vertaalbaar is naar de dagelijkse praktijk.<sup>56</sup> Op dit gebied probeert de regiocoach de teams zo goed mogelijk te instrueren. Zo zijn er een aantal indicatiespecialisten werkzaam bij Buurtzorg die teams adviseren over hoe ze kunnen indiceren. Een initiatief dat daar bijvoorbeeld uit is voortgekomen is het sturen van een delegatie die namens de teams het woord voert bij het CIZ. Een regiocoach zei hierover: *“En dan zeggen teams, dit speelt er, deze kritiek hebben we gehad. Toen zijn er 3 mensen naartoe gegaan. En dat werkt heel goed. Wat er wordt besproken zet één van die drie op een verslagje in de mail naar andere teams in de regio. Dat ze daar op moeten letten”* (M4).

Een tweetal wijkverpleegkundigen gaf aan dat de indicaties van het CIZ niet altijd even goed aansluiten op de praktijk van de thuiszorg. Soms moeten wijkverpleegkundigen ‘spelen’ met de indicatiestelling. Bepaalde aanvraagcodes zijn weggevallen, waardoor sommige typen zorg formeel niet meer aangevraagd mogen worden. Volgens dezelfde twee wijkverpleegkundigen zijn er de laatste jaren teveel nieuwe regeltjes bijgekomen die hun werk onnodig belemmeren: *“Je moet teveel in de gaten houden van wat zijn verpleegkundige handelingen, wat zijn persoonlijke verzorgende handelingen, waar mag je dingen wel onder schrijven, waar niet? (...) Je hebt dan zoiets van laat ons dat zelf even regelen!”* (W3).<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> M4, M5

<sup>57</sup> W4

Een aantal respondenten die namens Buurtzorg geïnterviewd zijn gaven te kennen dat ze het liefst de indicatiestelling weer volledig belegd zien bij de wijkverpleegkundige.<sup>58</sup> Een regiocoach zag hier veel voordelen in. Het thuiszorgpersoneel kan volgens hem het beste beoordelen wat de cliënt nodig heeft. Volgens hem doen zich nu soms trieste gevallen voor bij mensen die bijvoorbeeld een herindicatie nodig hebben: *"Het CIZ stelt ze telefonisch vragen en dan zeggen die mensen van 'nou dat gaat alweer een stuk beter' en voor je het weet zet de indicatiesteller alweer ergens een kruisje. En dan betekent dat dat ze van 16 u naar 9u teruggaat, telefonisch. Dan ontstaan schrijnende situaties"* (M4).

Een wijkverpleegkundige vond dat het CIZ voornamelijk bijdroeg aan administratieve ballast. Ze geeft aan veel tijd kwijt te zijn met het invullen van CIZ-formulieren, die het CIZ vervolgens moet beoordelen, waarna vervolgens soms nog zaken afgestemd moeten worden. Afschaffing zou volgens haar dan ook enorm veel onnodige tijdverspilling voorkomen. Wel ziet deze wijkverpleegkundige heil in van het CIZ niet als regisseur, maar als controleur die steekproefsgewijs controleert hoe de werkzaamheden uitgevoerd worden. Hierover zei ze: *"Ja, laat ze maar komen. Laat ze maar meelopen, een ochtend. Met mij naar een cliënt gaan om te zien wat ik daar allemaal uitvoer"* (W3).<sup>59</sup>

### **7.5.3 Buurtzorg en gezondheidscentra**

Binnen Buurtzorg wordt enthousiast gesproken over de deelname van Buurtzorg aan multidisciplinaire gezondheidscentra. In dergelijke centra is volgens de extern adviseur van Buurtzorg de spilfunctie bij de huisarts belegd. Hij zou dit graag anders zien, want volgens hem is de huisarts niet geschikt voor deze rol: *"Nou ze zijn geneigd om dingen te onderschatten, (...) van ja, nou ja, goed, een beetje zorg een beetje leiding, mensen hebben wel een beetje nodig, maar dat loopt allemaal niet zo'n vaart. En dat vind ik een valkuil. En een tweede is dat een huisarts niet is opgeleid om meerdere disciplines aan te sturen"* (M5). Buurtzorgmedewerkers daarentegen – zo geeft hij aan – zijn hier wel 'voor in de wieg gelegd', omdat deze gewend zijn om te overleggen met uiteenlopende disciplines.

Hierbij geeft hij aan dat het van belang is, om te voorkomen dat er hiërarchie en daarmee macht claims ontstaan, geen regiefunctie te creëren.

## **7.6 Het toekomstperspectief van Buurtzorg**

### **7.6.1 De houdbaarheid van het Buurtzorgconcept**

Een aantal respondenten van Buurtzorg geven aan dat zij regelmatig de vraag krijgen of het Buurtzorgconcept houdbaar blijft, naarmate de organisatie verder gaat groeien: *"Ik krijg regelmatig de vraag of naarmate de organisatie verder groeit de behoefte ontstaat aan een soort standaard organisatiestructuur om het behapbaar te houden"* (D1) De respondenten zijn allen van mening dat dit mee zal vallen. Iedereen is volgens hen zeer doordrongen van de basisprincipes van Buurtzorg en daarnaast is er ruimte voor andersdenkenden.<sup>60</sup> De extern adviseur zei hierover: *"Het kan allerlei onderwerpen betreffen, van scholing, tot nou beslissingsbevoegdheden van teams en organisatie"*

---

<sup>58</sup> D1, M4, W3, W4

<sup>59</sup> W3, W4

<sup>60</sup> D1, M4, M5

*binnen teams. Daar hebben we ook regelmatig discussies over en dat is prima, we moeten vooral blijven praten met elkaar” (M5).*

Dezelfde extern adviseur voorzag eerder een toekomstperspectief waarin de Buurtzorgteams uitgebreid zouden worden. Hij zou het liefst professionals van verschillende disciplines verenigd zien, die tezamen een zelfsturend ‘buurtteam’ vormen. Hij zag grote praktische voordelen in een dergelijk concept: *“(…) je zou eigenlijk een huisarts erin moeten zetten, een fysiotherapeut, een diëtiste en noem het maar op. Maak het breder, desnoods met een buurtwerker, maakt mij dat uit. Die weten wat er in zo’n wijk leeft die kennen de mensen” (M5).* Hij zou thuiszorg willen voorzien van thuiszorg in de meest brede zin van het woord. Het team moet echter wel de kenmerken van een Buurtzorgteam behouden, dit vindt hij het meest ideale model wat hij in zijn loopbaan tegengekomen is.

## **7.7 Conclusies**

Nu alle empirie over ervaringen met professionele ruimte door actoren in de thuiszorg is behandeld kan de vierde deelvraag beantwoord worden: **Hoe wordt professionele ruimte door de betrokken actoren ervaren?**

### **7.7.1 De systeemactoren**

Meerdere respondenten geven aan dat de multidisciplinaire samenwerking in de (thuis)zorg nog veel kansen laat liggen. Het Nederlandse zorgsysteem draagt hieraan bij met haar versnipperde financieringssysteem. De respondenten geven aan dat er behoefte is aan meer wisselwerking tussen cure en care. Op deze wijze kan een toekomstige zorgvraag vroegtijdig gesignaleerd worden, waardoor preventieve maatregelen effectiever ingezet kunnen worden. Veel thuiszorginstellingen hebben moeite om samen te werken buiten de grenzen van hun eigen organisatie. Verzekeraars, indicatiestellers en het ministerie van VWS geven aan in principe met iedere thuiszorgaanbieder samen te werken, zolang deze maar aan een aantal fundamentele randvoorwaarden voldoet. Alle respondenten juichen de recente ontwikkelingen bij het ClZ toe. Ook al zien zij wel het belang in van een onafhankelijke actor die het spanningsveld tussen standaardisering in de thuiszorg en zorg op maat reguleert.

Over professionele ruimte zijn een aantal zaken ter sprake gekomen in deze paragraaf. Alle respondenten zijn van mening dat het vrij lastig is om een professional zijn werk slecht te laten doen. Daarom geven de respondenten aan het in meer of mindere mate het wenselijk te vinden om meer regelruimte te creëren voor de thuiszorgprofessional. De meningen zijn verdeeld over de huidige toename in populariteit van de (zorg)professional. Het ene kamp is van mening dat dit onderdeel van een hype is, terwijl het andere kamp juist het begin ziet van een rigoureuze trendbreuk met het verleden waarin een nieuwe strijd tussen arbeid en kapitaal plaatsvindt. Tenslotte werd door de respondenten opgemerkt dat thuiszorgprofessionals tot nog toe onvoldoende in staat blijken om hun beroepsgroep te mobiliseren en daarmee hun belangen te vertegenwoordigen.

Wat betreft de financiering van het (thuiszorg)stelsels zijn alle respondenten het eens over het feit dat dit een complexe aangelegenheid is. Dit kan de uitvoerende professionals belemmeren in hun dagelijkse praktijk. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de betaalbaarheid van de (thuis)zorg onder druk staat. Macro-ontwikkelingen zoals vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en

steeds complexere zorgvragen dragen hieraan bij. Een nuancering die het CIZ aanbracht in dit kader is dat de maatschappelijke bereidheid om de zorgpremies te verhogen ook bepalend is voor de 'betaalbaarheid' van de thuiszorg.

Met oog op de toekomst van de thuiszorgsector een aantal belangrijke kwesties ter sprake gekomen. Ten eerste signaleren de respondenten een toenemend tekort op de arbeidsmarkt van zorgprofessionals. Reacties hierop lopen uiteen van het beter benutten van de mantel, tot verkennen in hoeverre technologische innovaties menselijke arbeid kunnen vervangen. Daarnaast zijn de respondenten het er over eens dat de komende jaren sprake zal zijn van een toenemende behoefte aan diversiteit in het thuiszorgaanbod. Thuiszorgaanbieders zullen meer moeten segmenteren naar verschillende doelgroepen en focussen op dat waar zij zelf goed in zijn. De respondenten verwachten ook niet dat de controlerende rol van een indicatie stellend orgaan volledig zal verdwijnen. Mogelijk dat de taak wel meer verschuift van toegangspoort tot de zorg, naar controle achteraf van indicaties die door de thuiszorgprofessionals uitgevoerd zijn.

### **7.7.2 Casus Vitras/CMD**

Veel respondenten geven aan regelmatig hinder te ondervinden van de logge bureaucratische organisatie. Het thuiszorgpersoneel zegt zo nu en dan hinder te ondervinden van deze inefficiëntie, waardoor er minder tijd overblijft voor de cliënt. Administratieve lasten worden dikwijls als zwaar ervaren. Een CWV'er vertelde dat ze vanwege tijdelijke onderbezetting bijna 80% procent van haar tijd kwijt was aan administratieve taken. Dit was echter wel een uitzonderlijke situatie (W2). Maar ook in beter bezette teams klaagt het thuiszorgpersoneel over de administratieve lasten. De indicatie stelt in veel gevallen een tijdslimiet vast, waar het verpleegkundig personeel niet overheen mag gaan. Een CWV'er zei hierover: "Dus ja, dat vind ik heel vervelend. Het enige wat je denkt als je bij de patiënt bent is, ik moet zo snel mogelijk weg, want ik heb maar een kwartier" (W1).

Binnen Vitras/CMD bestaat consensus over het belang om cliënten als 'middenpunt' van de thuiszorgcyclus te zien, maar dat een logge bureaucratische organisatie dit soms bemoeilijkt. Teams gaan steeds wijkgerichter aan de slag en staan directer in contact met de cliënt. Dit vergt tegelijkertijd een extra inspanning van het thuiszorgpersoneel, wat knelt met de bureaucratische lasten vanuit de organisatie. Dit in combinatie met een continue focus vanuit de organisatie om de bedrijfskosten te drukken, kan een hoge werkdruk creëren die door sommige wijkverpleegkundigen als belastend ervaren wordt.

Verschillende belangen vragen van managers uiteenlopende rollen die al dan niet conflicterend zijn. De manier waarop managers invulling geven aan hun rol verschilt. De ene manager is hier ook succesvoller in dan de ander. Met name op het gebied van de faciliterende coachende rol is nog winst te behalen. Dit kan gerealiseerd worden wanneer het thuiszorgpersoneel meer verantwoordelijkheid zou krijgen binnen duidelijk geëxpliciteerde kaders. Om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid zou zowel het thuiszorgpersoneel als het middenmanagement meer betrokken kunnen worden in de besluitvorming. Door medewerkers te betrekken in het veranderproces kan voorkomen worden dat er – bij nader inzien – onwenselijke besluiten genomen worden en zal de uitrol van besluiten en nieuw beleid waarschijnlijk soepeler verlopen.



Volgens de respondenten binnen Vitras/CMD de overtuiging dat het in ieders belang is om verantwoordelijkheden laag te beleggen, maar in de praktijk blijken managers hier zo nu en dan moeite mee te hebben. Het delegeren van verantwoordelijkheden naar lagere niveaus in de organisatie zou ook de veelgenoemde bureaucratie binnen Vitras/CMD kunnen beperken en de organisatie platter kunnen maken. Ook al ontstaat hierover geen eenduidig beeld voor ieder niveau binnen de organisatie. Verantwoordelijkheden laag beleggen betekent in de praktijk soms ook een administratieve lastenverzwaring voor bijvoorbeeld de CWV'er. Als belangrijke oorzaak voor het ontstaan van logge bureaucratie wordt vaak gewezen naar de enorme hoeveelheid wet- en regelgeving waarnaar de organisatie zich moet schikken.

De respondenten gaven aan dat samenwerking met andere ketenpartners vaak een complexe aangelegenheid is, omdat één cliënt vaak door een web van hulpverleners geloodst moet worden. Dit vereist een sluitende onderlinge afstemming tussen de ketenpartners. Dit resulteert voor teamleiders in twee, soms conflicterende, rollen: als interne organisatiemanager en als externe relatiebeheerder. Teammanagers geven aan niet altijd genoeg tijd hebben voor beide rollen, waardoor de organisatie soms interessante kansen mist. Samenwerking met ketenpartners worden soms bepaald door politieke spelletjes en persoonlijke vetes. In dergelijke situaties ondersteunt de divisiemanager de teamleider. De overheid is een bijzondere externe partij. Met haar regeldruk en sterke nadruk op efficiëntie beïnvloedt zij in sterke mate de dagelijkse praktijk van Vitras/CMD. Tenslotte worden beleidsmaatregelen van de landelijke overheid niet altijd als doortastend ervaren door de respondenten.

### **7.7.3 Casus Buurtzorg**

Er zijn een aantal kenmerkende eigenschappen van de wijze waarop Buurtzorgmedewerkers de cliënt benaderen de revue gepasseerd. Een zelfstandig opererende thuiszorgprofessional is volgens de respondenten een bepalende factor voor de kwaliteit van zorgverlening. Zolang een professional de ruimte krijgt om te doen wat hij graag doet – namelijk goede zorg leveren aan zijn cliënten – dan zal dit zowel de kwaliteit als de arbeidsvreugde van de zorgprofessional positief beïnvloeden. Hierbij staat de vraag van de cliënt centraal in plaats van de planning van de Buurtzorgteams. Een andere bepalend element is de focus op het 'ontzorgen' van cliënten. Volgens de Buurtzorgrespondenten is de cliënt het beste geholpen wanneer hij nooit meer dan nodig een beroep hoeft te doen op thuiszorg. Door een hoge mate van betrokkenheid en 24 uur per dag bereikbaarheid van de teams zorgt ervoor dat de respondenten regelmatig een hoge werkdruk ervoeren.

Over de inrichting van Buurtzorg als organisatie zijn een aantal zaken ter berde gekomen. Allereerst dat communicatie en overleg verloopt volgens het 'consensusprincipe'. Dit betekent dat over alles wat organisatorisch speelt iedereen het eens moet zijn. Dit zorgt soms voor problemen doordat mensen toch geneigd zijn om op grond van hun formele positie bevoegdheden te claimen. Daarnaast draagt het werken met zelfstandige teams het risico van eilandvorming tussen de teams in zich. Buurtzorg erkent dit probleem en onderneemt initiatieven om dit verschijnsel te beperken. Vervolgens noemde ook veel respondenten het belang van het Buurtzorgweb. Alle respondenten waren enthousiast over de werking hiervan, alleen schuilt er wel een risico in dat medewerkers het werk 'mee naar huis nemen' vanwege de continue beschikbaarheid van het web. Tenslotte heerst er volgens de

respondenten een zeer sterk 'communitygevoel' binnen Buurtzorg, wat een motiverend effect heeft op de medewerkers, zo geven zij aan.

## 8. Ervaringen met professionele ruimte

Nu bekend is wat de ervaringen met professionele ruimte zijn van actoren in het thuiszorgsysteem, de thuiszorgaanbieders en de individuele thuiszorgprofessionals, is het moment aangebroken om de verschillende casussen met elkaar te vergelijken. In de eerste paragraaf worden Vitras/CMD en Buurtzorg met elkaar vergeleken, waarna de verschillen en overeenkomsten verklaard worden. In de tweede paragraaf worden de ervaringen met professionele ruimte van de systeemactoren vergeleken met elkaar, waarna ook voor deze groep actoren de verschillen verklaard worden. Op basis van deze twee paragrafen ontstaat zo een antwoord op de vijfde deelvraag:

**Wat zijn hierin de belangrijkste verschillen tussen de actoren en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?**

### 8.1 Twee manieren van organiseren

#### 8.1.1 Eigen profiel

In de manier waarop Vitras/CMD en Buurtzorg hun eigen rol presenteren aan de buitenwereld zijn opvallend veel overeenkomsten waarneembaar. Beiden geven aan veel waarde te hechten aan de cliënt en de lokale context. Vitras/CMD spreekt over een sterke lokale verbinding met cliënten en andere partners in de zorg. Buurtzorg spreekt in dit kader over de inzet van de cliënt en haar omgeving bij het leveren van thuiszorg. Daarnaast spreekt zowel Vitras/CMD als Buurtzorg de voorkeur uit om te werken met kleinschalige teams. Ook al gaat Buurtzorg hier wel verder in, door deze teams ook eindverantwoordelijke te maken voor de geleverde zorg. De teams bestaan binnen Vitras/CMD uit zowel hoog als laagopgeleid verzorgend en verpleegkundig personeel, terwijl de Buurtzorgteams sec bestaan uit hoogopgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Er bestaan ook een aantal grote verschillen. Zo bestaat Buurtzorg pas sinds 2007, terwijl Vitras/CMD al een rijke historie kent die ruim 50 jaar terug de geschiedenis ingaat. Vitras/CMD heeft de ontwikkeling van het kruiswerk, tot aan het bedrijfsmatig werken doorgemaakt en heeft meerdere fusies en ontvlechtingen doorlopen.

Wat betreft de wijze waarop organisaties hun manier van werken inbedden zijn de verschillen aanzienlijk. De organisatiestructuren zijn duidelijk anders opgezet. Vitras/CMD werkt met een klassieke organisatiestructuur, bestaande uit een directeur met daaronder verscheidene managementlagen en onderaan het uitvoerend thuiszorgpersoneel. Buurtzorg daarentegen zegt helemaal geen managers in dienst te hebben. De organisatie is opgebouwd uit zelfstandig opererende teams van wijkverpleegkundigen die ondersteund worden door een regiocoach, daarnaast is er een directie die zich ontfert over interne beleids- en administratieve zaken en de externe contacten.

#### 8.1.2 Benadering van de cliënt

Wat opvalt is dat beide organisaties betogen de cliënt centraal te stellen door wijkgericht te werken. Vitras/CMD wil dit bereiken door de lokale kennis en kracht van de thuiszorgmedewerker te benutten en zo lokale oplossingen voor cliënten te organiseren. Waarin de organisaties van elkaar verschillen is

dat Vitras/CMD aangeeft zoveel mogelijk op zoek te gaan naar lokale oplossingen, terwijl Buurtzorg zich radicaler opstelt door te stellen dat de organisatie ten alle tijde lokale oplossingen zoekt.

In de wijze waarop de lokale kennis en kracht ten behoeve van de cliënt gemobiliseerd wordt verschillen de organisaties substantiëler van elkaar. Het uitgangspunt van Buurtzorg is dat de thuiszorgprofessional volledig zelfstandig en als eindverantwoordelijke moet kunnen functioneren om zo zelf beleid en keuzes ten behoeve van de cliënt te maken. Dit draagt volgens de respondenten er aan bij dat de cliënt 'écht' centraal komt te staan. Bij Vitras/CMD daarentegen stemt men in met het gegeven dat een thuiszorgprofessional zelfstandig moet kunnen werken, maar de eindverantwoordelijkheid is belegd bij een teamleider of manager. De teamleider staat verder van de cliënt en kan hierdoor objectiever beslissingen nemen en ook andere belangen zoals de bedrijfsresultaten en kwesties van persoonlijke aard meewegen, aldus de respondenten van Vitras/CMD.

Wanneer het gaat over bedrijfsresultaten is het opvallend dat binnen Buurtzorg geen enkele respondent rept over een mogelijk spanningsveld tussen bedrijfsresultaten en de kwaliteit van de thuiszorghulpverlening. Bij Buurtzorg wordt wel toegezien op de productie aan de hand van een geavanceerd ICT-systeem, maar van een spanningsveld is geen sprake volgens de respondenten. Dit in tegenstelling tot de respondenten bij Vitras/CMD. Met name de CWV'ers geven aan dat de voortdurende druk om efficiënt zorg te leveren ertoe leidt dat er nauwelijks nog tijd is voor patiëntoverleggen en dat een aantal medewerkers alleen nog maar 'achter de deur' werkt, waardoor contact over cliënten met collega's op kantoor zeer beperkt is.

Het moge duidelijk zijn dat er bij Buurtzorg – mits de vakinhoudelijke protocollen in acht genomen worden – veel handelingsvrijheid is voor thuiszorgprofessionals. Zij stelt dat dit mogelijk is vanwege de inzet van enkel hoogopgeleide professionals. Zij zijn in staat zelfstandig te werken en een Buurtzorgteam te runnen. Een tweetal wijkverpleegkundigen die voorheen bij een reguliere thuiszorginstelling werkten gaven aan dat het gros van de indicatie-uren hierdoor daadwerkelijk op de werkvloer besteed wordt. Vitras/CMD werkt ook met lager geschoold thuiszorgpersoneel. Een CWV'er coördineert deze thuiszorgmedewerkers. De CWV'ers geven aan dat ze hierdoor een substantieel deel van hun tijd spenderen aan kantooruren met het coördineren van deze wijkverpleegkundigen.

Vitras/CMD geeft aan dat ze een aantal succesvolle aspecten van de Buurtzorgformule overneemt. Eén hiervan is het al eerder ter sprake gekomen wijkgericht lokaal werken. Daarnaast is er bij beide organisaties meer persoonlijk contact met de cliënt. Zo heeft ieder thuiszorgteam een eigen mobiel nummer, dat patiënten rechtstreeks in contact brengt met het thuiszorgpersoneel.

Toch zijn er ook een aantal aspecten uit de Buurtzorgformule waarmee Buurtzorg zich anders profileert dan Vitras/CMD. Het meest in het oog springend is de focus op 'ontzorgen'. Deze doelstelling van Buurtzorg – die ook meermaals onderstreept werd door de Buurtzorgwijkverpleegkundigen – is dat men er naar streeft om cliënten zoveel mogelijk zelfstandig te laten werken. De wijkverpleegkundigen gaven aan dat het volledig benutten van een indicatie geen

doelstelling is, maar juist het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënt, waardoor de indicatie vaak niet volledig benut hoeft te worden.

Ook spreken de Buurtzorgrespondenten van een grote mate van commitment binnen de organisatie. Niet de planning van de medewerker, maar de zorgbehoefte van de cliënt bepalen in grote mate de planning. Dit zorgt wel voor veel gebroken uren en onregelmatige werktijden.

Zowel bij Vitras/CMD als bij Buurtzorg wordt een hoge werkdruk ervaren. Een gemeenschappelijke oorzaak hiervoor is het 24/7 bereikbaar zijn voor cliënten. Een oorzaak voor hoge werkdruk bij Buurtzorg is ook de hoge mate van betrokkenheid en de onregelmatige werktijden. Bij Vitras/CMD worden de bureaucratische lasten ook aangedragen als oorzaak voor de hoge werkdruk. Een hooggeplaatste manager Binnen Vitras/CMD noemde de sterke nadruk op efficiëntie een noodzakelijk kwaad, gezien het bedrijfsbureau en de grote hoeveelheid controllers die bij Vitras/CMD werken.

Het thuiszorgpersoneel bij Vitras/CMD is overigens wel van mening dat de cliënt waarschijnlijk weinig merkt van deze sterke nadruk op efficiëntie. Ze krijgen voldoende handelingsruimte om kwalitatief goede zorg te leveren, alleen ervaren ze wel veel stress vanwege het spanningsveld tussen bedrijfsresultaten en het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg.

### **8.1.3 Rol van het management binnen de organisatie**

De managementbenadering van Vitras/CMD en Buurtzorg verschillen onderling. Buurtzorg benadrukt het belang van zelfstandige opererende thuiszorgprofessional op de werkvloer. De belangrijkste richtlijnen voor het functioneren van de professional komen volgens Buurtzorg voort uit de vakinhoudelijke protocollen en behandelmethoden die thuiszorgprofessionals vanuit hun opleiding meekrijgen. Hierbij past volgens Buurtzorg een coachende managementbenadering. De manager, of coach, moet niet denken voor de professional. Deze is zelf het beste in staat keuzes te maken op basis van de relatie met de cliënt. Als je voor de professional gaat denken, dan doe je de realiteit van de praktijk tekort en ontstaan er problemen in de uitvoering. De coach springt alleen bij wanneer de medewerker aangeeft dat hier behoefte aan is. En ook tijdens het coachende contact dat vervolgens plaatsvindt is het van belang dat de thuiszorgprofessional de probleemeigenaar blijft, omdat hij of zij zal moeten werken met de oplossingen die bedacht worden voor problemen die zich voordoen.

Vitras/CMD stelt daar tegenover een managementbenadering vanuit drie verschillende peilers. Een manager moet volgens de respondenten in staat zijn 'te laveren' tussen het cliëntbelang, het medewerkersbelang en het organisatiebelang. Hierbij passen verschillende rollen, variërend van coachend en stimulerend, tot sturend en dwingend wanneer bijvoorbeeld de bedrijfsresultaten in het geding dreigen te komen.

Een hoge manager binnen Vitras/CMD zou graag zien dat er meer taken gedelegeerd worden naar lagere niveaus in de organisatie. Meerdere respondenten gaven ook aan dat er te vaak van bovenaf besluiten worden neergelegd bij een lager geplaatste manager, waarmee de medewerkers vervolgens niet overweg kunnen. Dit zou voorkomen kunnen worden door lagere managers, teamleiders en het uitvoerend personeel meer te betrekken bij de besluitvorming en minder beleid 'over de schutting te gooien'.

#### **8.1.4 De inrichting van de organisatie**

Een belangrijke overeenkomst tussen Vitras/CMD en Buurtzorg is dat beiden aangeven het belang van het laag beleggen van verantwoordelijkheden in te zien. Respondenten binnen Vitras/CMD geven aan dat dit proces momenteel nog moeizaam verloopt. Verscheidene respondenten spreken het verlangen uit om de communicatie in de organisatie van richting te veranderen: meer bottom-up. Momenteel worden er teveel zaken nog 'over de schutting gegooid'. Binnen Buurtzorg verloopt de communicatie volgens het zogenaamde 'consensusprincipe'. Dat betekent dat in teamverband iedereen het over alles eens moet zijn wat betreft organisatorische veranderingen. Dit geeft soms wrijving, omdat mensen geneigd zijn om op basis van hun (voormalige) formele positie een bepaalde machtsbasis te claimen.

Ook de horizontale communicatie bij Vitras/CMD verloopt niet altijd naar wens. De verschillende divisies werken onvoldoende samen, waardoor werk dubbel gedaan wordt, of juist blijft liggen en mensen binnen één organisatie van elkaar vaak niet weten waar ze precies mee bezig zijn. Binnen Buurtzorg bestaan geen verschillende divisies dus de horizontale communicatievormen krijgen op een andere manier vorm. Bij Buurtzorg geven respondenten aan dat het risico van eilandvorming tussen de teams bestaat. Als teams niet van elkaar op de hoogte zijn kan er bijvoorbeeld niet geschoven worden met personeel en wordt context gebonden – vaak regionale kennis – niet gedeeld tussen de teams. Middels het Buurtzorgweb en het organiseren van regionale bijeenkomsten voor de teams probeert men dit verschijnsel te ondervangen.

De inzet van ICT in de vorm van het Buurtzorgweb is een cruciaal onderdeel van de Buurtzorgorganisatie. Via het Buurtzorgweb verlopen zowel de registratie als controle van indicaties. Dit wordt allemaal eigenhandig door de teams uitgevoerd. Alle respondenten bij Buurtzorg waren erg enthousiast over deze online ICT-applicatie. Het sterke 'Buurtzorg-community-gevoel' waar de respondenten over spreken, komt tot uiting in het actieve gebruik van het Buurtzorgweb. Daarnaast zorgt het Buurtzorgweb voor uitwisseling van zorginhoudelijke kennis tussen teams, maar ook tussen de directie en de teams. Een gevaar van deze ICT-applicatie is dat werknemers geen afstand kunnen doen van hun werk. Het Buurtzorgweb is namelijk overal 24/7 bereikbaar en ook thuis toegankelijk voor medewerkers.

#### **8.1.5 Als thuiszorgaanbieder in de thuiszorgketen**

Vitras/CMD geeft aan dat samenwerking met ketenpartners vaak een complexe aangelegenheid is, omdat één cliënt vaak door een web van hulpverleners geloodst moet worden. Belangrijke vragen die hierbij spelen zijn: wie zijn mijn concurrenten, wie zijn mijn verwijzers en hoe bespeel ik dat veld zo dat wij op een goede manier de zorg leveren en als organisatie goed in de markt liggen? Op lokaal niveau vervult een teamleider twee rollen: één gericht op relatiebeheer en daarnaast heeft de teamleider ook zijn operationele verantwoordelijkheden voor het team.

Sommige teamleiders gaven aan dat de operationele verantwoordelijkheden zoveel tijd kosten, dat het relatiebeheer er soms bij inschoot. Hierdoor worden kansen op samenwerkingsverbanden met partners in de zorgketen soms onvoldoende benut. Dit relatiebeheer wordt bij Buurtzorg verzorgd door de wijkverpleegkundige zelf. Buurtzorg is er van overtuigd dat haar hoogopgeleide wijkverpleegkundigen de spin in het web van hulpverleners en zorginstanties zou

moeten zijn. Alle zaken zoals het werven van medewerkers en cliënten gebeurt dan ook lokaal vanuit de teams. Samenwerking met andere partijen en het overzien van het algehele zorgaanbod zijn wijkverpleegkundigen van Buurtzorg naar eigen zeggen 'voor in de wieg gelegd'.

Een belangrijk punt van aandacht dat ook naar voren kwam was de samenwerking met het CIZ. Vitras/CMD laat een afgevaardigde namens een bepaalde regio in gesprek gaan met het CIZ. Vervolgens kan deze persoon de uitkomst van het gesprek overbrengen op de rest van de organisatie. Binnen Buurtzorg bestaat geen centraal aanspreekpunt, maar zijn er ruim 300 aanspreekpunten, oftewel teams. Dit kan wel eens lastig zijn in de samenwerking met het CIZ.

## **8.2 Professionele ruimte vanuit de beleving van systeemactoren**

In de vorige paragraaf zijn twee uiteenlopende manieren van organiseren van professionele ruimte in de thuiszorg behandeld. In deze paragraaf staan de ervaringen en beelden van de systeemactoren over professionele ruimte voor thuiszorgprofessionals centraal. De input van de respondenten die hierbij speciale aandacht krijgen zijn werkzaam bij het ministerie van VWS, het CIZ, Agis en twee huisartsenpraktijken. De thema's die bij deze systeemactoren zijn uitgelicht, hebben betrekking op sector brede ontwikkelingen in de thuiszorg. De thema's komen voort uit het hoofdstuk methoden en technieken (H.4). Dit zijn: de samenwerking met ketenpartners, de financiering van de thuiszorgsector en de toekomstige ontwikkelingen in de thuiszorgsector. Door inzicht te geven in de sector brede ontwikkelingen die de systeemactoren signaleren en voorzien, zal duidelijk gemaakt worden wat deze ontwikkelingen mogelijk betekenen voor de professionele ruimte van thuiszorgprofessionals.

### **8.2.1 Samenwerking met ketenpartners**

De huisartsen gaven aan dat de laatste jaren sprake is van verschraving van de relatie tussen huisartsen en thuiszorgprofessionals. De inhoud staat minder centraal. Het komt steeds vaker voor dat thuiszorgorganisaties goede zorg denken te leveren wanneer ze veel contact hebben met de huisarts, daarmee slaan ze de plank mis volgens de huisartsen. Het zou volgens hen altijd om inhoudelijke samenwerking moeten draaien.

De respondenten bij Agis, als VWS en het CIZ spreken over behoefte aan een betere wisselwerking tussen de verschillende hulpverleners in de (thuis)zorg. Dit zal de kwaliteit en effectiviteit van de (thuis)zorg vergroten. Ze gebruiken hier verschillende termen voor, uiteenlopend van integraal zorgmanagement, tot een betere samenwerking tussen cure en care. De coördinatie van de hulpverlening in de thuiszorg laat vaak te wensen over. De verschillende financieringsregelingen van dit moment met de soms elkaar tegenwerkende prikkels bemoeilijken de wisselwerking tussen de tussen de hulpverleners in de thuiszorg. De ontwikkeling van gezondheidscentra zou bij kunnen dragen aan het organiseren van de overkoepelende blik. Door verschillende disciplines vanuit hetzelfde pand te laten werken, is het complete zorgarrangement beter te overzien voor de betrokken professionals.

Alle partijen geven aan in de samenwerking met thuiszorgaanbieders geen onderscheid te maken tussen thuiszorgaanbieders. Agis stelt in dit kader dat, zolang er maar voldaan wordt aan de randvoorwaarden op het gebied van efficiëntie en kwaliteit, dan hanteert men het principe van gelijke monniken gelijke kappen. Het CIZ stelt in het kader hiervan dat ongeacht welke thuiszorginstelling het

betreft iedereen aan zijn taakstelling moet komen. Of dit opgelegd wordt aan instellingen, of dat ze dit zelf organiseren maakt volgens het CIZ weinig verschil. Dit leidt mogelijk wel tot een spanningsveld tussen individueel thuiszorg op maat leveren en landelijke standaardisering van het thuiszorgaanbod. Tussen deze twee uitersten zal volgens een directeur van het CIZ altijd sprake zijn van een trade-off.

Een ander punt dat zowel respondenten van het CIZ, het ministerie van VWS en Agis aandroegen is het belang van aandacht voor preventie in de thuiszorg. De prikkels in het huidige systeem zijn zo georganiseerd dat thuiszorginstanties niet gemotiveerd worden om vroegtijdig ziekten te signaleren en preventief te behandelen. Als de verschillende instanties beter zouden samenwerken helpt dit om uit te stellen, of zelfs te voorkomen dat mensen in de langdurige zorg terechtkomen. Het huidige systeem prikkelt thuiszorgaanbieders vooral vanuit het eigen productiebelang te handelen, in plaats vanuit het cliëntbelang. De directeur van het CIZ spreekt in deze over het zogenaamde substitutie-effect. Hoe beter de preventie is georganiseerd, hoe minder mensen een beroep zullen doen op de langdurige zorg.

### **8.2.2 Professionele ruimte in de thuiszorgsector**

De directeur van het CIZ ziet het huidige debat over herwaardering van de thuiszorgprofessional als onderdeel van een golfbeweging. Het bedrijfsmatig werken was doorgeslagen in de thuiszorgsector. Dit bracht een tegenbeweging op gang die stelde dat de thuiszorgprofessional weer in de lead moest komen en zoveel mogelijk zelf moest kunnen regelen. De professional zou het overzicht hebben in het zorgarrangement. De directeur van het CIZ betwijfelt of de thuiszorgprofessional dit overzicht heeft. Hij vermoedt dat de thuiszorgprofessional een te beperkt beeld heeft van het complete zorgarrangement.

De coördinator strategie van het ministerie van VWS stelt daarentegen dat er behoefte is aan meer regelruimte op de werkvloer van de thuiszorgprofessional. Hij zou graag zien dat het regelen van veel zaken achter het bureau vervangen wordt door meer praktische verantwoordelijkheden voor de thuiszorgprofessional. Hoe dit precies vormgegeven moet worden in het systeem, was voor hem nog onduidelijk. Het VWS is volgens hem druk doende om prikkels te bedenken die meer ruimte voor de thuiszorgprofessional zouden creëren. Hoewel de directeur van het CIZ terughoudender is op dit gebied denkt zij wel dat bijvoorbeeld het teruggeven van de indicatie aan de thuiszorgprofessional tot gevolg zal hebben dat de indicatie preciezer uitgevoerd kan worden. De thuiszorgprofessional is immers nauw betrokken bij de cliënt en kan daarom goed inschatten waar deze behoefte aan heeft. De huisartsen geven aan dat er een groot verschil bestaat tussen stellen dat de thuiszorgprofessional meer regelruimte moet krijgen en het daadwerkelijk delegeren van meer verantwoordelijkheden naar de thuiszorgprofessional. Zij stellen dat wetten en regels kaders en randvoorwaarden scheppen, maar dat de thuiszorgprofessional uiteindelijk allesbepalend is voor de kwaliteit van de thuiszorg. Daarom zou deze meer ruimte moeten krijgen om invulling te geven aan zijn of haar taken.

### **8.2.3 Financiering van de thuiszorgsector**

Het grootste manco van het huidige financieringsstelsel voor de thuiszorg is de manier waarop de verschillende financieringsstromen gesplitst zijn. Ziekenhuisgelden en huisartsen worden uit een andere regeling betaald dan de thuiszorg, terwijl er wel een directe relatie bestaat tussen deze verschillende vormen van zorg. Volgens de intern adviseur zorginkoop van Agis ontstaat hierdoor een



wout van regelgeving, wat het bijna onmogelijk maakt om vanuit het perspectief van de cliënt te denken.

Een ander belangrijk thema dat respondenten aandroegen was de betaalbaarheid van de thuiszorg in de toekomst. De betaalbaarheid komt steeds meer onder druk te staan volgens de respondent bij VWS, waardoor er steeds meer gezocht zal moeten worden naar private oplossingen. Daarnaast moet alleen nog de strikt noodzakelijke zorg uit publieke middelen gefinancierd worden. Volgens de directeur van het CIZ ontbreekt een cruciale nuancering in het huidige debat over de betaalbaarheid van de thuiszorgsector. Het gaat volgens hem ook in grote mate om het maatschappelijke draagvlak hogere zorgpremies te willen betalen. Internationaal gezien betalen dragen wij een relatief klein deel van ons BNP af aan zorg.

Een laatste punt dat de respondent bij het ministerie van VWS aankaarte is dat het huidige systeem gebaseerd is op de verkeerde prikkels. Het gehele systeem is volgens hem momenteel gericht op het terugdringen van de wachtlijsten in de zorg. Dit komt voort uit beleid van de jaren 90 toen de wachtlijsten erg lang waren, terwijl dit nu niet meer het geval is. Door deze verkeerde prikkels blijven kwaliteitsvragen met betrekking tot het leveren van thuiszorg onderbelicht in het huidige systeem. Het ministerie van VWS heeft nog niet duidelijk voor ogen hoe ze de huidige prikkels wil gaan transformeren naar prikkels die ook recht doen aan de kwaliteit van de thuiszorg. Thuiszorgaanbieders zouden volgens VWS meer gestimuleerd moeten worden om te streven naar waardecreatie voor de cliënt in plaats voor de organisatie.

#### **8.2.4 De toekomst van de thuiszorgsector**

Een toekomstig knelpunt dat verschillende systeemactoren voorspellen is krapte op de arbeidsmarkt van thuiszorgprofessionals. Een aantal uiteenlopende beleidsreacties hierop zijn ter sprake gekomen.

Een veelgenoemde beleidsreactie is het stimuleren van mantelzorg en inzet van vrijwilligers. Door dit potentieel meer te benutten kan de druk op het thuiszorgsysteem mogelijk verminderd worden. Daarnaast wordt ook de inzet van technologische hulpmiddelen als vervanging van menskracht gezien als een middel waarmee nog veel bespaard kan worden op de inzet van arbeid in de thuiszorg. De directeur van het CIZ signaleert onder thuiszorgprofessionals wel grote weerstand hiertegen. Thuiszorgprofessionals ridiculiseren volgens hem technologische innovaties. Hij is er echter van overtuigd dat wanneer objectief wordt uitgezocht voor welke doelgroepen onder welke voorwaarden technische innovaties toepasbaar zijn er veel arbeidskosten bespaard kunnen worden. Het is volgens de directeur van het CIZ aannemelijk dat in de nabije toekomst drastisch meer geïnvesteerd gaat worden in technologische innovaties in de (thuis)zorg als vervanging van arbeid.

Segmenteren naar doelgroepen is een andere ontwikkeling die binnen de thuiszorg een grote vlucht zal gaan nemen volgens de respondenten. De coördinator strategie van het ministerie van VWS spreekt in dit kader over een steeds grotere behoefte aan diversiteit. Thuiszorgaanbieders zouden hun cliënten moeten gaan indelen naar verschillende doelgroepen. Dus niet alle cliënten op dezelfde manier benaderen, maar ontwikkel verschillende diensten voor verschillende groepen. Dit is volgens de systeemactoren nodig, omdat niet alle cliënten behoefte hebben aan eenzelfde type thuiszorg. Een patiënt die herstellende is van een heupoperatie wil mogelijk zo snel mogelijk weer deel kunnen nemen aan de maatschappij. Dergelijke cliënten zouden behoefte hebben aan een efficiënte en

doelmatige thuiszorginstelling die uitblinkt in effectieve zorg voor een goede prijs. Daarentegen bestaan er ook groepen die juist behoefte hebben aan thuiszorg waarin veel ruimte is voor persoonlijke aandacht, wat om een heel andersoortige thuiszorgdienst vraagt.

### 8.3 Conclusies

Nu is weergegeven hoe de verschillende partijen professionele ruimte ervaren en wat hierbij de belangrijkste verschillen zijn kan de vijfde deelvraag beantwoord worden: **Wat zijn hierin de belangrijkste verschillen tussen de actoren en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?**

#### 8.3.1 Professionele ruimte bij Vitras/CMD en Buurtzorg

Uit de vergelijking tussen de twee thuiszorgorganisaties blijken grote verschillen in de manier waarop professionele ruimte ervaren en georganiseerd wordt. Nu volgt een verklaring van deze verschillen aan de hand van de behandelde thema's. Een schematisch overzicht van de verschillen tussen Buurtzorg en Vitras/CMD is terug te vinden aan het einde van deze sub paragraaf.

Beide thuiszorgorganisatie profileren zich op vergelijkbare manier. Zowel Vitras/CMD als buurtzorg geven aan zoveel mogelijk de lokale kennis en kracht te willen benutten om zo de cliënt centraal te stellen in het zorgproces. Alleen de manier waarop organisatorisch invulling gegeven wordt aan dit doel loopt uiteen. Vitras/CMD probeert haar thuiszorgpersoneel zoveel mogelijk te *ontlasten*, terwijl Buurtzorg haar personeel juist extra *belast* met uiteenlopende randzaken die niet direct te herleiden zijn tot datgene waarvoor een thuiszorgprofessional is opgeleid. Het ontlasten van de thuiszorgprofessional bij Vitras/CMD betekent dat de thuiszorgmedewerker alleen eindverantwoordelijkheid draagt voor de inhoudelijke levering van thuiszorg. Randzaken als PR, werving en selectie van personeel, toezicht op de bedrijfsresultaten, contacten met externe partijen (cliëntinhoudelijke contacten uitgezonderd) en roostering, vallen onder de verantwoordelijkheid van de teamleider. Doordat een thuiszorgprofessional zich niet hoeft te bekommeren om allerlei randzaken kan hij vooral doen waar hij of zij voor is opgeleid, namelijk het leveren van thuiszorg aan de cliënt. Op deze manier worden de kwaliteiten en capaciteiten van de thuiszorgprofessional zo effectief mogelijk ingezet. De thuiszorgprofessional is op deze manier immers zoveel mogelijk beschikbaar voor declarabele uren 'achter de deur' van de cliënt, zo luidt de redenatie van de respondenten van Vitras/CMD. Toch gaven CWV'ers aan dat ze een substantieel deel van hun tijd besteden aan administratieve taken. Ze ervoeren hinder van een logge bureaucratische organisatie en stelden dat er nauwelijks tijd was om inhoudelijk over cliënten te spreken met collega's. Dit zijn immers niet-declarabele inactieve uren.

Het extra *belasten* van het thuiszorgpersoneel bij Buurtzorg kan als volgt begrepen worden. Buurtzorg geeft – net als Vitras/CMD – aan zoveel mogelijk gebruik te willen maken van de kennis en know-how van haar medewerkers op de werkvloer. Om dit te bereiken zijn ze verantwoordelijk gemaakt voor zowel het primaire zorgproces, als de bedrijfsresultaten, de werving- en selectie van cliënten en medewerkers en het regelen van eigen kantooruimte. Een relatief hoogopgeleide thuiszorgprofessional kan volgens de Buurtzorgfilosofie zelf de beste afweging maken voor wat nodig is voor de cliënt, het team en de organisatie waarin ze functioneert. Het ontbreken van een manager

die toeziet op de bedrijfsresultaten en de volledige zeggenschap over het reilen en zeilen van een team, heeft als effect dat Buurtzorgmedewerkers weinig bureaucratische lasten ervaren. Al deze extra verantwoordelijkheden worden dus niet als een zware last ervaren. De verklaring die Buurtzorgwijkverpleegkundigen hiervoor geven is dat zij nu zij zelf verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsresultaten, het belang hiervan inzien en direct kunnen bijsturen als op het Buurtzorgweb blijkt dat dit nodig is. Bij het nemen van beslissingen in het team is de professionele afweging van de Buurtzorgmedewerker vrijwel altijd leidend. De grote mate van autonomie creëert bij de thuiszorgprofessionals van Buurtzorg een sterk verantwoordelijkheidsgevoel voor zowel de cliënt, als het bedrijfsbelang.

Opvallend is dat de extra belasting van medewerkers bij Buurtzorg juist als prettig en weinig belastend ervaren wordt, terwijl het ontlasten van de thuiszorgmedewerker bij Vitras/CMD juist leidt tot veel stress en een hoge werkdruk. De wijkverpleegkundigen van Vitras/CMD geven aan dat dit wordt veroorzaakt door het spanningsveld tussen bedrijfsresultaten en het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg. Wijkverpleegkundigen bij Vitras/CMD worden slechts eens in de zoveel weken geconfronteerd met de bedrijfsresultaten, terwijl Buurtzorgmedewerkers hier real-time inzicht in hebben en er direct op kunnen sturen. Thuiszorgmedewerkers bij Vitras/CMD geven aan wel te begrijpen dat de bedrijfsresultaten op orde moeten zijn, maar zien dit als een noodzakelijk kwaad waar de teamleider verantwoordelijk voor is. De Buurtzorgmedewerkers zien het controleren van bedrijfsresultaten en het regelen van allerlei andere randzaken als onderdeel van het ondernemerschap dat ze uitoefenen binnen het Buurtzorgteam. Het eigenaarschap, de zelfstandigheid en grote mate van verantwoordelijkheid lijken dit ondernemerschap te stimuleren.

Er kleven ook nadelen aan deze grote verantwoordelijkheid en commitment. Binnen Buurtzorg is de zorgvraag van de cliënt leidend voor de planning, hierdoor ontstaan soms zeer onregelmatige werktijden, wat ook een hoge werkdruk en stress in de hand werken. Een andere factor die zorgt voor stress is de informatie over cliënten die 24 uur per dag beschikbaar en toegankelijk is via het Buurtzorgweb. Dit maakt het voor Buurtzorgmedewerkers soms lastig om buiten werktijden het werk daadwerkelijk los te laten en niet nog even gauw op het Buurtzorgweb te checken hoe het met die ene cliënt gesteld is. Bij beide organisaties wordt dus stress en een hoge werkdruk ervaren, alleen zijn hiervoor wel andersoortige oorzaken aanwijsbaar.

De verschillen in verantwoordelijkheid van de thuiszorgprofessional vragen ook om verschillende soorten management. Bij Vitras/CMD varieert – afhankelijk van de omstandigheden – de managementvorm van coachend en ondersteunend, tot sturend en dwingend. Bij Buurtzorg ligt de nadruk sec op de coachende en ondersteunende managementvorm. De gedachte hierachter is dat het management alleen in hoeft te springen als de thuiszorgprofessional hier behoefte aan heeft. Dit andersoortige management betekent ook dat de teamleiders bij Vitras/CMD verantwoordelijk zijn voor het relatiebeheer. Ze gaven aan hier niet altijd genoeg aan toe te komen vanwege operationele verantwoordelijkheden. Bij Buurtzorg zijn de thuiszorgprofessionals hiervoor verantwoordelijk, maar betreft dit vooral inhoudelijke contacten met andere hulpverleners in de zorg. Deze vorm van

relatiebeheer zien zij niet als een belasting maar als welkome inhoudelijke aanvulling bij het leveren van zorg aan de cliënt.

Tot slot is er een belangrijk laatste organisatorisch verschil tussen Buurtzorg en Vitras/CMD. Binnen de Buurtzorgteams wordt gewerkt op basis van het zogenaamde 'consensusprincipe', waarbij iedereen het eens moet zijn over organisatorische keuzes die gemaakt worden. Dit kan leiden tot eilandvorming tussen de teams, omdat ieder team lokaal eigen beslissingen neemt, waardoor ze redelijk naar binnen gericht functioneren. Bij Vitras/CMD is juist sprake van een tegenovergestelde situatie. Respondenten binnen deze instelling gaven aan juist meer behoefte te hebben aan bottom-up communicatie, zodat ook het uitvoerende personeel en de teamleiders gehoord worden bij het bepalen van de organisatiekoers.

<b>Thema</b>	<b>Vitras/CMD</b>	<b>Buurtzorg</b>
<i>Eigen profiel</i>	Benutten van de lokale kennis en kracht thuiszorgprofessional en de cliënt centraal stellen	Benutten van de lokale kennis en kracht thuiszorgprofessional en de cliënt centraal stellen
<i>Benadering van de cliënt</i>	Wijkgericht, teamleider eindverantwoordelijk	Wijkgericht, thuiszorgprofessional verantwoordelijk
<i>Rol van het management</i>	Variërend van coachend en ondersteunend tot dwingend en sturend	Coachend en ondersteunend
<i>Inrichting van de organisatie</i>	Behoefte aan meer bottom-up benadering	Consensusprincipe
<i>Samenwerking in de thuiszorgketen</i>	Teamleiders eindverantwoordelijk voor relatiebeheer	Thuiszorgprofessionals eindverantwoordelijk voor relatiebeheer

### **8.3.2 Professionele ruimte volgens de systeemactoren**

Wat opvalt is dat wanneer de verschillende partijen uit het thuiszorgsysteem gevraagd wordt naar hun ervaringen met professionele ruimte zij telkens terugvallen op procesmatige interventies. Hierbij staat voor de respondenten niet zozeer de uiteindelijke uitkomst van het zorgproces centraal, maar de inrichting van dit proces. Veelal spreken de systeemactoren over prikkels om het thuiszorgsysteem te verbeteren in plaats van de uiteindelijke zorguitkomsten die ze teweeg hopen te brengen. Dit zal toegelicht worden aan de hand van een aantal voorbeelden.

Respondenten van VWS, Agis, het CIZ en de huisartsen spreken allen de behoefte uit aan een betere wisselwerking tussen de verschillende hulpverleners om zo de kwaliteit en effectiviteit van de thuiszorg te bevorderen. Ze gebruiken hier verschillende termen voor, variërend van integraal zorgmanagement tot een betere wisselwerking tussen cure en care. Een oplossing die hiervoor wordt aangedragen is het promoten van multidisciplinaire gezondheidscentra. Het huisvesten van

verschillende zorgdisciplines in hetzelfde pand zou de interdisciplinaire samenwerking stimuleren. Door verschillende disciplines vanuit hetzelfde gebouw te laten werken is het complete zorgarrangement beter te overzien voor de betrokken professionals, zo klinkt de redenatie. De huisartsen zagen dit niet als een directe oplossing voor de gebrekkige wisselwerking tussen de disciplines. Volgens hen is de kwaliteit van de (thuis)zorgprofessional allesbepalend voor een goede multidisciplinaire samenwerking.

Een ander thema dat de systeemactoren aankaartten, is de behoefte aan meer regelruimte voor de thuiszorgprofessional. Er moet minder vanachter het bureau geregeld worden en meer vanaf de werkvloer. Vanaf de werkvloer zijn problemen vaak minder complex dan vanachter een bureau en daarom zou de thuiszorgprofessional meer verantwoordelijkheden moeten krijgen. Door verantwoordelijkheid te beleggen op het niveau van de werkvloer kan gestuurd worden op de outcome en laat je de 'hoe-vraag' over aan de thuiszorgprofessional, aldus de coördinator strategie van het ministerie van VWS. Hoe dit georganiseerd kan worden, is nog niet geheel duidelijk, zo gaven de respondenten aan. In dit kader merkten huisartsen op dat er een essentieel verschil bestaat tussen het stellen dat de thuiszorgprofessional meer regelruimte moet krijgen en het daadwerkelijk delegeren van meer verantwoordelijkheden naar de thuiszorgprofessional. Wetten en regels stellen kaders en randvoorwaarden, maar de kwaliteit van de thuiszorgprofessional is uiteindelijk doorslaggevend voor de kwaliteit van de thuiszorg.

In de samenwerking met thuiszorgaanbieders stellen de systeemactoren geen onderscheid te maken tussen instellingen. Iedere thuiszorginstelling moet voldoen aan dezelfde effectiviteits en kwaliteitseisen. Hierdoor ontstaat een onvermijdelijk spanningsveld tussen het leveren van individueel aanbod op maat en landelijke standaardisering van het thuiszorgaanbod. Systeemactoren spreken van een trade-off tussen beide doelstellingen. Hoe meer ruimte een thuiszorgprofessional krijgt om naar eigen inzicht te bepalen wat een cliënt nodig heeft, des te groter de kans dat er in identieke zorgsituaties een verschillend zorgaanbod georganiseerd wordt.

Met het oog op de toekomst kwam de vervanging van arbeid door technologie ter sprake. Om het tekort op de arbeidsmarkt van thuiszorgprofessionals terug te dringen, zouden technologische innovaties ingezet kunnen worden. Technologische innovaties worden volgens een aantal respondenten nog niet ten volle benut. Wel verwachten een aantal respondenten een grote weerstand van thuiszorgprofessionals tegen deze ontwikkeling. Volgens een directeur van het CIZ zijn thuiszorgprofessionals geneigd om technologische innovaties te ridiculiseren. Hij zou graag serieus onderzoek zien dat uitzoekt voor welke doelgroepen onder welke voorwaarden technische innovaties arbeid kunnen vervangen.

Tot slot is het segmenteren naar doelgroepen een ontwikkeling die volgens de systeemactoren een grote vlucht zal gaan nemen in de thuiszorgsector. Thuiszorgaanbieders moeten hun cliënten gaan indelen in doelgroepen. Zo kunnen deze verschillende doelgroepen bediend worden met verschillende op maat gemaakte thuiszorgdiensten. Het idee van een one-size-fits-all type thuiszorg voldoet niet meer aan de behoefte van de moderne cliënt zo is de verwachting van de systeemactoren. Zij voorzien een steeds grotere behoefte aan diversiteit, waarop thuiszorgaanbieders moeten inspelen.

Wat opvalt is dat de systeemactoren veelvuldig spreken over herwaardering van de thuiszorgprofessional en het organiseren van meer regelruimte voor de professional, maar dat nog grotendeels onduidelijk is hoe dit gerealiseerd kan worden. Het debat over herwaardering van de professional heeft de systeemactoren bereikt, maar concrete beleidsacties zijn vooralsnog nauwelijks zichtbaar. De beleidsmakers lijken zich nog in een soort verkennende fase te bevinden. Daarentegen wordt wel veel nagedacht over het moderniseren van prikkels zodat ze recht doen aan de omstandigheden in de huidige thuiszorgsector. Een voorbeeld hiervan zijn de prikkels gericht op het wegwerken van de wachtlijsten voldoen niet meer aan de kwaliteitseisen die cliënten en zorgprofessionals tegenwoordig stellen in het thuiszorgveld. Prikkels om de productie van thuiszorgaanbieders te stimuleren laten het kwaliteitsaspect van de thuiszorg veelal buiten beschouwing, zo stellen de systeemactoren.

## 9. Conclusies

De voorgaande hoofdstukken waren gericht op het beschrijven van het thuiszorgstelsel, met daarbij bijzondere aandacht voor thuiszorgaanbieders en thuiszorgprofessionals. In dit concluderende hoofdstuk wordt de kunstmatige scheiding tussen de drie casussen en de theoretische inzichten opgeheven. Hierdoor kan integraal aangeduid worden hoe de verschillende casussen op elkaar doorwerken, wat de inzichten over het spanningsveld tussen systeem- en leefwereld hieraan toevoegen, en vooral, wat dit betekent voor de professionele ruimte van thuiszorgprofessionals. De conclusie is opgebouwd uit drie paragrafen die tezamen de volgende hoofdvraag beantwoorden:

**Hoe ervaren bij thuiszorg betrokken partijen de ruimte voor de thuiszorgprofessional en hoe kunnen deze ervaringen begrepen worden?**

### 9.1 Het thuiszorgstelsel en de leefwereld van de thuiszorgprofessional

Om in kaart te brengen hoe partijen in het Nederlandse thuiszorgstelsel aankijken tegen professionele ruimte is gebruik gemaakt van het onderscheid tussen de systeem- en leefwereld en het concept van professionele ruimte. Gebleken is dat de leefwereld waarin de thuiszorgprofessional haar cliënten zorg verleent, nauwelijks vertegenwoordigd is in het thuiszorgstelsel. Ondanks de consensus bij betrokken partijen over het belang van professionele ruimte voor de thuiszorgprofessional, is het thuiszorgstelsel nauwelijks ingericht op het creëren van professionele ruimte voor deze beroepsgroep.

Zowel bij het ministerie van VWS, Agis, als het CIZ werd opvallend veel gesproken over het organiseren van betere prikkels om het thuiszorgstelsel te moderniseren, zodat het voldoet aan de eisen die de huidige samenleving stelt. Zo is men bezig om prikkels te realiseren die de coördinatie binnen de keten van zorg hulpverleners moet verbeteren, zodat er beter samengewerkt wordt in de zorgketen. Agis en het ministerie van VWS zijn bezig met het wegnemen van tegengestelde prikkels die de verschillende financieringsstromen van waaruit het zorgstelsel in Nederland wordt gefinancierd weg te nemen. Daarnaast spreken de systeemactoren over prikkels om het thuiszorgstelsel te transformeren van een aanbodgericht systeem, naar een vraaggericht systeem. Er wordt aan prikkels gewerkt om het potentieel van mantelzorgers beter te benutten. Oude prikkels gericht op het wegwerken van de wachtlijsten productiemaximalisatie in de zorg moeten vervangen worden door prikkels die de kwaliteit van thuiszorg centraler stellen.

Ook wat betreft het organiseren van professionele ruimte voor thuiszorgprofessionals is men het er over eens dat er prikkels georganiseerd moeten worden om het potentieel van de thuiszorgprofessional beter te benutten. Maar hoe hier invulling aan gegeven kan worden is voor beleidsmakers nog onduidelijk, geven ze te kennen. Onder het mom van modernisering heeft de overheid de laatste decennia haar greep op de dagelijkse praktijk van de thuiszorgprofessional verstevigd. De scheiding tussen toekenning en levering van thuiszorg met de oprichting van het CIZ in 2005 is een voorbeeld van de thuiszorgprofessional die in zijn dagelijks werk steeds meer moest voldoen aan landelijke opgelegde criteria en regels. Er is inmiddels een kentering gaande in de toename van deze beheersingsstrategieën. Er heerst momenteel consensus over het belang om

thuiszorgprofessionals de ruimte te geven om tot een professioneel oordeel te komen bij het verlenen van thuiszorg aan cliënten.

Het merendeel van de eerder opgesomde prikkels die de systeemactoren willen realiseren, redeneren vanuit een bepaalde systeemlogica en kijken niet hoe het zelfregelend potentieel van thuiszorgprofessionals en thuiszorgorganisaties meer benut zou kunnen worden. Dit betekent geenszins dat de prikkels die door systeemactoren bedacht en ingevoerd worden, geen enkel belang dienen. Alleen veel van deze kunstmatige prikkels zouden mogelijk overbodig zijn, wanneer eerst gekeken wordt naar de vraag hoe het potentieel van de thuiszorgprofessional en de organisatie meer benut kunnen worden. Hoe dit mogelijk is, wordt op teruggekomen bij de aanbevelingen in het volgende hoofdstuk.

Het is begrijpelijk dat de systeemactoren geneigd zijn om knelpunten in het thuiszorgstelsel enkel aan te pakken met nieuwe of verbeterde prikkels in het systeem. Het thuiszorgsysteem is aan de hand van wet- en regelgeving veel sterker vertegenwoordigd in de leefwereld van de thuiszorgprofessional, dan dat de thuiszorgprofessional als beroepsgroep vertegenwoordigd is in het thuiszorgsysteem. De architecten van het thuiszorgsysteem, hebben daarom niet altijd even goed zicht op de mogelijkheden die thuiszorgorganisaties en professionals hebben om goede thuiszorg tegen een goede prijs te leveren. Het debat over herwaardering van de professional heeft de thuiszorgprofessional op de agenda gezet van beleidsmakers. Alleen concrete acties zijn hier nog niet uit voortgekomen.

## **9.2 Professionele ruimte van de thuiszorgprofessional**

Om een antwoord te vinden op de uitdagingen waarvoor de thuiszorgsector zich geplaatst ziet is meer mogelijk dan alleen het centraal organiseren van prikkels en regels in het thuiszorgsysteem. Een belangrijke rol is hier voor thuiszorgaanbieders weggelegd. Er bestaan grote verschillen tussen Vitras/CMD en Buurtzorg in de manier waarop professionele ruimte vorm krijgt binnen de thuiszorgorganisatie. Dit betekent dat thuiszorginstellingen relatief veel invloed kunnen uitoefenen op de manier waarop zij professionele ruimte organiseren. Het belangrijkste verschil op organisatieniveau is de manier waarop gemanaged wordt binnen thuiszorgorganisaties. Buurtzorg werkt alleen met regiocoaches, die – zoals de naam al doet vermoeden – alleen coachend en ondersteunend zijn voor de thuiszorgteams. Managers binnen Vitras/CMD vervullen uiteenlopende rollen, variërend van coachend en stimulerend, tot dwingend en sturend. Afhankelijk van de situatie kiest een manager voor één van deze rollen.

Vaak samenhangend met de managementbenadering kiest een thuiszorgorganisatie ervoor om verantwoordelijkheden al dan niet laag in de organisatie te beleggen. Binnen Buurtzorg is vrijwel de volledige verantwoordelijkheid voor de teams neergelegd bij het thuiszorgpersoneel. Zij zijn belast met zowel de algehele bedrijfsvoering als met de inhoudelijk professionele verantwoordelijkheden van het thuiszorgteam. Op deze manier probeert Buurtzorg zoveel mogelijk de kennis en know-how van haar medewerkers te benutten.

Het ontbreken van een manager die toeziet op de bedrijfsresultaten en de volledige zeggenschap over het reilen en zeilen van een team, draagt er aan bij dat Buurtzorgmedewerkers de



bureaucratische lasten slechts zeer beperkt ervaren. Ook de slimme inzet van ICT draagt bij aan beperking van de bureaucratische lasten voor de Buurtzorgmedewerker. Buurtzorgmedewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor de bedrijfsresultaten en productiviteit van het team. Hierdoor overzien ze beter de gevolgen van bijvoorbeeld overschrijdingen of tekorten op indicaties. Toegankelijke ICT ondersteunt de teamleden hierbij. Als verklaring voor de beperkte lasten stellen de Buurtzorgmedewerkers dat het feit dat ze nu zelf verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsresultaten er voor zorgt dat ze ook het belang hiervan inzien. Mocht er iets mis zijn met de bedrijfsresultaten dan kan dit real-time worden geraadpleegd op het Buurtzorgweb en indien nodig direct bijgestuurd worden.

Bij Vitras/CMD krijgt het thuiszorgpersoneel minder verantwoordelijkheden. Veel verantwoordelijkheden die bij Buurtzorg bij de wijkverpleegkundige liggen, zijn bij Vitras/CMD belegd bij de teamleider. De gedachte hierachter is dat de thuiszorgprofessional zich vooral bezig dient te houden met zorginhoudelijke taken. Alle andere zaken leiden hier juist van af, zo luidt de redentatie. Medewerkers van Vitras/CMD ervaren wel hinder van een logge bureaucratische organisatie en mogelijk.

### **9.3 Ervaringen met professionele ruimte op individueel niveau**

De autonomie van de thuiszorgprofessional is de laatste decennia ingeperkt. Zoals in de eerste paragraaf beschreven heeft de systeemlogica steeds meer paal en perk gesteld aan de autonomie van de thuiszorgprofessional. Deze verandering van de leefwereld van de thuiszorgprofessional vereist ook andere kwaliteiten van de thuiszorgprofessional. De professional moet wegwijs zijn in de verschillende financieringsstromen en het uitgebreide zorgarrangement dat beschikbaar is.

Deze veranderde omstandigheden vragen om een ander bepaald soort vakbekwaamheid van de thuiszorgprofessional. Juist door professionals veel verantwoordelijkheden geven en deel te maken van de dynamiek in de thuiszorg, kan een thuiszorgprofessional deze vakbekwaamheid ontwikkelen. Dit is terug te zien in de intrinsieke motivatie waarover medewerkers van Buurtzorg spreken. Alle respondenten geven aan het niet erg te vinden om een stapje harder te lopen voor het Buurtzorgteam waar ze deel van uitmaken. Binnen Buurtzorg krijgen thuiszorgprofessionals meer professionele ruimte dan bij Vitras/CMD. Daar krijgen

Extra *belasting* van medewerkers bij Buurtzorg wordt als prettig en – paradoxaal genoeg – als weinig belastend ervaren. Het *ontlasten* van de thuiszorgmedewerker zoals bij Vitras/CMD leidt daarentegen juist tot veel stress en een hoge werkdruk. Het ontlasten van de thuiszorgprofessional houdt in dat een manager meer verantwoordelijkheden overneemt van de thuiszorgprofessional.

## 10. Hoe nu verder?

Nu de hoofdvraag beantwoord is resten nog een aantal aanbevelingen die de verschillende partijen in de thuiszorgsector met zich mee kunnen dragen. De centrale vraag hierbij luidt: **Hoe kan professionele ruimte voor thuiszorgprofessionals in het Nederlandse thuiszorgstelsel georganiseerd worden?**

### 10.1 Hoe groot is de behoefte aan diversiteit?

Het merendeel van de bestuurders en directeuren die aan het woord kwamen in dit onderzoek hekelen het 'blauwdruk denken' in de thuiszorg. Ze zijn er van overtuigd dat er sprake is van diverse doelgroepen onder de thuiszorgclientèle. Thuiszorginstellingen zouden meer moeten inspelen op de diverse zorgbehoeften van cliënten door over te gaan van het 'blauwdruk denken' naar het zogenaamde 'doelgroep denken'. Vervolgens moeten zij – meer dan nu het geval is – hun diensten toespitsen op specifieke doelgroepen en daar hun dienstenpallet op afstemmen. Op deze manier kunnen thuiszorginstellingen focussen op dat aspect waar ze het beste in zijn, zodat ze op efficiënte wijze hoogwaardige kwaliteit leveren.

Langs de zijlijn aanschouwt Buurtzorg dit betoog met enig scepticisme. Ze denkt namelijk dat er nauwelijks diversiteit onder cliëntgroepen bestaat. Hiermee wil ze niet de verscheidenheid in achtergronden, mate van zelfredzaamheid en voorkeuren van cliënten ontkennen. Buurtzorg signaleert alleen dat ongeacht afkomst en achtergrond alle cliënten één gemeenschappelijke noemer hebben. Namelijk dat vrijwel iedere cliënt allereerst behoefte heeft aan deskundige hulp, en daarnaast op een prettige manier bejegend wil worden. Deze gemeenschappelijke noemer ziet Buurtzorg niet buurtzorg in al haar cliënttevredenheidsonderzoeken terugkomen, ongeacht achtergrond, rijkdom en persoonlijke voorkeuren van de cliënt. Een voorbeeld ter illustratie hiervan is dat er wereldwijd consensus bestaat onder medici over het feit dat één type diabetesbehandeling het beste is. Ongeacht culturele achtergrond, rijkdom en persoonlijke voorkeuren acht Buurtzorg het zeer onwaarschijnlijk dat mensen een voorkeur uitspreken voor een diabetesbehandeling die niet overeenkomt met de 'beste' diabetesbehandeling.

Bij beide stromingen lijkt enige nuancering te ontbreken. Het volledig ontkennen van diversiteit onder de doelgroep doet bijvoorbeeld geen recht de werkelijkheid. Op voorhand kan bijvoorbeeld niet uitgesloten worden dat er cliënten zijn die exact weten wat voor zorg ze wensen, doordat zij bijvoorbeeld zelf of hun familie een verpleegkundige achtergrond heeft. Het volledig ontkennen van diversiteit in de zorgvraag lijkt dus niet volledig recht te doen aan de werkelijkheid. Tegelijkertijd is er momenteel geen onomstotelijk wetenschappelijk bewijs dat cliënten enorm verschillend zijn in hun zorgbehoefte. Beleidsmakers en directeuren in dit onderzoek baseerden hun voorspellingen vooral op algemene macro-ontwikkelingen zoals individualisering en informatisering. Cliënten zouden tegenwoordig een stuk mondiger zijn, een grote behoefte aan keuzevrijheid hebben en via internet precies weten wat er allemaal te koop is in de thuiszorgwereld. Het is echter maar de vraag of deze onomstotelijke macro-ontwikkelingen door de directeuren en beleidsmakers één op één door te vertalen naar een quasi-markt als de thuiszorgsector.

## 10.2 Arbeid vervangen door technologie?

Een ander veel genoemde oplossing om de thuiszorgkosten beheersbaar te maken en tegemoet te komen aan de alsmaar toenemende krapte op de arbeidsmarkt van thuiszorgprofessionals, is de toepassing van innovatieve technieken. Meerdere respondenten die een bestuurlijke of beleidsgerelateerde functie bekleden gaven aan dat in de toepassing van technieken in de thuiszorg nog grote voortuitgang geboekt kan worden. Met name wanneer het gaat om eenvoudige handelingen zoals het slikken medicijnen of het aanzetten van steunkousen verwacht deze groep dat technologie op een veel grotere schaal dan nu, ingezet kan worden. Daarom maakten zij zich sterk voor extra investeringen in toepassing van vaak al bestaande technologische innovaties. Op deze manier zouden de kosten van thuiszorg dalen en minder handen aan het bed nodig zijn, waardoor de druk op de arbeidsmarkt mogelijk verlicht zal afnemen. Ze gaven echter wel aan dat thuiszorgprofessionals vaak geneigd zijn om deze technologische innovaties te ridiculiseren en ten onrechte volkomen ontoereikend verklaren voor toepassing in het primaire proces.

Wijkverpleegkundigen en managers van met name Buurtzorg staan sceptisch ten aanzien van technologische innovaties in de thuiszorg. Zij zijn ervan overtuigd dat technologie niet de rol van wijkverpleegkundige kan vervangen. Want hoe signaleert een geautomatiseerde pillendoos nu of de cliënt zijn pillen inneemt, of misschien wel wegspoelt door het toilet? De meerwaarde van de zorg ligt volgens hen juist in de beleving van de patiënt tijdens het aantrekken van een steunkous. Hierbij kan de wijkverpleegkundige vragen stellen als, doet het pijn en zo ja waar dan. De wijkverpleegkundige moet dit signaleren, dat kan een machine niet.

De bestuurders lijken gelijk te krijgen toen zij stelden dat wijkverpleegkundigen weinig enthousiast zijn over de inzet van technologische hulpmiddelen in de zorg. Het is natuurlijk de vraag of de beperkingen van de technologische hulpmiddelen altijd van toepassing zijn. De mogelijkheid dat technologie bijvoorbeeld een gedeelte van de handeling overneemt wordt niet in overweging genomen door wijkverpleegkundigen. Een steunkousmachine zou bijvoorbeeld zes dagen in de week kunnen helpen met het aantrekken van de steunkous, waarna de wijkverpleegkundige eens in de week langskomt om te kijken hoe zaken functioneren. De wijkverpleegkundigen lijken in een klassieke weerstandsreactie te schieten, waarbij ze weigeren om de mogelijkheden van technologische innovaties überhaupt in overweging te nemen. Tegelijkertijd omarmen beleidsmakers te enthousiast de technologische mogelijkheden, waardoor ze praktische en professionele bezwaren tegen inzet van technologie mogelijk onderschatten.

## 10.3 Vertrouwen is goedkoper

Opvallend in de reactie van respondenten is dat ze bijna allemaal erkennen dat er momenteel een soort herwaardering van de (thuiszorg)professional plaatsvindt. Ze erkennen dat een wijkverpleegkundige regelruimte nodig heeft om op een goede manier thuiszorg te kunnen leveren. Over de vraag hoe groot deze regelruimte moet zijn lopen de meningen echter zeer uiteen.

Zowel beleidsmakers, als directies van het CIZ en managers binnen Vitras/CMD en Buurtzorg erkennen dat het 'vrij lastig is een professional zijn werk slecht te laten doen'. Als onderbouwing hiervoor wordt vastgesteld dat vrijwel iedere zorgprofessional niet voor de thuiszorg heeft gekozen

omdat hij of zij graag een luxe positie wil bekleden, maar vooral omdat de thuiszorgprofessional graag voor andere mensen wil zorgen. De wijkverpleegkundigen bevestigen dit beeld door dit als belangrijkste motivator voor hun baankeuze aan te dragen.

Vreemd genoeg komt het creëren van meer regelruimte voor de thuiszorgprofessional nauwelijks voor in de concrete toekomstplannen van beleidsmakers. Dit is opvallend, aangezien op organisatieniveau er zeer veel tekenen zijn om aan te nemen dat een dergelijk organisatiemodel enorme kostenbesparingen in de thuiszorg met zich meebrengt. Hier lijken beleidsmakers dan ook een enorme kans te missen, die verder wordt uitgewerkt in de volgende paragraaf.

#### **10.4 Het organiseren van lokale kracht**

Binnen thuiszorgorganisaties lijkt het besef te bestaan dat een strak geregelde organisatie waarin alle taken en verantwoordelijkheden van de thuiszorgprofessional vastliggen niet direct bijdraagt aan een efficiënte en kwalitatief hoogstaande manier van thuiszorg leveren. Zowel managers als thuiszorgpersoneel geven aan overtuigd te zijn van het belang om de lokale kracht en kennis van de werkvloer zo optimaal mogelijk te benutten.

Wel zijn er grote verschillen in de manier waarop thuiszorgorganisaties dit denken te realiseren. Vitras/CMD probeert dit te realiseren in kleine lokaal opererende teams, waarbij de organisatie dichtbij de praktijk van de zorgbehandeling plaatsvindt. In deze lokale teams zoekt Vitras/CMD een tussenweg in het benutten van de lokale kracht en kennis van haar personeel, zonder hen ook direct eindverantwoordelijke te maken in het proces. Deze eindverantwoordelijkheid voor de teams ligt bij een manager, of teamleider.

Een aantal respondenten binnen Vitras/CMD geven aan dat het mobiliseren van lokale kennis en kracht niet altijd even vlekkeloos verloopt. Zowel medewerkers als managers geven te kennen regelmatig hinder te ondervinden van een logge bureaucratische organisatie met onnodige administratieve lasten. Daarnaast merken een aantal wijkverpleegkundigen op dat de grote druk om zo efficiënt mogelijk hun diensten te leveren ten koste gaat van de kwaliteit en de arbeidsvreugde. Er is steeds minder tijd voor patiëntoverleggen en tegelijkertijd moeten erg veel zaken geregistreerd en verantwoord worden.

Ook Buurtzorg vindt het van groot belang om de cliënt als middelpunt van de zorgverlening te zien. Om dit te bereiken is de zorginhoud en zorgorganisatie volledig belegd bij de thuiszorgprofessional. Hierdoor staat de relatie tussen cliënt en professional centraal. Dit gebeurt vanuit de overtuiging dat het vrijwel onmogelijk is om een zorgprofessional zijn werk slecht te laten doen. De redenatie hierbij is, hoe meer regelruimte er voor de professional ontstaat, des meer ruimte hij heeft om kwalitatief goede zorg op te zetten. Volgens Buurtzorg zal een zelfstandig opererende professional niet geneigd zijn bovengemiddeld veel zorg te leveren ten behoeve van een zo hoog mogelijke kwaliteit. Integendeel, een zelfstandige professional, zal ernaar streven om de cliënt zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren en zit dit streven als onderdeel van het leveren van kwaliteit. In dit kader is 'ontzorgen' een belangrijke doelstelling binnen Buurtzorg. Niet eindeloos zorg blijven verlenen, maar juist kijken

naar wat zijn de mogelijkheden in de omgeving en vriendenkring van de cliënt, wanneer het gaat om het bepalen van de zorgbehoefte.

Wat opvalt is dat beide organisaties betogen de cliënt centraal te stellen en naar eigen zeggen altijd zoeken naar lokale oplossingen voor de zorgvraag van de cliënt. Tegelijkertijd wordt op drastisch verschillende wijze de inrichting van de organisatie afgestemd op deze doelstellingen. Vitras/CMD wil de lokale kracht benutten, maar tegelijkertijd moet haar thuiszorgpersoneel verantwoording afleggen aan

### **10.5 De zorgprofessional als generalist**

Momenteel bestaan er een vijftal functiedifferentiaties van thuiszorgprofessionals. Deze variëren van laaggeschoolde, tot relatief hooggeschoolde functieprofielen. Deze differentiaties zijn ontstaan vanuit de gedachte dat eenvoudige handelingen niet per se door duur hoogopgeleid verpleegkundig personeel gedaan hoeven te worden. Dit zou kostenbesparingen opleveren, waardoor een efficiënter thuiszorgsysteem ontstaat. Het tegendeel is echter waar. Door allerlei kleine handelingen aan één bed te laten verrichten verschijnen er veel verschillende 'handen aan hetzelfde bed'. Hierdoor zijn de kosten per saldo vaak hoger en krijgt de cliënt met onnodig veel mensen geconfronteerd.

Een hoogopgeleide generalistische wijkverpleegkundige is daarentegen getraind om verschillende problemen vroegtijdig te signaleren en met elkaar in verband te brengen. Met slechts één generalistische wijkverpleegkundigen in de lead kan daardoor meer recht gedaan worden aan vaak meervoudige zorgvragen van de cliënt en zijn er niet onnodig veel mensen betrokken bij de zorgvraag.

Een respondent sprak van een nieuwe strijd tussen arbeid en kapitaal als volgende megatrend na individualisering en informatisering. Uiteraard is nu nog niet vast te stellen of dit daadwerkelijk gaat gebeuren, maar wat op grond van dit onderzoek wel vastgesteld kan worden is dat de potentie van arbeid momenteel onvoldoende benut wordt in de thuiszorgsector.

### **10.6 De thuiszorgprofessional: niet uitkleden, maar aankleden!**

Nu is het moment aangebroken waarop een antwoord gegeven kan worden op de hoofdvraag:

**Hoe kan professionele ruimte voor zorgprofessionals in het thuiszorgstelsel georganiseerd worden?**

Vanuit de volgende drie niveaus kan hier iets over gezegd worden: het macro-, meso-, en microniveau. De belangrijkste conclusie is dat het potentieel van de thuiszorgprofessional vaak onderbelicht blijft, waardoor oplossingen voor problemen waar de Nederlandse thuiszorgsector mee kampt vaak onderbelicht blijven. Het thuiszorgstelsel is de afgelopen decennia uitermate complexe metamorfoses ondergaan. Steeds meer kwaliteitskeurmerken en grote druk om de thuiszorg efficiënt in te richten hebben geleid tot een wirwar van regels en protocollen waaraan voldaan moet worden. De thuiszorgprofessional is hierbij uiteindelijk het kind van de rekening. Thuiszorginstellingen hebben

productiedoelstellingen gekregen en vanuit bedrijfsmatige overwegingen is een uitgebreide planning- en control cyclus opgetuigd. Dit is niet alleen nadelig voor de relatie tussen cliënt en thuiszorgprofessional, maar zet ook de verhoudingen in het thuiszorgsysteem op scherp.

Op macroniveau is de complexiteit van zorgverzekeringen (AWBZ, Wmo en Zvw) enorm toegenomen. Het gehele systeem is gericht op beheersing van de thuiszorgkosten en het creëren van prikkels voor thuiszorgaanbieders om zowel de kwaliteit als efficiëntie te bevorderen. De fout die hier gemaakt wordt is niet zozeer het streven naar kwaliteit en het beperken van de kosten, maar wel de manier waarop dit nagestreefd wordt. Het huidige systeem is gebaseerd op rationele beheersing en controle van de thuiszorgsector. Dit heeft tot gevolg dat de bestuurlijke realiteit is doorgedrongen tot de werkvloer van de thuiszorgprofessional. De leefwereld van de thuiszorgprofessional laat zich alleen niet altijd vangen in rationele kwantificeerbare kwaliteits- en efficiëntiecriteria vanuit het systeem. Dit betekent niet dat deze lastig kwantificeerbare handelingen professionele handelingen van de ook daadwerkelijk overbodig en daarmee een kwestie van verspilling zijn. Integendeel, de kwaliteit van thuiszorg wordt in grote mate bepaald door zorgwaarden als: compassie, persoonlijke relaties en deskundigheid van de professional, zo bleek uit de interviews. Dit zijn waarden die zich moeilijk laten vangen in kwantificeerbare kwaliteitskeurmerken, of indicatieprotocollen van het CIZ. Toch is dit wat bestuurders lange tijd geprobeerd hebben.

Daarnaast voorziet de overheid een enorme toename in de behoefte aan diversiteit onder cliënten in de thuiszorg. Ontwikkelingen als individualisering en informatisering zullen echter niet één op één vertaald kunnen worden naar de thuiszorgsector. Het is discutabel in zorgvraag zal toenemen. Immers wil het merendeel van de cliënten waarschijnlijk zo deskundig mogelijk behandeld worden, waarbij er ook sprake is van een prettige bejegening vanuit het perspectief van de cliënt. Het is dus maar de vraag in hoeverre deze ontwikkeling daadwerkelijk zal doorzetten.

Juist door het systeemdenken met haar bestuurlijke logica zoveel mogelijk te beperken op de werkvloer, kan er veel winst geboekt worden op het gebied van kwaliteit en efficiëntie. Ruimte voor de professional creëert mogelijkheden voor de professional om maatwerk te leveren aan cliënten in de zorgverlening. Buurtzorg is hier het levende bewijs van. Door thuiszorgprofessionals in kleinschalige zelfstandige teams te laten opereren krijgen zij weer de ruimte om hun functie uit te voeren zoals ze dat als professional wensen.

Ook met oog op de kosten kan ruimte voor de professional mogelijkheden bieden. Een mogelijk gevaar van zelfstandig opererende teams is dat niemand toe kan zien op de kwaliteit van zorg. De transformatie van het CIZ van indicatiesteller naar toezichthouder die steekproefsgewijs controleert of thuiszorgprofessionals rechtmatig indiceren is dan ook een positieve ontwikkeling. Ze belemmert de professional niet belemmert in zijn dagelijkse werkzaamheden, maar kan wel eventueel onverantwoordelijk gedrag signaleren. Thuiszorgorganisaties moeten weer terug naar 'de basics'. Iedere medewerker binnen een thuiszorgorganisatie moet zich afvragen op welke wijze hij of zij bijdraagt aan het primaire proces. Managers moeten niet iedere handeling accorderen van de professional, maar deze juist de ruimte geven om zelf invulling te geven aan zijn of haar taak. De

thuiszorgprofessional staat immers het meest dichtbij de patiënt en kan daardoor het beste inschatten waar de cliënt behoefte aan heeft.

# Literatuurlijst

## Boeken

- Baart, A., (2003), *Theorie van de presentie*, Lemma, Utrecht
- Castells, M., (1996), *The Information Age : Economy, Society and Culture, Part 1, The Rise of the Network Society*, Blackwell, Massachusetts
- Elteren, A. van, Kunneman, H.P., Rozing, M. (2006), *Thuiszorg in Transitie*, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek University Press/SWP
- Giddens, A., (1991), *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge
- Gibbons, M, Loges, C., Nowotny, H. e.a. (1995), *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies* , Sage Publications, New York
- Giddens, A. Pierson, C., (1998), *Conversations with Anthony Giddens, Making Sense of Modernity*, Stanford University Press
- Habermas, J., (1981), *Theorie des Kommunikativen Handelns*, 2 Bände, Frankfurt a.Main
- Halsema, F. & B. Snels (red.), (2005), *Vrijheid als ideaal*, Uitg. Sun, Amsterdam
- Houten, D. van, (2004), *De gevarieerde samenleving*, De Tijdstroom, Utrecht
- Kunneman, H., (1996), *Van theemutscultuur naar walkman-ego*, Boom, Amsterdam
- Manenschijn, G., (1999), *De mythe van de autonomie*, Kok, Kampen
- Roggen, T., (2004), *Omgangskwaliteit voor orthopedagogen, Pleidooi voor een normatieve professionaliteit*, Uitg. Agiel, Utrecht
- Smaling, A, (1987), *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*, Lisse
- Sossin, L., (2007), *Dilemmas of Solidarity* Canadian Journal of Political Science (2007), 40:4:1075-1076 Cambridge University Press, Cambridge University Press
- Storme, M.E., (2005), *De juridisering van sociale verhoudingen van de negentiende eeuw tot vandaag*, Davidsfonds Leuven 2002, p. 78-121
- Touraine, A., (1997), *Can We Live Together? Equality and Difference*, Polity Press
- Tronto, J., *Moral Boundaries*, (1993), *A political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York/London
- Veen, R. van der, (2010) *A managerial assault on professionalism? The role of professionals in a changing welfare state with the Netherlands as an example*, professor of Sociology of Labour and Organisation
- Verbruggen, A., (2004), *Tijd van onbehagen*, Uitg. Sun, Amsterdam
- Vries, B. de, (2005), *Overmoed en onbehagen*, Uitg. Bert Nakker Amsterdam
- Vries, G. de, (2006), *De gezondheidszorg onder druk: vitaliserende spanning in het middengebied van organisaties, een bedrijfskundige benadering*, Bohn Stafleu van Loghum,



## Artikelen

- Hasenfeld, Y., (1992), Human services as complex organizations, SAGE Publications Inc | 2nd Revised edition
- Meyer, D. S., (2004), Contemporary Sociology Vol. 33, No. 1, pp. 39-40 Published by: American Sociological Association

## Documenten

- Actiz (2010) De Wijkverpleegkundige in de eerstelijns: nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven, auteur Henk Nouws, Ruimte voor zorg bv 2010
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, (1987), Bereidheid tot verandering, Den Haag
- Dijsselbloem, H., Meurs, P.M. en Schrijvers, E.K., (2004), Maatschappelijke dienstverlening, een onderzoek naar vijf maatschappelijke sectoren, Amsterdam University Press
- Ministerie VWS, (2009), Zorg voor mensen, mensen voor Zorg, Zorginnovatieplatform
- NIVEL, (2007), Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, SCP, (2008),
- SCP, (2008), De staat van de publieke dienst, SCP Den Haag
- SCP, (2009), Ramingen van de vraag naar personeel in verpleging en verzorging tot 2030, SCP Den Haag
- SCP, (2009), Vergrijzing, Verpleging, Verzorging, SCP Den Haag
- SCP, (2010), Zorgen voor Zorg, SCP Den Haag
- VWS (2009), Brief 9 juni 2009 VWS: Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning
- WRR Rapport, Bewijzen van goede dienstverlening, (2004), University Press Amsterdam
- Sociaal Economische Raad (SER), 2008: Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ,

## Media

- Volkskrant, borstkanker onderzoek:  
<http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2672/WetenschapGezondheid/article/detail/1033390/2010/10/15/An-gst-en-woede-na-publicatie-borstkankerlijst-CZ.dhtml>

## Websites:

- Buurtzorg staat model voor thuiszorg, (2010),  
<http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/Buurtzorg-staat-model-voor-thuiszorg.htm>
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), (2010),  
<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/contracteerruimte-awbz/>
- Stichting beroepseer, werken met moed en vertrouwen,  
<http://beroepseer.nl/nl/over-ons/beschrijving>

- Thuiszorg, ondoordringbare bureaucratisch jungle, (6 juni 2010),  
<http://www.eenvandaag.nl/>
- Tweede Kamer wil af van aanbesteden thuiszorg (2009),  
<http://www.zorgwelzijn.nl/web/Actueel/Nieuws/Tweede-Kamer-wil-af-van-aanbesteden-thuiszorg.htm>
- Wat doet ActiZ,  
[www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)
- Werken aan een transitiebeweging? (2010),  
<http://www.transitieprogramma.nl/experimenten/default.aspx?referrer=%2forganisatie%2fdefault.aspx%3freferrer%3d%252farena%252f8%252fdefault.aspx>
- Zorgmedewerkers hebben genoeg van marktwerking,  
<http://www.zorggeenmarkt.nl/>

# Bijlagen

**BIJLAGE 1 Operationalisatie**

## BIJLAGE 2 Codingtree Maxqda

Code System [1472]

    Buurtzorg [563]

        Benadering van de cliënt [48]

Rol van het management [152]

Inrichting van de organisatie [167]

    Buurtzorg in de zorgketen [44]

toekomstperspectief [98]

Werkdruk [44]

Professionele ruimte [45]

    Vitras/CMD [395]

        Benadering van de cliënt [78]

Rol van het management [33]

Inrichting van de organisatie [134]

    Buurtzorg in de zorgketen [35]

toekomstperspectief [20]

Werkdruk [25]

Professionele ruimte [95]

    Systeemactoren [514]

        Samenwerking in de keten [136]

        Professionele ruimte [67]

        Financiering [89]

        Toekomstige ontwikkelingen [67]

        Prikkel [27]

        Technologie [35]

        Vergrijzing [42]

        Arbeidsproductiviteit [44]

        Marktwerking [98]

    Overig [178]

Sets [0]