

VAN UNIFORM NAAR VERSCHEIDENHEID

ONDERZOEK NAAR VERANDERINGEN IN DE ORGANISATIE VAN ARBEID IN EEN NIEUW
ZORGCONCEPT BINNEN DE OUDERENZORG

POSTBUS 1045
6801 BA ARNHEM

Loesje

**DE TOUWTJES
IN HANDEN NEMEN**

**DE EINDJES
AAN ELKAAR
KNOPEN**

**EN DE KNOPEN
DOORHAKKEN**

MASTERSCRIPTIE F.L. VAN BEEK, SEPTEMBER 2011

TITEL

Van uniform naar verscheidenheid

Onderzoek naar veranderingen in de organisatie van arbeid in een nieuw zorgconcept binnen de ouderenzorg

OPLEIDING

Master Strategisch Human Resource Management
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Universiteit Utrecht

STUDENT

Floor van Beek – 3165507
floorvanbeek@hotmail.com
Utrecht

DOCENT

Dr. Rik van Berkel

VOORWOORD

Eindelijk is het zo ver. Het heeft even geduurd maar nu is het dan ook helemaal af: mijn masterscriptie. Ruim een half jaar heeft dit document mij week in week uit beziggehouden. Deze scriptie heeft mij verschillende moment gebracht: momenten waarop ik met trots terug keek op wat ik geschreven had maar ook momenten waarop ik dacht dat het nooit wat zou worden. Nu het dan helemaal compleet voor mij ligt heeft gelukkig het eerste gevoel de overhand.

In het voorwoord hoort een woord van dank. Ik wil graag een aantal mensen bedanken zonder wie deze scriptie niet geworden was wat het nu is.

Allereerst wil ik de onderzoeksorganisatie bedanken die mij de gelegenheid heeft gegeven mijn onderzoek bij hun uit te voeren. Zoals bekend is tijd in de zorg schaars en ik waardeer het dan ook ten zeerste dat zij tijd vrij hebben gemaakt voor de gehouden interviews. Daarnaast wil ik al mijn respondenten bedanken voor hun openheid en de leuke interviews die ik gehad heb. Daarnaast wil ik Carlijn bedanken voor al haar input. Naast dat deze inhoudelijk zeer waardevol is geweest wil ik haar ook bedanken voor haar toewijding in haar begeleiding. Ik denk dat je hiervan mag spreken als je op je vrije zondagavond via de whatsapp nog even een aantal aanbevelingen doet. Daarnaast wil ik mijn begeleider Rik bedanken. Hoewel in het begin de moed mij in de schoenen zakte als ik zijn uitvoerige feedback terugkreeg, went dit naar verloop van tijd en ben ik zeer blij met zijn geleverde input. Ook zijn zeer snelle reactie op vragen en ingeleverde stukken moet worden genoemd. Mijn vertraging heeft daar in ieder geval niet aan gelegen! Verder wil ik Anne bedanken voor alle zeer zinvolle lunchafspraken welke naast de inhoudelijke bijdrage ook erg prettig waren om scriptiefrustraties te delen.

Als laatste een woord van dank richting mijn familie en vrienden voor hun steun, afleiding en het in perspectief plaatsen van het schrijven van een scriptie. Dank jullie wel.

Ik hoop dat de lezers mijn scriptie met genoeg zullen bekijken.

Floor van Beek
September, 2011

SAMENVATTING

In Nederland groeit de vraag naar ouderenzorg. Mensen worden steeds ouder en naarmate zij ouder worden, wordt in toenemende mate beroep gedaan op de geïnstitutionaliseerde zorg. Binnen deze zorg is de afgelopen jaren een beweging te zien naar een nieuw zorgconcept: kleinschalig wonen. Dit nieuwe zorgconcept brengt veel voordelen met zich mee zoals een beter welzijn voor bewoners. Met name voor ouderen met dementie wordt deze manier van het aanbieden van zorg steeds meer ingezet.

In het huidige onderzoek is veel aandacht voor de effecten die deze nieuwe manier van zorg aanbieden heeft op bewoners. Echter, voor medewerkers veranderd ook een en ander aangezien de dienstverlening aan de klant anders wordt. In dit onderzoek is dan ook gekeken naar de kansen en bedreigingen die worden gevormd door de nieuwe manier van het organiseren van arbeid welke meekomt met de kleinschalige woonvormen.

Dit onderzoek is gedaan namens een consultancy bureau wat zich gespecialiseerd heeft in HR vraagstukken. De aanleiding was dat zij veel vragen vanuit hun klanten kregen over wat speelt rondom de overgang naar een kleinschalige woonvorm. Het onderzoek is vervolgens gehouden bij een ouderenzorginstelling welke de overgang naar de nieuwe woonvorm reeds gemaakt heeft. Gezien het feit dat over het specifieke onderzoeksonderwerp nog niet veel literatuur aanwezig was, is gekozen voor een kwalitatief en explorerend onderzoek. Er zijn vier leden uit het organisatiemanagement en elf medewerkers die directe zorg verlenen geïnterviewd. Medewerkers waren afkomstig van twee verschillende afdelingen; een heeft net de overgang naar de nieuwe manier van zorg verlenen gemaakt, de andere afdeling vijf jaar geleden.

Voordat het kleinschalige wonen werd ingevoerd werd op een grootschalige manier gewerkt. In het kort kan gesteld worden dat de grootschalige woonvorm moet worden gezien in de schaalgrote (veel bewoners op een afdeling, veel verschillend personeel) maar ook in een meer onpersoonlijke sfeer. Daarnaast past hierin de bewoner zich aan de organisatie aan. De bewoner wordt gezien als zieke en krijgt dan ook een medisch benadering. In reactie op deze manier van zorg verlenen is de kleinschalige woonvorm opgekomen: minder mensen wonen en minder verschillende personeel werkt op een afdeling. Er wordt op een meer vraaggerichte manier gewerkt waardoor de organisatie zich aanpast aan de bewoner. Niet het medische maar het sociale aspect staat centraal in de zorg en er is veel aandacht voor de sfeer.

In dit onderzoek is een theoretisch verkenning gemaakt van het begrip organisatie van arbeid. Dit is gedaan op drie verschillende niveaus: het organisatie, groeps-, en individueel niveau. Op organisatieniveau is gekeken naar de horizontale en verticale verdeling van het werk en is gebruik gemaakt de organisatiemodellen van Mintzberg (Mintzberg in Bolman en Deal, 2003). Op groepsniveau is gekeken naar specialisatie, hiërarchie en formalisering binnen het team (Bunderson & Boumgarden, 2010; Hall, 1999). Als laatste is op individueel niveau gebruik gemaakt van literatuur over job design (Kluytmans, 2005) en het job characteristics model van Hackman & Oldham (1975).

Uit de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers uiteenlopende meningen hebben over veranderingen op de drie niveaus. De managementgroep is meer unaniem van mening. Op organisatie niveau is te zien dat ten opzicht van het grootschalige wonen, de organisatie nu minder hiërarchisch is en er sprake is de specialisatie van taken is afgenomen. Meer ruimte wordt gegeven aan de werkvloer om beslissingen te nemen, deze wordt echter niet altijd gepakt. Op teamniveau is te zien dat alle teamleden meer gelijk staan aan elkaar, het team zelf meer beslissingsbevoegdheid krijgt en de leidinggevende zich terugtrekt. Er lijkt een verschuiving gaande van een hiërarchisch team naar een zelfsturend team. Op individueel niveau geven medewerkers aan een meer divers takenpakket te hebben gekregen. Het management geeft aan dat op dit niveau nieuwe vaardigheden nodig zijn, door medewerkers wordt dit niet zo beleefd. Medewerkers hebben daarnaast meer zicht op de uitkomsten van hun werk en kunnen nu meer betekenen voor bewoners. De diverse veranderingen zouden er aan moeten bijdragen dat de zorg op een vraaggericht manier kan worden aangeboden en dat de zorg een meer persoonlijke inslag krijgt.

Uit de bovenstaande veranderingen in de arbeid komen een aantal uitdagingen en kansen naar voren. Het nieuwe concept biedt mogelijkheid tot verrijking van de functie aangezien nieuwe competenties aangesproken worden. Voorwaarde hiervoor is wel dat voor medewerkers duidelijk is wat het nieuwe concept exact inhoudt zodat ze de nieuwe manier van werken niet enkel als werkverzwaring ervaren. Verder moeten medewerkers in staat gesteld worden het concept volledig uit te voeren. Indien de uitvoering van het concept niet eenduidig is en medewerkers teveel gebonden blijven aan regels werkt dit demotiverend. Daarnaast moet het management de ruimte om vraaggericht te kunnen werken durven geven en moeten medewerkers begeleidt worden in het pakken van deze nieuwe ruimte. Als laatste wordt door medewerkers als bedreiging ervaren dat zij nu alleen verantwoordelijk zijn voor een groep bewoners; hierdoor hebben zij het gevoel de veiligheid niet te kunnen waarborgen. Het merendeel van de bovenstaande punten kan zowel als kans als ook als bedreiging uitpakken. De kunst is dan ook deze punten dusdanig sturing te geven dat deze uitpakken als kans.

INHOUD

Voorwoord	4
Samenvatting	6
Inhoud	8
Inleiding	12
Probleemstelling, doelstelling en relevantie van het onderzoek	15
2.1 Probleem- en vraagstelling	15
2.2 Doelstelling	15
2.3 Relevantie	15
2.3.1 Praktische relevantie	15
2.3.2 Theoretische relevantie	16
Achtergrondinformatie rondom onderzoeksorganisatie en de zorgbranche	17
3.1 Beschrijving van de organisatie	17
3.1.1 De organisatie	17
3.1.2 Missie & visie van de organisatie	17
3.1.3 De publieke dimensie van de organisatie	17
3.1.4 De medewerkers van de organisatie	18
3.2 Dementie in Nederland	18
3.2.1 Mantelzorgers & Moment overgang huis naar institutie	19
3.3 Eigenschappen van werken in de zorg	20
3.4 Beschrijving van de zorgbranche	20
3.4.1 Zorg in Nederland	20
3.4.2 Ontwikkelingen in de branche	21
3.5 De ontwikkeling van kleinschalig wonen in de branche: groeispurt	22
3.6 De ontwikkeling van kleinschalig wonen in de organisatie	22
3.6.1 De invoering van kleinschalig wonen	22
3.6.2 Het doel van kleinschalig wonen	23
Definitie van groot- en kleinschalig wonen	24
4.1 Inleiding	24
4.2 Zorgfilosofie	24
4.2.1 Het medisch concept	24
4.2.2 Person centered care & culture change	25
4.3 Ziekenhuismodel en pcc & cc in de praktijk	26
4.3.1 Grootschalige zorg	26
4.3.2 Kleinschalig wonen	26

Theoretisch kader	28
5.1 Inleiding	28
5.2 Dienstverlenende modellen	28
5.2.1 Ontwikkelingen in dienstverlenende organisaties	28
5.2.2 Dienstverleningsmodel	29
5.2.3 Verschuivingen binnen het zorgarrangementen model	29
5.2.3.1 Intramurale arrangementen	30
5.2.3.2 Personennetwerken	30
5.3 Veranderingen in de organisatie van arbeid	30
5.3.1 Naar aanleiding van het nieuwe dienstverleningsmodel	31
5.3.1.1 Individueel niveau	31
5.3.1.2 Groepsniveau	31
5.3.1.3 Organisatie niveau	32
5.3.2 Naar aanleiding van de literatuur over zorgconcepten	32
5.4 De organisatie van arbeid	33
5.5 De organisatie van arbeid op organisatie niveau	33
5.5.1 Organization Design	33
5.5.2 Organisatiemodellen	34
5.5.3 Transitie zorgconcept op organisatie niveau	37
5.6 De organisatie van arbeid op groepsniveau	38
5.6.1 Van individueel- naar groepsniveau	38
5.6.2 Teamstructuur	38
5.6.3 Verschuiving in de teamstructuur	39
5.6.4 Soorten teams	39
5.6.5 Transitie zorgconcept op groepsniveau	40
5.7 De organisatie van arbeid op individueel niveau	42
5.7.1 Job Design	42
5.7.1.1 Functiesimplificatie	42
5.7.1.2 Functieverbreding	43
5.7.1.3 Functieverrijking	43
5.7.2 Het Job Characteristics Model	43
5.7.3 Transitie zorgconcept op individueel niveau	44
5.7.3.1 Job Design	44
5.7.3.2 Job Characteristics Model	45
5.8 Afsluiting	47
Verantwoording van de onderzoeksmethoden	48
6.1 Wetenschapsfilosofische overtuiging	48
6.2 Kwalitatief onderzoek	48
6.3 Case Study	49
6.4 Methode van dataverzameling	49
6.4.1 Individuele interviews	49
6.4.2 Documentanalyse	50
6.4.3 Observaties	51
6.5 Keuze respondenten	51
6.6 Data-analyse	52
6.6.1 Verhouding empirie en theorie	53

6.6.2 Uiteenrafelen: open en axiaal coderen	53
6.6.3 Structureren: selectief coderen	53
6.7 Betrouwbaarheid & validiteit	53
6.7.1 Betrouwbaarheid	53
6.7.2 Validiteit	54
6.7.3 De rol van de onderzoeker	54
Resultaten	56
7.1 Inleiding	56
7.2 Veranderingen in de organisatie	56
7.3 Van grootschalig naar kleinschalig: het bewonersperspectief	58
7.3.1 Management	58
7.3.2 Medewerkers	60
7.3.2.1 Vraaggerichte zorg	60
7.3.2.2 Aantal bewoners per unit	63
7.3.2.3 Activiteiten	63
7.3.2.4 Aandacht	64
7.3.2.5 Sfeer	64
7.3.3 Kwaliteit van zorg	66
7.3.4 Medewerkers & Management	66
7.4 Werkzaamheden	66
7.4.1 Management	67
7.4.2 Medewerkers	68
7.4.2.1 Bestaande werkzaamheden	68
7.4.2.1.1 ADL	68
7.4.2.1.2 Aandacht schenken	68
7.4.2.1.3 Familie	69
7.4.2.1.4 Locatie werkzaamheden	70
7.4.2.2 Nieuwe werkzaamheden	70
7.4.2.2.1 Huishoudelijke taken	70
7.4.2.2.2 Voeding	71
7.4.2.2.3 Toezicht houden	73
7.4.2.2.4 Vraaggericht werken	73
7.4.2.3 Vaardigheden	74
7.4.3 Medewerkers & Management	75
7.5 Samenwerking en Sturing	75
7.5.1 Management	75
7.5.2 Medewerkers	78
7.5.2.1 Bezetting	78
7.5.2.2 Taakverdeling	79
7.5.2.3 Hiërarchie & aansturing	79
7.5.2.4 Beslissingen nemen	81
7.5.3 Medewerkers & Management	81
7.6 De invoering	82
7.6.1 Management	82
7.6.2 Medewerkers	84

7.6.2.1 Verwachtingen	84
7.6.2.2 Inspraak	84
7.6.2.3 Ondersteuning	85
7.6.2.4 Uitvoering concept	86
7.6.3 Medewerkers & Management	87
Conclusie	88
8.1 Inleiding	88
8.2 Veranderingen in de zorg	88
8.3 Veranderingen in de organisatie van arbeid	90
8.3.1 Organisatieniveau	90
8.3.2 Groepsniveau	90
8.3.3 Individueel niveau	91
8.4 Bedreigingen & Kansen	94
8.4.1 Helderheid over het concept	94
8.4.2 Mogelijkheid om het concept uit te voeren	94
8.4.3 Ruimte geven en pakken	95
8.4.4 Van taakverbreding naar taakverrijking	95
8.4.5 Kwetsbaarheid nieuwe manier van organisatie van arbeid	95
8.4.6 Afsluiting	96
8.5 Punten van aandacht	96
8.6 Afsluiting	98
Discussie	99
9.1 Inleiding	99
9.2 Inhoudelijke discussie	99
9.3 Algemene discussie	100
Referentielijst	102
Bijlagen	105
Bijlage 1: Topiclijst medewerkers	105
Bijlage 2: Topiclijst management	107
Bijlage 3: Topiclijst leidinggevenden	109
Bijlage 4: Paper Publieke Dimensie	111

INLEIDING

Eind 2010 waren er onder de Nederlandse bevolking 2,6 miljoen 65 plussers (www.cbs.nl). De schattingen over het aantal dementerenden onder hen lopen uiteen van 200.000 tot 270.000 (www.alzheimer-nederland.nl; te Boekhorst e.a., 2008; van Hoof, 2009). Een groot deel van deze patiënten wordt thuis verzorgd en uit onderzoek is gebleken dat het overgrote deel van de mantelzorgers door deze verantwoordelijkheid overbelast wordt. Dit gegeven en door het feit dat een deel van de patiënten niet (meer) thuis behandeld kan worden is de vraag naar geïnstitutionaliseerde zorg voor mensen met een psychogeriatrische (PG) aandoening groot (www.alzheimer-nederland.nl).

Op 20 januari 2009 schreef toenmalig staatssecretaris van het ministerie van VWS een brief naar de Tweede Kamer betreffende het stimuleren van kleinschalige woonvormen voor ouderen die leiden aan een vorm van dementie. De reden dat zij over is gegaan tot het stimuleren van deze woonvorm is dat het een zeer positief effect blijkt te hebben op het welzijn van de bewoners in vergelijking met de eerdere grootschalige woonvormen (Brief staatssecretaris Bussemakers, 20-01-2009). Verder wil zij op deze manier bijdragen aan de toenemende vraag naar zorg voor dementerenden en kan door deze manier van wonen tegemoet worden gekomen aan de diversiteit die bestaat onder de patiënten. Ook op bijvoorbeeld provinciaal niveau is aandacht voor kleinschalig wonen. Ook hier zijn stimuleringsmaatregelen aan verbonden (www.utrecht.regelingenbank.eu).

Kleinschalig wonen staat binnen de langdurige zorg in de belangstelling. Sinds enkele jaren is een ontwikkeling in de ouderenzorg te zien waarbij sprake is van een overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen (Arbeid in zorg en welzijn, 2009). Naast dat dit wordt gestimuleerd door de overheid, neemt ook de vraag naar deze vorm van langdurige zorg toe. De positieve effecten die deze vorm van ouderenzorg met zich meebrengt zijn aantrekkelijk. Zo zou de kwaliteit van leven voor bewoners toenemen door deze nieuwe vorm van zorg. Daarnaast brengt het ook positieve effecten mee voor medewerkers: zij ervaren minder stress en hun intentie om de organisatie te verlaten neemt af (Myers, 2009; te Boekhorst, 2008). Om de bovenstaande redenen is het niet verwonderlijk dat veel aandacht bestaat voor dit zorgconcept.

Concreet zal dit onderzoek gaan over de kansen en bedreigingen die de medewerkers en het management van organisatie x hebben ervaren in de overgang van een grootschalige naar een kleinschalige woonvorm. Hierbij is aandacht voor het overgaan naar een nieuw organisatiedoel. Waar eerder de klant zich voegde naar de organisatie en het uitgangspunt efficiëntie en effectiviteit was, komt nu de focus te liggen op het verlenen van klantgerichte zorg.

Het onderzoek is gehouden in het kader van een masterthesis voor de opleiding Strategisch Human Resource Management aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap. Binnen het strategisch HRM worden medewerkers gezien als het belangrijkste kapitaal van de organisatie. Medewerkers zijn een zeer belangrijke factor om organisatiedoelen te behalen. Indien het organisatiedoel verandert is het essentieel dat medewerkers mee worden genomen in deze omslag en mee werken aan dit nieuwe organisatiedoel. Boxall & Purcell beschrijven drie factoren die van belang zijn met betrekking tot HRM om organisatiedoelen te bereiken. Deze hebben zij gevat in het AMO model wat staat voor Abilities, Motivation en Opportunities. Medewerkers moeten beschikken over de

juiste kennis en vaardigheden om een organisatiedoel te behalen. Daarnaast moeten zij beschikken over voldoende motivatie om hier aan bij te dragen en als laatste moet hen de mogelijkheid geboden worden om aan dit organisatiedoel te werken. In dit onderzoek zal aandacht worden besteed aan wat medewerkers als kansen en bedreigingen ervaren in de overgang naar een nieuw zorgconcept. Kansen en bedreigingen kunnen worden ervaren op de drie bovenstaande aspecten. Zo zouden medewerkers bijvoorbeeld het gevoel kunnen hebben niet over de juiste vaardigheden te beschikken, zich niet kunnen vinden in het nieuwe zorgconcept en daardoor weinig motivatie op kunnen brengen of zich vanuit de organisatie belemmerd kunnen voelen om de nieuwe organisatie doelstellingen na te leven. In dit onderzoek zal worden getracht in beeld te krijgen wat de uitdagingen en mogelijkheden zijn die medewerkers ervaren in deze overgang.

Dit onderzoek zal gedaan worden namens een consultancy bureau. Het betreft een consultancy bureau dat zich gespecialiseerd heeft in HRM vraagstukken. In het contact met hun klanten binnen de zorgsector hebben zij opgemerkt dat zorginstellingen worstelen met het vraagstuk hoe zij de overgang kunnen maken van grootschalige naar kleinschalige woonvormen. Zij willen de overgang graag maken maar stuiten op moeilijkheden in de veranderende organisatievorm als wordt gekeken naar de personeelskant. Zo is bijvoorbeeld niet helder hoe functies opnieuw zouden moeten worden gedefinieerd, wie welke bevoegdheden krijgt, etc.

Voor dit bureau is het interessant om te weten wat de moeilijkheden zijn zodat zij oplossingen kunnen ontwikkelen op het gebied van het inrichten van de arbeid bij hun klanten. Bij het bureau ligt daarom een behoefte om meer inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden en obstakels die zorginstellingen tegenkomen in de transitie. Het doel van dit onderzoek is het geven van dit inzicht in de obstakels en mogelijkheden met betrekking tot het organiseren van arbeid in de overgang naar kleinere woonvormen. In dit onderzoek zal een exploratie worden gemaakt van deze bedreigingen en kansen. Het uiteindelijk resultaat is bedoeld voor het consultancy bureau zodat zij aan de hand hiervan nieuwe oplossingen voor hun klanten kunnen ontwikkelen met betrekking tot deze overgang. Daarnaast is het ook voor de onderzoeksorganisatie interessant meer inzicht te verkrijgen in de kansen en bedreigingen.

Naar aanleiding van de bovenstaande beschrijving is de volgende onderzoeksvraag gedefinieerd:

Welke bedreigingen en kansen ervaren medewerkers en het management van ouderenzorginstelling X met betrekking tot de organisatie van arbeid in de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen?

In dit onderzoek zal ook worden gekeken naar verschillende momenten waarop medewerkers en het management kansen en uitdagingen hebben ervaren. De reden hiervoor is dat er een discrepantie kan zitten tussen de verwachte en de daadwerkelijk ervaren kansen en uitdagingen. Het wordt van belang geacht hier beide inzicht in te verlenen aangezien de keuze om wel of niet de overgang te maken mede gebaseerd wordt op de verwachtingen die over de overgang bestaan maar deze verwachtingen wellicht niet reëel zijn geweest. Daarbij moet worden vermeldt dat in dit kwalitatieve onderzoek nadrukkelijk wordt gekeken naar de door de medewerkers en het management *ervaren*

kansen en bedreigingen die komen kijken bij de overgang. Er wordt daarbij dus niet gezocht naar wetmatigheden maar gevraagd naar de perceptie van de medewerker en het management betreffende dit thema.

Met betrekking tot de begrippen grootschalige en kleinschalige woonvormen moet worden benadrukt dat het hier niet sec het naar beneden bijstellen van het aantal bewoners per unit betreft. Grootschalig en kleinschalig wonen zijn meer omvattende begrippen welke staan voor verschillende zorgconcepten waardoor de benaming enigszins misleidend is. De exacte definiëring van deze concepten zal verderop in dit onderzoek aandacht krijgen.

Verder is het van belang te noemen dat de termen person centered care (pcc) en culture change (cc) al voor de uitgebreide uitleg een aantal keer naar voren zullen komen in dit stuk. Om die reden wordt hier een zeer beknopte uitleg van deze begrippen gegeven.

Pcc & cc zijn zorgconcepten welke als overkoepelend voor het kleinschalig wonen kunnen worden gezien. In deze concepten staan de wensen en behoeften van de bewoner centraal en wordt geprobeerd in de organisatie van de zorg de bewoner leidend te laten zijn, in tegenstelling tot de oude zorgconcepten waarin de bewoner geleefd werd door de organisatie. Waarom deze termen veelvuldig naar voren zullen komen in dit onderzoek is omdat over deze concepten, mede door het meer internationale karakter, al meer kennis aanwezig is dan over het kleinschalig wonen. Het zou een gemiste kans zijn om de literatuur om pcc en cc links te laten liggen gezien de overkoepelende vormen opzichte van kleinschalig wonen.

2. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLING EN RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

2.1 Probleem- en vraagstelling

Naast de bewoners die veel baat hebben bij het kleinschalig wonen is er nog een belangrijke factor om rekening mee te houden: de werknemers van zorginstellingen. In de literatuur is met name kennis te vinden over de positieve effecten die de kleinschalige woonvormen hebben op bewoners (Boekhorst e.a., 2009; Andr n e.a., 2007; Kurucz, 2010; www.vilans.nl; www.syntens.nl). Wat deze transitie echter betekent voor medewerkers is onderbelicht. Er is in Nederland wel onderzoek naar gedaan maar dit is summier te noemen (te Boekhorst, 2008). Dit onderzoek richt zich op het effect van het werken in kleinschalige woonvormen op burnouts en job satisfaction. De transitie van de ene naar de andere woonvorm brengt nog meer aspecten met zich mee op het gebied van HRM vraagstukken. Zo is een ander onderwerp dat omtrent deze overgang aan de orde komt de organisatie van de arbeid. Een andere woonvorm vraagt ook iets anders van de taken die worden uitgevoerd door het verzorgende en verplegend personeel (Arbeid in zorg en welzijn, 2009: 94). Deze nieuwe vorm van werken heeft ook gevolgen voor de functie-invulling en functieverdeling.

Naar aanleiding van de bovenstaande beschrijving is de volgende onderzoeksvraag gedefinieerd:
Welke bedreigingen en kansen ervaren medewerkers en het management van ouderenzorginstelling X met betrekking tot de organisatie van arbeid in de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen?

2.2 Doelstelling

Zoals eerder aangegeven wordt dit onderzoek gedaan in opdracht van een consultancy bureau. De doelstelling is om aan dit consultancy bureau inzicht te geven in de uitdagingen die zorginstellingen ervaren in de transitie. Naar aanleiding hiervan kunnen zij deze bevindingen vertalen naar gepaste adviezen aan hun klanten. Een ander doel is het verschaffen van inzicht aan de onderzoeksorganisatie omtrent de overgang naar de kleinschalige woonvorm.

2.3 Relevantie

Er is sprake van zowel een praktische relevantie als een theoretisch relevantie.

2.3.1 Praktische relevantie

Het consultancy bureau merkt deze worsteling op bij haar klanten en wil hier graag op inspelen. Vragen waar hun klanten mee komen zijn bijvoorbeeld hoe de functieprofielen er uit zouden moeten zien in het nieuwe zorgconcept en wat nou precies verandert in een functie. Door het verkrijgen van inzicht in de verschillende aspecten die spelen rondom deze overgang kunnen zij aan de slag met het ontwikkelen van nieuwe oplossingen. Indirect zijn hierdoor ook organisaties binnen de ouderenzorg geholpen; er is dus sprake van een getrapte relevantie. Daarnaast is het relevant voor de onderzoeksorganisatie om te weten wat speelt omtrent de overgang naar het kleinschalige wonen. Hoewel de organisatie al veel ervaring heeft met deze overgang, is aanvullende informatie hierover altijd gewenst. Zeker gezien de doelstelling van de organisatie om dit proces te blijven verbeteren.

2.3.2 Theoretische relevantie

Ook lijkt sprake van een theoretische relevantie. De onderzoeker heeft geen literatuur kunnen vinden over de uitdagingen welke organisaties tegenkomen op het gebied van de organisatie van arbeid bij de overstap naar het kleinschalig wonen.

Zoals eerder aangegeven is wel geschreven over de gevolgen van kleinschalig wonen op mantelzorgers en patiënten (te Boekhorst, 2008). Daarnaast is ook geschreven over de gevolgen die het heeft voor het personeel. Hierbij is aandacht geschonken aan burn outs en stress level. Daarnaast is kort aandacht besteed aan wat er verandert in functie inhoud. Wat er verder nog verandert omtrent de organisatie van arbeid bij deze niet geringe verandering is echter nog niet expliciet uitgelicht. Daarnaast is ook niet in beeld gebracht wat de moeilijkheden zijn waar de organisatie in verschillende lagen tegenaan loopt bij de overgang van de ene naar de andere woonvorm. Er is echter wel meer internationale literatuur beschikbaar waarin wordt omschreven wat verandert in bijvoorbeeld functie-inhoud als wordt overgegaan naar person centered care. Kort gezegd heeft de overgang naar person centered care betrekking op de overgang van dienstverlening volgens organisatieprincipes, naar dienstverlening waarin de bewoner centraal staat. Op een later moment zal aan de orde komen dat kleinschalig wonen een format is dat onder person centered care kan worden geschaard. Informatie over de veranderingen rondom kleinschalig wonen specifiek zijn dus nog niet aanwezig maar er is wel literatuur beschikbaar die al een indicatie geeft van wat speelt rondom een dergelijke overgang. De theoretische relevantie in dit onderzoek is een aanvulling op de reeds bestaande literatuur die bestaat over dit onderwerp. Hoewel al een en ander bekend is over meer brede stromingen lijkt nog weinig literatuur beschikbaar over de specifieke Nederlandse variant.

3. ACHTERGRONDINFORMATIE RONDOM DE ONDERZOEKSORGANISATIE EN DE ZORGBRANCHE

3.1 Beschrijving van de organisatie

3.1.1. De organisatie

De organisatie waar dit onderzoek is gehouden is een aanbieder van woon-, zorg- en welzijnsactiviteiten voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel. De zorg wordt aangeboden in verschillende gradaties, bijvoorbeeld zowel thuiszorg als volledige verzorging op een van de dertien locaties die behoren tot deze aanbieder. Op iedere locatie is een andere cultuur en sfeer aanwezig zodat voor iedere cliënt een woonplaats gevonden kan worden die het best past bij zijn of haar wensen (www.wzh.nl 2). Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op een locatie waar mensen wonen die zeer hulpbehoevend zijn. Deze cliënten zijn zowel lichamelijk als geestelijk hulpbehoevend. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in verschillende afdelingen. Zo is er een observatie afdeling waar nieuwe cliënten binnenkomen alvorens ze een vast plek krijgen. Daarnaast zijn er somatische afdelingen voor cliënten die lichamelijk hulpbehoevend zijn. Als laatste zijn er afdelingen waar mensen verblijven die geestelijk hulpbehoevend zijn. Sommige van cliënten op deze afdeling zijn daarnaast ook lichamelijk hulpbehoevend. Deze afdelingen worden de psychogeriatrische afdelingen (PG) genoemd. Hier zitten met name cliënten die dement zijn en op dit type afdeling heeft dit onderzoek plaatsgevonden.

De locatie was voorheen een grootschalig verpleeghuis waar 360 cliënten woonden. In de afgelopen drie jaar is dit aantal afgebouwd naar 209 cliënten. Door het afnemen van het aantal cliënten is ook het aantal medewerkers de laatste jaren afgenomen.

3.1.2. De missie & visie van de organisatie

De missie van deze organisatie is het bevorderen van het welzijn van de cliënten van de organisatie. Dit wordt gerealiseerd door het aanbieden van woon- en zorgfaciliteiten van hoog niveau. Daarbij is veel aandacht voor de oorspronkelijke leefstijl van de cliënt. Om dit te realiseren wordt veel waarde gehecht aan de samenwerking tussen medewerkers, bewoners en mantelzorgers/familie. Het betrekken van elkaar, het opbouwen van een waardevolle relatie en goed met elkaar omgaan staan daarbij centraal. De kernwaarden die de organisatie hierbij geformuleerd heeft zijn open, geborgen en samen (www.onderzoeksorganisatie.nl 1).

3.1.3. De publieke dimensie van de organisatie

De organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden moet worden getypeerd als een organisatie met een publieke functie.

Als wordt gekeken naar de zorg in Nederland lijkt deze sector op basis van harde eigenschappen een publiek karakter te hebben. Zo is de professionele zorg in Nederland collectief geregeld en gefinancierd en zijn deze verplichtingen vastgelegd bij wet. Daarnaast ligt de verantwoordelijkheid van de organisatie van zorg en huisvesting in handen van het ministerie van VWS en het ministerie van VROM (van Hoof e.a., 2009; Jaarverslag 2009).

Ook geeft de overheid richtlijnen af met betrekking tot de kwaliteit van zorg welke geleverd dient te worden, bijvoorbeeld door middel van de Richtlijnen Zorgkwaliteit (Jaarverslag, 2009). Door de verplichting jaarverslagen te publiceren worden zorginstellingen gedwongen verantwoording af te

leggen over de besteding van publieke gelden (www.jaarverslagenzorg.nl). Daarnaast geeft de organisatie invulling aan een publiek belang in de samenleving. Het is voor het overgrote deel van de samenleving van belang dat goede en betaalbare zorg voor iedereen toegankelijk is. Dat kan zowel direct als indirect het geval zijn: zelf de zorg nodig hebben maar bijvoorbeeld ook als mantelzorger zijnde. Ook heeft de organisatie volgens de definitie van Noordegraaf & Teeuw (2003) een publieke identiteit. Een meer uitgebreide uiteenzetting hierover kan worden gevonden in bijlage 4.

3.1.4. De medewerkers van de organisatie

Op dit moment werken bij de organisatie 2000 medewerkers en daarnaast zijn er nog eens 1000 vrijwilligers actief. Hier worden niet de mantelzorgers bij gerekend. Binnen de organisatie zijn medewerkers in verschillende functiegroepen werkzaam. De medewerkers die de directe zorg verlenen aan bewoners kunnen worden onderverdeeld in verschillende functie groepen: niveau 2, niveau 2+, niveau 3 en Eerste Verantwoordelijke Verzorgende (EVV'ers). Deze diverse functiegroepen hebben een klein verschil in taken en bevoegdheden. Zo zijn bijvoorbeeld alleen niveau 3 en niveau 2+ medewerkers bevoegd om medicijnen uit te delen en bepaalde verpleegtechnische handelingen uit te voeren. Daarnaast is de EVV'er de medewerker die de zorg rondom een bewoner coördineert en neemt deze bijvoorbeeld deel aan multi-disciplinaire overleggen (MDO's). Ook is deze persoon eerste aanspreekpunt voor de familie. Daarnaast voeren alle medewerkers de werkzaamheden uit die horen bij de dagelijkse verzorging zoals het aankleden van de bewoners. Naast het feit dat sprake is van een functieomschrijving zijn de taken en verantwoordelijkheden ook gebonden aan wet- en regelgeving. Zo is het bijvoorbeeld verplicht om voor een bepaald aantal bewoners altijd een niveau 3 medewerker aanwezig te laten zijn. Deze wet- en regelgeving heeft te maken met de eis voor een bepaald kwaliteit- en veiligheidniveau van de zorg.

Daarnaast is nog een groot aantal medewerkers aanwezig welke geen directe zorg verlenen. Ten eerste is dat het management, waaronder in dit onderzoek ook de teamleiders gerekend worden, en bijbehorende staffuncties zoals medewerkers P&O. Daarnaast is er de facilitaire dienst waar bijvoorbeeld keukenpersoneel en de schoonmaak onder vallen. Daarnaast zijn er zorgmedewerkers aanwezig binnen de organisatie zoals verpleeghuisartsen. Dit onderzoek zal zich voornamelijk richten op het personeel wat zich bezighoudt met de directe zorg aan bewoners en het management. Hiervoor is gekozen omdat de eerste groep daadwerkelijk aan den lijven ondervindt hoe het is om op deze manier te werken en er het meest mee te maken heeft. De tweede genoemde groep is gekozen omdat deze groep de overgang tot stand brengt. Zij hebben hier ten eerste een bepaalde bedoeling mee en ten tweede sturen zij de directe zorgmedewerkers aan. Hierdoor hebben zij op een meer indirecte manier ook te maken met de nieuwe manier van werken. Hoe de verdeling precies vorm krijgt wordt verder toegelicht in de paragraaf keuze van respondenten in hoofdstuk 5.

3.2 Dementie in Nederland

Gezien de verwachte vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het aantal dementerenden hoger worden: waarschijnlijk bereikt het aantal dementerenden de grens van 400.000 in 2050 (te Boekhorst e.a., 2008; van Hoof e.a. 2009). Daarnaast wordt de levensverwachting van mensen steeds hoger. Ook hierdoor al het aantal dementerenden toenemen: de kans op dementie wordt steeds groter als men ouder wordt (Kurucz, 2010).

Bij dementie is er sprake van een achteruitgang van het geestelijk functioneren van een individu wat zich meestal uit in geheugenstoornissen. Deze klachten worden aangevuld met problemen met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten van het individu. Ook heeft de patiënt vaak moeite met tijdsbesef en neemt het spraakvermogen af. Daarnaast kan er verandering optreden in het gedrag en de persoonlijkheid van de cliënt. Indien sprake is van een combinatie van meerdere van deze kenmerken en een individu wordt belemmerd in zijn of haar dagelijks functioneren wordt gesproken van dementie (www.alzheimer-nederland.nl2). Dementie is een ingrijpende ziekte waarbij herinneringen, talenten en identiteit langzaam worden afgebroken. Daarbij is dementie een terminale ziekte en kan de aftakeling van mensen niet worden teruggedraaid (Kurucz, 2010).

De mensen die professionele zorg krijgen vormen een groep die een steeds hogere zorgwaarde indicatie krijgen. Mensen worden ouder en krijgen hierdoor meer en gecompliceerdere gebreken (Haason & Arnetz, 2006). Mensen met dementie hebben veel zorg nodig zowel op psychisch als op fysiek gebied. Verder wordt de zorg voor demente mensen specifiek, gezien als emotioneel, mentaal en lichamelijk uitputtend voor mantelzorgers en zorgpersoneel.

3.2.1 Mantelzorgers & Moment overgang huis naar institutie

De woonvorm waar mensen met dementie gebruik van maken is onder andere afhankelijk van het stadium waar de patiënt zich in bevindt. Er zijn diverse zorgvormen mogelijk: het eigen huis, een verpleeghuis of een kleinschalige woonvorm. Daarnaast speelt het ook een rol of mensen in de omgeving van de patiënt aanwezig zijn die de patiënt zouden kunnen verzorgen (van Hoof e.a., 2009).

Het overgrote deel van dementerenden wordt thuis verzorgd (te Boekhorst, 2008). Vaak wordt geprobeerd om mensen zo lang mogelijk thuis te houden. Hier wordt ook op aangestuurd door bijvoorbeeld de overheid. Echter kan een moment komen waarop er niet meer thuis voor de patiënt gezorgd kan worden. Op dat moment wordt de overstap gemaakt naar geïnstitutionaliseerde zorg (Verbeek e.a., 2009). Er kunnen verschillende redenen zijn dat een dementerende niet meer thuis kan wonen. Zo kan het zijn dat een patiënt dusdanig zware zorg nodig heeft dat dit thuis niet meer geboden kan worden. Een patiënt heeft op dat moment ondersteuning nodig in bijna alle facetten van het leven en heeft de hele dag supervisie nodig (Verbeek e.a., 2009; Kurucz, 2010). Een andere mogelijkheid is dat de druk van de zorg voor de patiënt te hoog wordt voor de mantelzorger (te Boekhorst e.a., 2009; van Hoof e.a., 2009). Zo kan het zijn dat een mantelzorger geen tijd meer heeft voor zijn eigen dagelijkse activiteiten of gaat een patiënt gedragingen vertonen waar de mantelzorger zich geen raad mee weet. Hierbij kan worden gedacht aan verstoringen in de slaapcyclus maar ook huilen, schreeuwen of agressiviteit (Kurucz, 2010).

De grote uitdaging voor de toekomst is dat er een tekort komt aan zorg door de extreem toenemende vraag naar zorg. Dit doet nog meer een beroep op de omgeving van mensen die leiden aan dementie. Zij hebben echter vaak een baan die dergelijke intensieve zorg voor een naaste niet mogelijk maakt (van Hoof e.a., 2009). Dat betekent voor dit moment dat de toenemende vraag naar zorg weer bij de professionele zorg terecht komt.

3.3 Eigenschappen van werken in de zorg

De ouderenzorg is de afgelopen decennia medischer en technischer geworden (Haason & Arnetz, 2006). Dat zorgt ervoor dat er iets anders wordt gevraagd van de competenties en vaardigheden van personeel in de ouderenzorg. Uit onderzoek is gebleken dat de personeelscompetenties vaak niet overeenkomen met de taken die gevraagd worden in het werk. De ontwikkelingen tot competente medewerkers voor de gevraagde taken blijven vaak achter. Wat regelmatig voorkomt is dat ingewikkelde taken worden overgedragen aan personeel wat hier eigenlijk niet bevoegd toe is. Dit brengt voor de medewerkers een gevoel van onzekerheid met zich mee (van Hoof e.a., 2009; Haason & Arnetz, 2006).

Daarnaast vindt een trend plaats waarbij de bewoners meer afhankelijk zijn van het verplegend personeel en meer hulp behoeven. Dit heeft implicaties voor de manier waarop zorgpersoneel het werk ervaart. Psychisch en emotioneel wordt het werk hierdoor zwaarder. De tijdsdruk neemt toe en daarmee ook de mate van stress die wordt ervaren door verpleegsters. Verder blijkt uit onderzoek dat medewerkers die werken met dementerenden een nog hogere werkdruk en meer stress ervaren (van den Berg, 2006). Dit hoge stresslevel zou o.a. veroorzaakt worden door de afname van de kwaliteit van zorg. Ook het feit dat gewerkt wordt met een relatief oude groep patiënten speelt mee. De mensen hebben veel zorg nodig, zowel lichamelijk als psychisch. Daarnaast is het overleiden van deze cliënten een dagelijkse factor in het werk (van den Berg, 2006).

De hoge werkdruk heeft weer een direct effect op de werktevredenheid van medewerkers. Dit leidt tot hogere turnover cijfers (Haason & Arnetz, 2006). Een belangrijk kenmerk van de ouderenzorg is dat er relatief hoge turnover- en ziekteverzuimcijfers onder het personeel zijn (Kurucz, 2010).

3.4 Beschrijving van de zorgbranche

3.4.1 Zorg in Nederland

De zorgsector in Nederland staat hoog aangeschreven. De financiering van zorg in Nederland moet worden getypeerd als het Bismarck systeem: *a variety of 'quasi-public' payers and corporatist arrangements with the state, social insurance-funded and controlled by legal private organizations* (van Hoof e.a., 2009: 373). De zorg in Nederland is georganiseerd met het onderliggende idee dat de verantwoordelijkheid voor de zorg ligt bij het collectief als het gaat over mensen die een intensieve vorm van zorg nodig hebben. Deze verplichting is vastgelegd in de wet. Informele zorg, zoals mantelzorg, wordt gestimuleerd maar kan niet worden afgedwongen door de staat (van Hoof e.a., 2009).

Het type zorg dat in Nederland gekozen wordt is afhankelijk van de zorgbehoefte van het individu. Het percentage mensen in Nederland dat in een verpleeghuis of verzorgingshuis woont, is slechts 7,5% van de groep zorgbehoevenden. Het ministerie van VWS werkt samen met het ministerie van VROM op het gebied van huisvesting, zorg en welzijn voor deze mensen. Om ervoor te zorgen dat er voldoende zorg is voor ouderen met dementie zet de overheid in op drie pijlers op het gebied van huisvesting en zorg:

Zorg en huisvesting zijn qua budgetten gescheiden: ongeveer 35% van de dementie patiënten leeft in een geïnstitutionaliseerde woonomgeving. Verzorgingstehuizen bieden aparte kamers aan voor bewoners. Hierbij is de zorg een integraal onderdeel in dergelijke instellingen. Verpleeghuizen gaan een stapje verder en nemen mensen aan die intensievere zorg nodig hebben. Hier valt ook de

psychogeriatrische zorg onder. In de nieuwe verpleeghuizen worden aparte kamers voor bewoners gebouwd maar dit was eerder niet het geval. Sinds enige tijd is de budgettering van zorg en wonen gescheiden. Hierdoor is de zorg ondergebracht bij publieke zorg en de huisvesting bij de publieke huisvestingstaak.

Mensen wordt de mogelijkheid geboden zo lang mogelijk thuis te blijven wonen: 65% van de dementie patiënten woont thuis. Een deel daarvan wordt verzorgd door de omgeving en een gedeelte daarvan krijgt thuis professionele zorg aangeboden. Als de patiënt verder zakt in het ziekteproces wordt er op een gegeven moment een punt bereikt waarop iemand niet meer thuis kan wonen.

Institutionele woonvormen worden vervangen door niet institutionele woonvormen (bv kleinschalig wonen): In verband met de de-institutionalisering van de zorg worden er steeds meer kleinschalige woonprojecten opgezet. Dat kan zowel los van als dichtbij een geïnstitutionaliseerde woonomgeving zijn. Het aantal kleinschalige woonvoorzieningen groeit nog steeds (van Hoof e.a., 2009).

In de afgelopen jaren is te zien geweest dat de focus met betrekking tot de zorg voor dementerenden is verschoven van een voorkeur voor behandeling in geïnstitutionaliseerde instellingen naar een voorkeur voor het zo lang mogelijk thuis verzorgen van mensen, al dan niet door de omgeving van de persoon (van Hoof e.a., 2009).

3.4.2 Ontwikkelingen in de branche

In het trendrapport 2010 van Functiewaardering Gezondheidszorg (FWG) worden verschillende ontwikkelingen in de zorgbranche beschreven (FWG, 2010).

Zo wordt van de organisaties steeds meer verwacht kostenefficiënt te werken. De prijzen en marges van geleverde diensten komen steeds verder onder druk te staan. Dit in combinatie met het wegvallen van de gegarandeerde kostendekking die de invoering van de nieuwe zorg zwaartepakketten¹ (ZZP) met zich mee heeft gebracht, betekent dat organisaties steeds meer moeten gaan letten op de kosten (FWG, 2010). Hierdoor wordt kostenefficiëntie belangrijker. Ook de concurrentiepositie van organisaties is veranderd. Waar vroeger überhaupt geen sprake was van concurrentie binnen de zorg komt dit steeds meer op (FWG, 2010). Zorginstellingen bevinden zich hierbij in een tweestrijd. Enerzijds wordt van de organisatie gevraagd op een meer marktgerichte aanpak aan te sturen. Dat gebeurt door de nieuwe manier van het uitvoeren van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ). Hierbij kiest de klant zelf waar hij zijn zorg eventueel huisvesting inkoopt in plaats van dat een plaats wordt toegewezen en men verplicht is daar een heel pakket af te nemen. Het gevolg hiervan is dat meer concurrentie ontstaat tussen verschillende zorgaanbieders aangezien de klant een keuze heeft. Anderzijds wordt door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) juist gevraagd om samen te werken met andere zorgverleners en verzekeringsmaatschappijen (Jaarverslag, 2009).

¹ De zorg zwaarte pakketten zijn de nieuwe manier van financiering in de zorg. Cliënten worden geïndiceerd met een bepaalde zorgzwaarte die wordt bepaald door de hoeveelheid zorg die zij nodig hebben. Er zijn verschillende ZZP's vastgesteld en deze staan voor een bepaald budget wat vertaald wordt in het aantal zorguren die iemand krijgt. Een cliënt die zwaar dement is krijgt bijvoorbeeld een hogere ZZP indicatie dan iemand die slechts enkele uren in de week huishoudelijke hulp behoeft.

Verder zien organisaties hun klantenbestand veranderen. Zo wordt de klantengroep meer divers: naast de patiënt als klant van de organisatie worden bijvoorbeeld ook zorgverzekeraars klant in de vorm van opdrachtgever. Door de vergrijzing neemt het aantal klanten toe en mensen hebben meer zorg nodig: men blijft zo lang mogelijk thuis wonen tot het moment dat dat geen optie meer is. Ook de diversiteit onder klanten neemt toe. Zo hebben klanten diverse achtergronden met diverse behoeften en verdwijnt ook het taboe om zorg te differentiëren naar besteedbaar budget (FWG, 2010). Dat wil zeggen dat het ook mogelijk moet zijn meer 'luke' zorg in te kopen in plaats van alleen het standaard pakket. Hierdoor is de behoefte ontstaan aan gedifferentieerdere zorg. De twee laatst genoemde ontwikkelingen hebben ook te maken met de veranderende ideeën over zorg: Mensen blijven zo lang mogelijk in een huiselijke sfeer wonen en in de zorg is veel aandacht voor de autonomie van de patiënt (Verbeek e.a., 2009). Als wordt gekeken naar deze specifieke organisatie is bijvoorbeeld te zien dat woongroepen worden gestart die gebaseerd zijn op een bepaalde levenswijze.

3.5 De ontwikkelingen van kleinschalig wonen in de branche: groeispurt

De afgelopen jaren is er een groeispurt te zien geweest van kleinschalige woonvormen voor dementerenden. Al jaren zijn er kleinschalige woonvormen voor andere patiëntgroepen zoals verstandelijk gehandicapten. Het kleinschalig wonen voor dementerenden is echter iets wat pas de afgelopen 20 jaar op gang is gekomen. Aanvankelijk kwam de woonvorm zeer traag op. Het is de laatste jaren dat deze vorm van huisvesting en zorg een ware groeispurt heeft genomen (te Boekhorst 2011). Op dit moment leeft zo'n 25% van de dementie patiënten welke professionele zorg krijgen in kleinschalige woonomgevingen (www.kcwz.nl).

Zoals ook in de inleiding genoemd kan de trend waarin grootschalige woonvormen steeds meer overgaan naar kleinschalige woonvormen worden verklaard door de verandering in de manier waarop over zorg gedacht wordt. De vraag naar deze nieuwe vorm van zorg is namelijk in lijn met veranderde ethische waarden met betrekking tot ouderenzorg: mensen zouden zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen en er is aandacht voor de autonomie van de patiënt (Verbeek e.a., 2009). Hoewel de patiënt in een kleinschalige woonvorm niet thuis woont, wordt wel zo veel mogelijk een thuis situatie na geboortst. Daarnaast is er in zijn algemeenheid binnen dienstverlenende organisaties een overgang te zien naar een meer klantgerichte manier van werken (Gastelaars, 2006). Kleinschalige woonvormen sluiten beter aan bij deze veranderingen. Als laatste is een reden om de overstap te maken naar een kleinschalige woonvorm dat deze vorm van zorg positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg vanuit het oogpunt van de bewoner (Rahman, 2008; White-Chu, 2009)

3.6 De ontwikkeling van kleinschalig wonen in de organisatie

3.6.1. De invoering van kleinschalig wonen

Binnen de organisatie waar dit onderzoek zal plaatsvinden is al meerdere jaren ervaring met het kleinschalig wonen. Hoeveel ervaring aanwezig is met dit concept verschilt per locatie: op sommige locaties is deze vorm van zorg aanbieden al tien jaar gebruikelijk, op andere locaties is op dit moment een gefaseerde invoering bezig. Daarnaast blijft het concept binnen de organisatie in ontwikkeling. Men blijft kritisch kijken naar wat wel en wat niet werkt. Bovendien wordt door de omgeving waar de organisatie zich in bevindt gevraagd om blijvende aanpassingen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de bezuinigingen die worden doorgevoerd waardoor opnieuw kritisch zal moeten worden

gekeken naar het aanbieden van zorg. Ook wordt op dit moment bijvoorbeeld geëxperimenteerd met het toebedelen van een grotere rol van de huishoudelijke medewerkers in het aanbieden van zorg. Het invoeren en aanpassen van het kleinschalig wonen is in deze organisatie dus een doorlopend proces. Voor dit onderzoek zijn interviews gehouden op een specifieke locatie op twee verschillende afdelingen. De ene afdeling heeft het kleinschalige wonen vijf jaar geleden ingevoerd, de tweede afdeling is hier in januari 2011 mee begonnen. Voordat het kleinschalige wonen werd ingevoerd op deze locatie, was sprake van een grootschalig verpleeghuis. In het resultatenhoofdstuk zal naar voren komen hoe dit was vormgegeven.

3.6.2. Het doel van kleinschalig wonen

De onderzoeksorganisatie benadrukt dat het aanbieden van kleinschalig wonen geen doel op zich is. Sterker nog, op sommige momenten zou de grootschalige woonvorm zelf beter passend zijn. Het doel van het aanbieden van kleinschalig wonen is voor deze organisatie het verbeteren van het welzijn van de bewoners. Hierbij moet worden benadrukt dat niet voor iedere bewoner deze manier van zorg passend is. Kleinschalig wonen is geen doel maar een middel om een achterliggend doel te behalen: het welzijnsniveau voor de cliënt omhoog brengen. Het invoeren van kleinschalig wonen mag nooit ten koste gaan van de kwaliteit van zorg (Concept Bedrijfsplan, 2009)

4. DEFINITIE VAN GROOT- EN KLEINSCHALIG WONEN

4.1 Inleiding

Zoals in de inleiding aangegeven is de kleinschalige woonvorm sterk in opkomst. De overgang naar een ander zorgconcept brengt veranderingen met zich mee in de manier waarop de zorg verleend wordt. Hierdoor veranderen ook de werkzaamheden van medewerkers. Alvorens hier aandacht aan te besteden, zal eerst helder moeten worden wat zowel de grootschalige als de kleinschalige woonvorm inhoudt. Op die manier wordt duidelijk wat verandert in de nieuwe situatie ten opzichte van de oude situatie. Vervolgens kan worden gekeken wat dat voor veranderingen brengt in het uitvoeren van het werk.

4.2 Zorgfilosofie

Gezien het feit dat de grootschalige en kleinschalige woonvormen voortkomen uit bredere zorgfilosofieën zullen deze zorgfilosofieën eerst worden behandeld. Op die manier wordt meer inzicht verkregen in wat de achterliggende ideeën zijn van de twee zorgconcepten. Uiteindelijk verklaart dit waarom het werk in beide concepten op een bepaalde manier georganiseerd is.

4.2.1. *Het medisch concept*

Als wordt gekeken naar de grootschalige woonvormen in de ouderenzorg is te zien dat hier een medisch concept, ook wel het ziekenhuismodel genoemd, aan ten grondslag ligt. In dit ziekenhuis model ligt de nadruk op het bestrijden van de oorzaken van een aandoening (Verbeek e.a., 2009). Hierbij wordt gekeken naar de behandeling van de patiënt. Gezien het feit dat de medische wereld nog geen mogelijkheden heeft gevonden om dementie te genezen, kan de vraag worden gesteld of dit een zinvolle manier is van het verlenen van zorg aan deze groep patiënten. Dat de zorg deze vorm draagt is te verklaren door te kijken naar het ontstaan van de grootschalige zorginstellingen. Vroeger werden mensen met dementie opgevangen in armenhuizen of ziekenhuizen voor mensen met geestesziekten. Na verloop van tijd werden ook de minder welgestelden opgevangen in de ziekenhuizen. Hierdoor heeft de institutionele zorg een sterk medische focus gekregen. Ook gezien het feit dat er in de eerste helft van de 20^e eeuw een groter aantal dementerenden dan ooit tevoren tegelijk werden verzorgd, leidde vanuit praktische overwegingen tot het toepassen van het medische model. Halverwege de tweede helft van de 20^e eeuw is er meer aandacht gekomen voor de kwaliteit van leven van de patiënten hoewel de hoofdfocus is blijven liggen op het medische aspect (Kurucz, 2010).

In het medische model is er (te) weinig aandacht voor het behandelen van eenzaamheid, verveling en hulpeloosheid (Robinson, 2007). Verder is de zorg die wordt aangeboden gericht op medische taken, administratie en zorgroutines (Gaspard & Garm, 2009). Er is met name aandacht voor de aandoening van de patiënt in plaats van voor de patiënt die leidt aan een bepaalde aandoening. Er wordt dan ook gepleit voor een meer holistische behandeling van dementie patiënten. Als namelijk wordt gekeken naar de kwaliteit van leven van een patiënt gaat het niet alleen om de fysieke toestand maar juist ook om de psychologische, religieuze en sociale toestand van de patiënt (Kurucz, 2010). Juist bij demente ouderen is de kans groot dat deze behoeften niet worden bevredigd aangezien een dementie patiënt

vaak niet meer in staat is om duidelijk te maken wat zijn behoeften zijn. Vanuit efficiëntie oogpunt en het niet direct begrijpen van de patiënt worden vaak veel handelingen overgenomen door het zorgpersoneel (Kurucz, 2010). Hierdoor wordt de patiënt afhankelijker van zorg dan nodig is en bestaat de kans op hospitalisering (Gastelaars, 2006).

4.2.2. Person centered care & culture change

De laatste decennia is een verschuiving te zien geweest in het denken over dementie. In plaats van op de aandoening zou de focus moeten liggen op de patiënt.

In dit nieuwe denken over zorg zijn twee concepten die naar voren komen: person centered care (pcc) en de culture change (cc) beweging. Hoewel pcc in de cc beweging wordt benoemd als een onderdeel van het concept, worden de twee concepten in de literatuur door elkaar heen gebruikt. Het duidelijke verschil wat te benoemen is tussen deze twee concepten is dat er in de CC ook nog expliciete aandacht wordt besteed aan het verbeteren van de kwaliteit van werk voor het zorgpersoneel, naast de verbetering van de kwaliteit van de zorg. In dit theoretisch kader worden de beide concepten gebruikt.

In pcc en de cc beweging is het van belang dat de subjectieve beleving van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen voor de zorg (Edvardsson, 2010). De pcc en cc benadering zou van positieve invloed zijn op de kwaliteit van leven en de onderlinge relaties van zowel patiënt als mantelzorgers als zorgmedewerker. Daarnaast krijgen deze relatie en de kwaliteit van leven een prominente plek in de nieuwe zorgfilosofie (Kurucz, 2010; White-Chu e.a., 2009). Hoofduitgangspunt van de aanpassingen in zorgfilosofie is het verbeteren van de kwaliteit van zorg in het algemeen. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg zou zich moeten uiten in het zoveel mogelijk tegemoet komen aan de behoeften en voorkeuren van de bewoners van een instelling. Dit uitgangspunt brengt met zich mee dat bewoners dan dus ook zelf keuzes mogen maken (Flesner, 2009).

De eerste die schreef over person centered care was Thomas Kitwood (Kurucz, 2010). Hij gaf de volgende definitie van person centered care:

'Person-centered care encompasses four major elements, all of which have been defined as person centred care in and of themselves by some writers. These elements include: 1. Valuing people with dementia and those who care for them. 2. Treating people as individuals. 3. Looking at the world from the perspective of the person with dementia. 4. A positive social environment in which the person living with dementia can experience relative wellbeing' (Brooker, 2004: 216).

In de huidige literatuur zijn zijn uitgangspunten nog duidelijk terug te zien (Flesner, 2009; Scalzi e.a., 2006). Zo heeft het Institute of Medicine in Amerika bijvoorbeeld de volgende uitgangspunten opgesteld: bewoners zouden moeten wonen in een huiselijk omgeving. Verder zou de keuze van de bewoner centraal moeten staan. Bewoners moeten hun eigen keuzes kunnen maken als het gaat om bijvoorbeeld hun omgeving, hun eten, activiteiten en het dagschema. Extra aandacht zou uit moeten gaan naar het op een respectvolle manier omgaan met bewoners. Als laatste zou bewoners de mogelijkheid geboden moeten worden om de interactie aan te gaan met zowel medebewoners als met mensen van buiten de instelling waar zij wonen. Het idee achter deze uitgangspunten is dat hierdoor de kwaliteit van leven van bewoners zal verbeteren. Verder passen deze richtlijnen in de bredere

ontwikkeling in de zorgsector van een medische manier van het verlenen van zorg naar een meer sociaal-gedragskundige behandelingsmethode. In plaats van een plek om de laatste jaren van je leven door te brengen en te sterven zijn de instellingen plekken om te leven en je te ontwikkelen geworden (Flesner, 2009).

4.3 Ziekenhuismodel en pcc & cc in de praktijk

In het vorige hoofdstuk is naar voren gekomen dat een verschuiving bezig is tussen verschillende zorgfilosofieën. In deze paragraaf zal uiteen worden gezet hoe deze filosofieën vorm krijgen in de praktijk. Als eerste zal naar voren komen dat het ziekenhuismodel vorm krijgt in de grootschalige woonvormen. Vervolgens zal naar voren komen dat pcc & cc in Nederland vorm krijgen in de kleinschalige woonvormen.

4.3.1 Grootschalige zorg

Grootschalige zorg die voortvloeit uit het ziekenhuis model kan op verschillende manier worden getypeerd. Zo kan worden gekeken naar verschillende deelgebieden:

Fysiek: in de traditionele woonvorm is er sprake van afdelingen met ten minste 20 bewoners. De gebouwen bestaan uit lange gangen en de instelling heeft een institutioneel karakter

Sociaal: in de traditionele woonvorm zijn er veel medebewoners aanwezig en werken er veel verpleegsters op een afdeling.

Organisatie: medewerkers van de instelling bepalen hoe het dagritme van de bewoners er uit zien. Daarnaast wordt de zorg verleend door veel verschillende verpleegsters die verschillende taken en bevoegdheden uitvoeren (Verbeek e.a. 2009-2).

Een andere manier om grootschalig wonen te definiëren is beschreven door Depla & te Boekhorst (2007). Volgens de definitie die wordt gehanteerd in hun onderzoek is er sprake van een grootschalige woonvorm indien er sprake is van:

- “Gebouwd volgens bouwmaatstaf van het College Bouw Zorginstellingen 1997
- Afdelingen met minimaal 20 bewoners
- Dependances met meer dan 60 plaatsen
- Geen verpleegunits in verzorgingshuizen” (te Boekhorst e.a., 2008)

4.3.2. Kleinschalig wonen

pcc en cc moeten worden gezien als overkoepelende concepten waar door middel van verschillende projecten vorm aan is gegeven. Zo zijn in de Verenigde Staten deze uitgangspunten bijvoorbeeld terug te zien in de Green Houses en het Eden Alternative (Myers, 2009; Kurucz, 2010)

In Nederland zijn de uitgangspunten van pcc en cc terug te zien in het concept van kleinschalig wonen. Onderstaand zal dit specifieke zorgconcept nader worden toegelicht.

Zoals al eerder aangegeven ligt aan de grootschalige woonvormen het ziekenhuismodel ten grondslag. Het besef dringt echter steeds meer door dat deze manier van zorgen niet toereikend is voor de behoeften van de patiënt (te Boekhorst e.a., 2008). Op dit moment is een beweging te zien waarbij de nadruk meer komt te liggen op een psychosociale behandelingsmethode. Hierbij staat het

welzijn van de patiënt centraal en wordt gekeken naar wat een dementerende nog wel kan (Verbeek e.a., 2009). Deze manier van zorg verlenen krijgt vorm in het concept van kleinschalig wonen.

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met dementie veel baat kunnen hebben bij een omgeving die aandoet als een thuis. Hierdoor is een zorgconcept ontstaan wat het individu centraal stelt en aandacht besteedt aan een huiselijke sfeer. Zorgaspecten worden zoveel mogelijk verweven met de dagelijkse gang van zaken in een 'normaal' huishouden. Verder maken medewerkers deel uit van het 'gezin'. Waar eerder alles werd besloten voor een dementie patiënt is er nu veel aandacht voor het zelf beslissingen laten nemen door een bewoner. Dit zorgconcept wordt ook wel kleinschalig wonen genoemd en is een tegenhanger van de medische benadering van zorg (Verbeek e.a., 2009). Hierin zijn de uitgangspunten van pcc en cc terug te zien.

Kleinschalig wonen kent verschillende typeringen. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de beschrijving van te Boekhorst e.a. (2008) aangezien haar typering veel gebruikt wordt in wetenschappelijke artikelen welke betrekking hebben op Nederland. In dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar een organisatie die het kleinschalig woonconcept heeft ingevoerd. Daarnaast bevat deze typering veel aspecten van andere modellen zoals de typering van Verbeek e.a., (2009). Hierbij moet worden vermeld dat ook de literatuur welke betrekking heeft op pcc & cc wordt meegenomen in het onderzoek.

We spreken van kleinschalig wonen indien:

- er sprake is van een vast team medewerkers
- er zelf gekookt wordt
- je kunt opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer je zelf wilt
- je er mag blijven tot aan de dood
- de inrichting van de woning van jezelf is
- bewoners, familie en team samen de dagelijkse gang van zaken bepalen
- personeel niet in uniform loopt
- er een visie aan ten grondslag ligt die uitgaat van de behoeften van mensen met dementie
- de zorgorganisatie analoog is aan een huishouden
- je een team hebt/kunt maken dat competent is een huiselijke sfeer te creëren (te Boekhorst e.a., 2008).

Een aantal van de bovenstaande punten kunnen ook aanwezig zijn in een grootschalige woonvorm. Wat een instelling maakt tot een kleinschalige woonvorm is het feit dat de punten in combinatie aanwezig zijn en worden ingevoerd met de achterliggende gedachte van een psychosociale zorgbenadering in plaats van het ziekenhuis concept.

Uit de bovenstaande punten komt naar voren dat het kleinschalig wonen concept meer neigt naar pcc in plaats van naar cc. Hoewel de bovenstaande punten als prettig ervaren kunnen worden door het zorgpersoneel, ligt de focus sterk op het welzijn van de bewoner. Het als positief ervaren van de uitgangspunten van het kleinschalig wonen door het zorgpersoneel is hierbij een positief neveneffect. In dit verder theoretisch kader zal dan ook meer aandacht worden besteed in wat er verandert voor het personeel door de aanpassingen die worden gemaakt ten behoeve van de bewoners.

5. THEORETISCH KADER

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ten eerste een analyse worden gemaakt van de transitie die plaatsvindt in de ouderenzorg als voor een kleinschalige woonvorm wordt gekozen. Hiervoor zal gebruik worden gemaakt van de literatuur over diverse ontwikkelingen in de dienstverlenende sector en de daarbij behorende dienstverleningsmodellen zoals deze beschreven zijn door Gastelaars (2006). Met andere woorden, er wordt gekeken naar wat nou eigenlijk aan de hand is als de transitie naar een kleinschalige woonvorm wordt gemaakt en wat dit dan voor gevolgen heeft voor de organisatie van arbeid. In het onderstaande stuk zal aandacht worden besteed aan de organisatie van arbeid op drie verschillende niveaus: het organisatie-, het groep- en het individueel niveau. Er zijn verschillende redenen waarom de keuze is gemaakt om de organisatie van arbeid op drie niveaus terug te laten komen. Deze zullen in dit hoofdstuk nader worden toegelicht.

In dit hoofdstuk zal met name aandacht worden besteed aan de uitwerking van de organisatie van arbeid. Organisatie van arbeid is een term die voorkomt in de hoofdvraag. Gezien het feit dat dit een brede term is zal deze in dit hoofdstuk meer expliciet worden gemaakt. Het doel van dit hoofdstuk is inzicht geven in wat in dit onderzoek wordt verstaan onder de organisatie van arbeid. Als duidelijk is wat de organisatie van arbeid inhoudt in dit onderzoek, kan vervolgens worden gekeken naar wat verandert in de organisatie van arbeid in verband met de transitie naar een kleinschalige woonvorm. Deze analyse zal helpen om uiteindelijk antwoord te geven op de onderzoeksvraag: het is daarvoor immers noodzakelijk in kaart te brengen wat er precies verandert. Deze verschillende onderdelen tezamen kunnen maken dat al enige verwachtingen kunnen ontstaan over het antwoord op de hoofdvraag.

Vervolgens zal worden gekeken hoe de veranderingen in de organisatie van arbeid die plaatsvinden bij de transitie, te plaatsen zijn in de theoretische kennis over de organisatie van arbeid. Hierbij zal aandacht worden besteed aan welke theoretische concepten van toepassing lijken te zijn bij de transitie. Alvorens dit plaats vindt zal eerst in de bestaande literatuur worden onderzocht welke veranderingen in de organisatie van arbeid op te merken zijn in de transitie naar een ander zorgconcept. De literatuur die bekend is over pcc, cc en kleinschalig wonen zal daarbij op de drie niveaus afzonderlijk worden bekeken. Aangezien weinig bekend is over wat dit betekent voor de overgang van een grootschalige naar een kleinschalige woonvorm zoals beschreven door te Boekhorst, zal uit worden gegaan van de veranderingen die de overgang van een medisch model naar een pcc of cc model met zich meebrengt.

5.2 Dienstverlenende modellen

5.2.1 Ontwikkelingen in dienstverlenende organisaties

In hoofdstuk 3 is aandacht besteed aan zowel het grootschalige als het kleinschalige woonconcept. Als wordt gekeken naar de verschillende aspecten die daarin terugkomen, kan worden gesteld dat de ouderenzorg onderdeel is van de dienstverlenende sector. Bij de pcc en cc benadering staat de term klantgerichtheid centraal. Volgens Gastelaars (2006) zijn met betrekking tot deze klantgerichtheid een

aantal veranderingen zichtbaar bij dienstverlenende organisaties. Deze veranderingen zijn ook terug te zien in de overgang van de grootschalige naar de kleinschalige woonvormen. Ten eerste wordt er door organisaties meer ruimte gegeven aan verschillen. Ook in de zorg is dat te zien want in het kleinschalig wonen is bijvoorbeeld aandacht voor de levensstijl van de bewoner voor hij of zij in de instelling kwam wonen. Ook wordt van dienstverlenende organisaties steeds meer gevraagd om kritisch te kijken naar het ontwerp van het primair proces (Gastelaars, 2006). Ook dat is iets wat in deze transitie aan de orde is: door het op een andere manier willen aanbieden van zorg zullen ook werkstromen moeten worden aangepast. Een voorbeeld hiervan is het herorganiseren van het werk om de doelstellingen van het nieuwe werken te kunnen realiseren. Het derde onderdeel waarin dienstverlenende organisaties verandering merken is de herijking van de uitvoerende repertoires. Zo moeten dienstverleners nieuwe vaardigheden leren om op die manier de klant zo goed mogelijk te bedienen. In de zorg komt dit ook terug. Dit is bijvoorbeeld te zien aan het feit dat medewerkers moeten leren om op een goede manier om te gaan met en aandacht geven aan mantelzorgers. Verder is sprake van een opmars van het operationele management. In de zorg gaat de transitie naar een kleinschalige woonvorm vaak gepaard met het invoeren van zelfsturende teams. Door de invoering hiervan worden ook hier management taken meer verweven met operationele taken. Als vijfde verandering noemt Gastelaars in dit verband de actieve legitimering naar buiten toe waarbij naar de stakeholders toe een bepaalde mate van openheid wordt betracht. Ook in de uitgangspunten van de kleinschalige zorg is dit terug te zien. Door bijvoorbeeld mantelzorgers meer te betrekken in het zorgproces worden zij mede verantwoordelijk voor de zorg die wordt geleverd. Als laatste punt wordt door Gastelaars aangehaald dat de klantrelatie centraal komt te staan in plaats van de klant. Hoe dit zijn vorm krijgt in de zorg is niet geheel duidelijk.

5.2.2 Dienstverleningsmodel

In hoofdstuk 3 is te zien dat een aantal zaken veranderd als de overgang wordt gemaakt naar een kleinschalige woonvorm. Zoals eerder aangegeven behoort de zorg tot de dienstverlenende sector en heeft de ouderenzorg ook te maken met de bovenstaande ontwikkelingen zoals beschreven door Gastelaars (2006). De manier van het aanbieden van diensten wordt gewijzigd: in plaats van dat de dienstverlening is gericht op wat voor de organisatie de meest gunstige manier is van het aanbieden van de dienst wordt nu gekeken naar wat het meest gunstig is voor de klant (Flesner, 2009). Ook Gastelaars (2006) beschrijft deze overgang. Het grootste deel van de ouderenzorginstellingen moeten worden getypeerd als dienstverlener welke valt onder het type zorgarrangementen (Gastelaars, 2006). Dit type dienstverlening wordt getypeerd door het 7x24 karakter: zorg en toezicht zijn altijd beschikbaar. De kerntaak van dergelijke organisaties is gericht op de afwijking of beperking van de klant en de diensten die worden aangeboden draaien om het voorkomen dat zich schadelijke situaties voordoen en het ondersteunen in dagelijkse activiteiten. Ook bij de zorg voor dementerende ouderen is dit het geval: activiteiten die niet meer zelfstandig kunnen worden uitgevoerd door de bewoner worden aangeboden door de instelling. Daarnaast zorgt een instelling voor een stukje veiligheid waardoor mensen bijvoorbeeld niet verongelukken als ze onder de douche staan.

5.2.3 Verschuivingen binnen het zorgarrangementen model

Zoals hierboven genoemd moet de ouderenzorg worden geschaard onder het dienstverleningsmodel zorgarrangementen. Binnen dit dienstverleningsmodel vinden de afgelopen jaren verschuivingen

plaats. De meest opvallende hierin is de verschuiving van het intramurale arrangement naar het personennetwerk. Beide typen worden in de onderstaande paragrafen nader toegelicht. Hierbij is een van de onderdelen die centraal staat de inrichting van de dagelijkse gang van zaken (Gastelaars, 2006). Ook in de transitie van grootschalige naar kleinschalige woonvormen is dit te zien. De manier waarop het werk georganiseerd wordt verandert naar een nieuwe manier van het aanbieden van zorg welke zoveel mogelijk aansluit bij de dagelijkse levenswijze van de bewoner voor hij of zij in de instelling is komen wonen (Verbeek, 2009). Het lijkt er dus op dat de overgang van grootschalige naar kleinschalige zorg een gevolg is van een verschuiving binnen het dienstverleningsmodel. Door de veranderingen in de dienstverlenende sector zoals eerder beschreven, zijn ook zorginstellingen genoodzaakt veranderingen door te voeren.

5.2.3.1 Intramurale arrangementen

De intramurale arrangementen worden gekenmerkt door de focus op het totaal bepalen van het leven van de klant. Daarnaast worden al deze klanten op dezelfde manier verzorgd en benaderd. Hierdoor komt de nadruk te liggen op hoe de gang van zaken is georganiseerd in de betreffende organisatie. Het effect hiervan op de klant is dat weinig aandacht is voor individuele wensen. Daarnaast kan sprake zijn van het hospitaliseringseffect waarbij klanten steeds afhankelijker worden van de aangeboden zorg. De structuur van een dienstverlener die dit model voert wordt door Gastelaars getypeerd als een autoritair gezin (Gastelaars, 2006). Deze vorm van dienstverlening lijkt overeen te komen met het eerder beschreven medisch model.

5.2.3.2 Personennetwerken

De personennetwerken sluiten zoveel mogelijk aan bij de wensen van de klant. Hierdoor is er veel vrijheid voor het individu. In deze vorm van dienstverlening is mogelijkheid tot onderhandelen over hoe de klant zijn of haar dienst aangeboden wil krijgen. Het aanbod van diensten sluit daarbij zo goed mogelijk aan bij de wensen van de klant. De onderhandeling over hoe de zorg wordt ingericht vindt niet alleen plaats bij aanvang maar blijft een onderwerp van onderhandeling gedurende het zorgtraject. De structuur in een dergelijk manier van het aanbieden van diensten lijkt op die van een egalitair gezin. Een ander kenmerk van het personennetwerk is dat sprake is van samenwerking met familieleden/mantelzorgers van de klant (Gastelaars, 2006). Als wordt gekeken naar de kenmerken van een personennetwerk lijkt dit dienstverleningsmodel veel overeenkomsten te vertonen met de kleinschalige woonvormen. Zo is er meer aandacht voor de wensen van de klant en is sprake van samenwerking tussen medewerkers, mantelzorgers en bewoners.

5.3 Veranderingen in de organisatie van arbeid

In de voorgaande paragrafen is aandacht besteed aan de nieuwe vorm van het aanbieden van zorg en is benadrukt dat de overgang naar de nieuwe vorm gepaard gaat met de verschuiving binnen het zorgarrangementen dienstverleningsmodel. Dit onderzoek besteedt aandacht aan de organisatie van arbeid. In de volgende paragrafen zal daarom aandacht worden besteed aan de aanwijzingen over veranderingen in de organisatie van arbeid die voortkomen uit de verschuiving binnen het dienstverleningsmodel en de overgang naar een nieuw zorgconcept.

5.3.1 Naar aanleiding van het nieuwe dienstverleningsmodel

In de voorgaande paragraaf is duidelijk geworden dat bij de overgang van het grootschalige naar het kleinschalige zorgconcept sprake is van een overgang naar een nieuw dienstverleningsmodel namelijk van het intramurale arrangement naar het personennetwerk. Als wordt gekeken naar de hoofdvraag in dit onderzoek is de volgende vraag wat dit dan zou betekenen voor de organisatie van arbeid?

Indien de gewenste output van de organisatie verandert, in dit geval verandert de output in meer klantgerichte zorg, zal ook de structuur van de organisatie moeten veranderen (Jensen, 2000). Daarnaast zijn uit de beschrijving die Gastelaar (2006) geeft een aantal aanwijzingen te destilleren met betrekking tot de noodzaak tot verandering in de organisatie van arbeid.

Als eerste komt naar voren dat sprake is van een herontwerp van het primaire proces van organisaties. Dit raakt direct aan de organisatie van arbeid aangezien het bij de organisatie van arbeid gaat over de manier waarop werk wordt georganiseerd om de werkdoelen van de organisatie te behalen (Gómez-Mejía e.a., 2001). Deze werkdoelen veranderen daarnaast ook nog eens aangezien organisaties streven naar een meer op maat gemaakte dienst in plaats van naar een standaard dienst voor iedere klant (Gastelaars, 2006). Als wordt gekeken naar de verandering in de organisatie van arbeid zijn drie niveaus op te merken waarin aspecten veranderen.

5.3.1.1 Individueel niveau

Zo wordt in de veranderingen in de dienstverlenende sector gesproken van herijking van de uitvoerende repertoires. Dit geeft een directe aanwijzing naar een verandering van de arbeid op individueel niveau. Medewerkers zullen zich nieuwe vaardigheden eigen moeten maken die aansluiten bij de veranderende vraag van de klant en er zal samengewerkt moeten worden met nieuwe partijen (Gastelaars, 2006). Het is zeer waarschijnlijk dat hierdoor verandering in de functie-inhoud van medewerkers zal optreden.

5.3.1.2 Groep niveau

Ook spreekt Gastelaars (2006) van de opkomst van het operationeel management. Hiermee doelt zij op het dichter bij de werkvloer brengen van management taken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het opstellen van werkdoelen door teams in plaats van door het hoger management. Gezien de dynamische omgeving waar dienstverlenende organisaties zich in bevinden is het lastig om voor iedere medewerker afzonderlijk bij te houden welke veranderingen zich afspelen in de omgeving van de organisatie en zich daarnaast bezig te houden met de dagelijkse taken. Tegelijkertijd ontkomen medewerkers er niet aan om allemaal een beetje te 'managen'. Hierdoor is het niet onwaarschijnlijk dat ook in werkgroepen een en ander verandert. Zo is het aannemelijk dat binnen een team verantwoordelijkheden anders komen te liggen dan voorheen. Immers, medewerkers moeten meer klantgericht gaan werken. Om dit mogelijk te maken is het waarschijnlijk dat een medewerker meer verantwoordelijkheden krijgt in de interactie met de klant om op die manier sneller en beter te kunnen voldoen aan de wensen van de klant. Daarnaast is het waarschijnlijk dat indien functies veranderen ook de verdeling in een team verandert. Zeker als daarbij ook de eerder genoemde managementtaken meer naar het operationeel niveau worden gebracht. Zo is het denkbaar dat een team meer bevoegdheden en managementtaken krijgt om adequaat diensten te kunnen leveren aan de klant.

5.3.1.3 Organisatie niveau

Daarnaast zullen er ook op organisatieniveau enkele veranderingen plaatsvinden. De focus in de dienstverlening verschuift namelijk van wat het meest gunstig is voor de organisatie, naar wat het meest gunstig is voor de klant. Waar in de intramurale arrangementen wordt gekeken naar wat organisatie werktechnisch gezien het best uitkomt, komt in het personennetwerk de klant meer centraal te staan in de organisatie van de werkprocessen. Ook wordt door Gastelaars (2006) benoemd dat sprake is van een verplaatsing van een traditioneel naar een egalitair gezin als wordt gekeken naar de organisatiestructuur. Meer aandacht wordt besteed aan de individuele wensen van de klant. Als dit het uitgangspunt wordt in plaats van gestandaardiseerde diensten zullen ook de werkprocessen moeten veranderen van een focus op standaard diensten naar verscheidenheid. Immers, ook de organisatiestructuur moet de mogelijkheid bieden om aandacht te geven aan verscheidenheid en niet alleen de mogelijkheid bieden voor klanten die de standaard dienst afnemen. De organisatiestructuur zal de mogelijkheid moeten geven om flexibiliteit aan de klant te kunnen bieden. Ter illustratie: indien van een medewerker wordt verwacht dat hij een meer autonome werkhouding aanneemt om zo de klant beter en sneller van dienst te kunnen zijn en bijvoorbeeld meer keuzes zal moet gaan maken op de werkvloer moet hiervoor op organisatie niveau ook wat gebeuren. Als een medewerker meer bewegingsvrijheid moet krijgen op de werkvloer zullen ook de lijnen korter moeten worden om er zo voor te zorgen dat een medewerker niet eerst door een aantal hiërarchische lagen heen moet voordat hij een bepaalde keuze kan maken. Het vergt niet alleen een aanpassing in de functie van de individuele medewerker maar ook van de organisatie daar om heen. Om die redenen lijkt het interessant ook te kijken naar het organisatieniveau. Immers, indien een onderdeel in een organisatiestructuur verandert, heeft dit ook invloed op andere organisatie onderdelen. Om tot de gewenste output te komen is het noodzakelijk de diverse niveaus op elkaar af te stemmen (Jensen, 2000).

5.3.2 Naar aanleiding van de literatuur over zorgconcepten

Ook als wordt gekeken naar de literatuur die reeds bekend is over de transitie komen de bovengenoemde drie niveaus naar voren. Zo veranderen allereerst aspecten voor de individuele medewerker aangezien van hem of haar andere werkzaamheden en vaardigheden worden gevraagd (te Boekhorst, 2008; Kurucz, 2010). Dit komt mee met het feit dat andere doelstellingen worden nagestreefd in de zorg voor ouderen. Daarnaast lijkt het er op dat ook op groepsniveau aspecten veranderen. Zo bestaat een team uit minder mensen dan voorheen en worden meer bevoegdheden op team niveau gelegd (White-Chu e.a., 2009; Kurucz, 2010). Dit brengt mogelijk een andere teamvorm met zich mee. Als laatste lijkt de literatuur er op te wijzen dat ook op organisatie niveau een en ander verandert. Zo is bovenstaand duidelijk worden dat een overgang wordt gemaakt naar een ander dienstverleningsmodel hetgeen ook een andere organisatiestructuur met zich meebrengt (Gastelaars, 2006). Vanwege de punten die te herkennen zijn in de bestaande literatuur en de aanwijzingen die voortkomen uit de diverse dienstverleningsmodellen over de organisatie van arbeid in de zorg, is gekozen om de voorgaande drie niveaus in dit theoretisch kader terug te laten komen. Gezien de bovenstaande twee paragrafen is het verantwoord te kijken naar de organisatie van arbeid op drie niveaus: Organisatie-, groep- en individueel niveau.

5.4 De organisatie van arbeid

De organisatie van arbeid wordt in de literatuur ook wel work flow genoemd. In dit onderzoek zal de volgende definitie hiervan worden gehanteerd: *“the way the work is organized to meet the organization’s production or service goal”* (Gómez-Mejía e.a., 2001). Als organisatie van arbeid nader wordt bekeken is het van belang aandacht te besteden aan hoe het beste waarde voor de klant kan worden toegevoegd aan een product of dienst. Er wordt gekeken naar hoe de vraag die de klant de organisatie instuurt daar wordt verwerkt en vervolgens weer bij de klant terug komt. De analyse van work flows dient er toe om het werk zo te organiseren dat het meer bij de wens van de klant aansluit (Gómez-Mejía e.a., 2001). Het resultaat hiervan is dat een work flow analyse inzicht kan geven in hoe het productieproces anders kan worden ingericht. Wat hierbinnen de mogelijkheden zijn wordt later in dit stuk nader toegelicht. Naast dat het van belang is dat de organisatie van werk optimaal bijdraagt aan het tegemoet komen aan de wensen van de klant is het ook van belang dat tegemoet wordt gekomen aan de wensen van de medewerker (Kluytmans, 2005). Werk dat niet aansluit bij de wensen van de werknemer is niet motiverend en dit kan ook zijn weerslag hebben op in hoeverre tegemoet wordt gekomen aan de wensen van de klant.

5.5 De organisatie van arbeid op organisatie niveau

In deze paragraaf zal de organisatie van arbeid op organisatie niveau worden bekeken. Allereerst zal aandacht worden besteed aan organization design. Daarna zal aandacht wordt besteed aan de verschillende organisatiemodellen welke door Mintzberg zijn beschreven. Als laatste zal aandacht worden besteed aan de aanwijzingen die uit de literatuur over pcc & cc naar voren komen met betrekking tot het organisatieniveau. Gekeken zal worden naar hoe het organisatieniveau zichtbaar is in het grootschalige woonconcept en het kleinschalige woonconcept.

5.5.1. Organization Design

In de theorie over organization design staan twee hoofdthema's centraal. Het gaat daarbij om de verdeling die moet bestaan tussen enerzijds de verticale en anderzijds de horizontale arbeidsverdeling. Enerzijds moet werk worden gedifferentieerd door het werk te verdelen. Aan de andere kant moet worden gekeken hoe samen kan worden gewerkt, ook wel de integratie van de verschillende taken genoemd (Bolman & Deal, 2003). Er zijn een aantal manieren waarop dit vorm gegeven kan worden (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003; Anand & Daft, 2007; Jensen, 2000). Als taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld kunnen medewerkers op de volgende manier worden gegroepeerd:

Functionele groepen: gebaseerd op vaardigheden en kennis.

Product groepen: een groep houdt zich bezig met een specifiek product of een specifieke dienst. Bijvoorbeeld een groep die bedden verschoont en een groep die mensen wast.

Cliënt groepen: iedere groep is hierbij bezig met een specifieke doelgroep van klanten.

Geografische groepen: in iedere stad is een aparte locatie van een organisatie aanwezig die zich richt op dat specifieke gebied.

Proces groepen: van de vraag van een product of dienst tot het daadwerkelijk afleveren van een product of dienst wordt door een cluster uitgevoerd.

Tussen deze verschillende productiegroepen is zowel horizontale als verticale afstemming nodig. Hierbij wordt met verticaal de chain of command bedoeld en wordt met horizontaal de afstemming

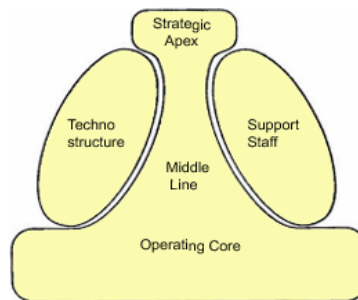
tussen de verschillende productiegroepen aangeduid. De verticale afstemming heeft daarbij vaak een meer formele vorm, de horizontale afstemming is informeler. De vraag die gesteld kan worden is waar door de organisatie de meeste nadruk op wordt gelegd (Bolman & Deal, 2003). Waar meer de nadruk op komt te liggen is onder andere afhankelijk van de omgeving waar de organisatie zich in begeeft. Organisaties die werken in een statische omgeving waar het product wat wordt aangeboden duidelijk is en weinig verbetering behoeft, zullen al snel kiezen voor een hiërarchische organisatievorm. Er is weinig behoefte aan snel kunnen reageren op de omgeving omdat deze omgeving niet zeer dynamisch is. Op deze manier kan het werk efficiënt worden georganiseerd. De beslissingsbevoegdheid ligt bij het topmanagement en besluiten worden top-down ingevoerd via de chain of command (Gómez-Mejía e.a., 2001). Er is sprake van een functionele verdeling van het werk. Daarnaast worden werkzaamheden ver opgesplitst in diverse onderdelen: er is sprake van werkspecialisatie (Gómez-Mejía e.a., 2001). Deze manier van werken kent echter zijn grenzen. De vergaande standaardisatie van werkprocessen en controle leiden tot verstarring van de organisatie. Er is sprake van weinig flexibiliteit ten opzichte van de klant en het leveren van een product of dienst duurt lang. Indien de vraag vanuit de markt verandert met betrekking tot aspecten als snelheid en kwaliteit dan voldoet deze manier van het organiseren van werk niet meer (Kluytmans, 2005). Wat is het alternatief?

Als een organisatie zich begeeft in een omgeving welke veel flexibiliteit vraagt, kan gebruik gemaakt worden van een platte organisatievorm. Deze flexibiliteit kan gevraagd worden omdat de omgeving zeer onzeker is. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als er veel nieuwe producten op de markt worden gebracht. Een reden om voor een dergelijke organisatievorm te kiezen kan zijn om er voor te zorgen dat medewerkers die direct in contact staan met de klantengroep, zelf beslissingen kunnen nemen die direct effect hebben op de klant (Gómez-Mejía e.a., 2001). In een platte organisatie wordt van medewerkers verwacht dat zij meebeslissen in organisatie aangelegenheden. Vaak worden kleine teams gevormd die een specifieke groep klanten kunnen bedienen. Zij weten wat er onder klanten speelt en kunnen snel reageren op veranderende behoeften. Werk dat wordt gedaan is minder specialistisch en van medewerkers wordt verwacht dat ze zich op verschillende deelgebieden ontwikkelen. Daarnaast is meer aandacht voor competenties dan voor hele specifieke vaardigheden (Gómez-Mejía e.a., 2001).

5.5.2 Organisatiemodellen

Bovenstaand is een generieke beschrijving gegeven van twee uiteenlopende organisatiemodellen. Mintzberg heeft de bovenstaande spanning meer specifiek uitgewerkt in diverse organisatiemodellen. Deze organisatiemodellen geven allen een andere organisatiestructuur weer welke elk zijn voor- en zijn nadelen heeft. Hierbij moet worden benadrukt dat het er niet om gaat dat er een structuur is die het best is. Per organisatie en haar omgeving is een andere organisatiestructuur het meest passend (Bolman & Deal, 2003). Onderstaand zullen de diverse organisatiemodellen worden weergegeven. Deze verschillende organisatiemodellen zijn afgeleid van een standaard model. Dit standaard model is te zien in figuur 1. In de overige modellen van Mintzberg ligt de verhouding van de diverse subonderdelen steeds verschillend (Bolman & Deal, 2003). De onderdelen die Mintzberg onderscheidt in zijn organisatiemodellen zijn:

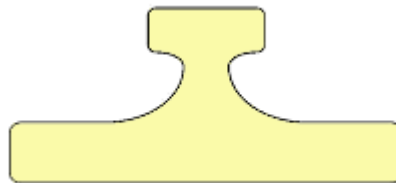
- Strategic Apex: Het hoger management van de organisatie
- Middle Line: Het midden management van de organisatie
- Operating Core: De werkvloer. Hier wordt het hoofdproduct of de hoofddienst van de organisatie geproduceerd.
- Technostructure: De plek waar de procedures en regels van de organisatie worden ontworpen. Deze worden met name ontwikkeld voor de operating core.
- Support Staff: de ondersteunende diensten zoals HR, finance etc.



Figuur 1

Simple structure (figuur 2)

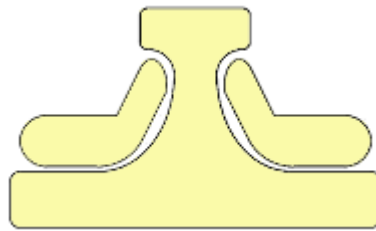
In deze organisatievorm zijn de technostructuur en de support staff niet of minimaal aanwezig. Er is verder weinig hiërarchie en de organisatie heeft vaak een leider. Meestal is sprake van directe supervisie door deze ene persoon op het gehele productieproces. Daarnaast is vaak weinig sprake van specialisatie van taken. Deze organisatievorm is terug te zien in jonge, kleine organisaties.



Figuur 2

Machine bureaucracy (figuur 3)

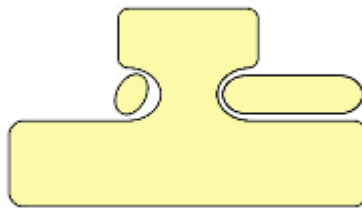
In de machine bureaucracy zijn de staf- en technostructuur onderdelen wel aanwezig. Door de technostructuur worden veel werkprocessen vastgelegd. Er is in dit organisatie-model sprake van vergaande specialisatie en standaardisatie. Daarnaast bestaat de organisatie over het algemeen uit veel lagen tussen de werkvloer en het hoger management. Op het level van de strategic apex worden belangrijke beslissingen genomen die vervolgens langs de chain of command aan de medewerkers worden medegedeeld. Dat betekent concreet dat beslissingen hoog in de organisatie, ver van de operating core, worden genomen en 'over de hoofden van de medewerkers wordt beslist'. Deze organisatievorm is met name geschikt voor routinematig werk. Door middel van deze manier van het organiseren van de arbeid kan veel efficiëntie en effectiviteit worden behaald in het productieproces. Creativiteit krijgt in deze organisatievorm weinig ruimte. Organisaties die volgens dit model werken zijn volgroeide organisaties die zich in een stabiele omgeving bevinden.



Figuur 3

Professional Bureaucracy (Figuur 4)

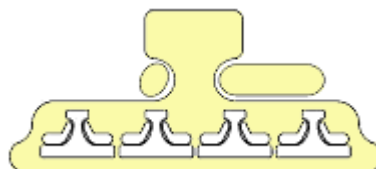
In de professionele bureaucratie is het uitvoerende gedeelte van de organisatie relatief groot. Er zijn weinig tussenlagen aanwezig waardoor de organisatie relatief plat is. De organisatie bestaat grotendeels uit professionals en in plaats van dat de technestructuur de regels en procedures in de organisatie bepaalt, wordt dit gedaan door de professionals zelf. Voor deze professionals bestaat veel handelingsvrijheid die zij ontleen aan hun expertise. Het is in dit type organisatie lastig om controle te houden op uniformiteit en kwaliteit. Daarnaast bestaat het gevaar dat professionals door hun ervaren autonomie zich weinig aantrekken van veranderingen in de omgeving van de organisatie.



Figuur 4

Divisionalized Form (Figuur 5)

Deze organisatievorm is opgebouwd uit semiautonome divisies. Het enige wat deze verschillende divisies delen is een overkoepelende administratieve structuur. Hierbinnen heeft iedere divisie weer zijn eigen vijf onderdelen die veel weg hebben van kleinere machine bureaucratieën. Divisies kunnen op verschillende gronden worden samengesteld zoals specifieke marktsegmenten. Ook deze organisatievorm past het best in een stabiele omgeving.

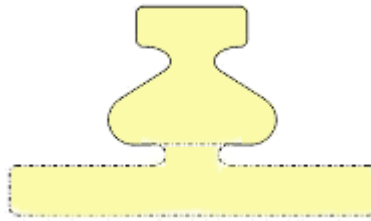


Figuur 5

Adhocracy (Figuur 6)

Als laatste beschrijft Mintzberg de adhocracy. Deze organisatievorm is zeer organisch en wordt gekenmerkt door flexibiliteit en samenwerking op horizontaal niveau. Deze organisatievorm is passend in een dynamische omgeving waar eenheden op de momenten, dat het nodig is samenkomen. Verder wordt de organisatie gekenmerkt door zeer beperkte formaliteiten en een

wederzijdse aanpassing tussen de verschillende partijen. In dit type organisatie zijn vaak professionals werkzaam en de leidinggevende positie wordt vaak ingevuld door een teamleider welke zelf ook werkzaam is in een team.



Figuur 6

5.5.3 Transitie zorgconcept op organisatie niveau

Als wordt gekeken naar de literatuur die reeds bekend is over de transitie kan deze als volgt worden geplaatst in de literatuur over de organisatie van arbeid.

Zo was in het oude zorgconcept te zien dat werkzaamheden meer geclusterd werden rondom bepaalde producten of diensten. Organisaties hadden bijvoorbeeld een facilitaire dienst die zorgde voor de schoonmaak maar ook de voeding. Dit lijkt overeen te komen met de indeling van het werk in productgroepen (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003; Anand & Daft, 2003). Als wordt gekeken naar wat verandert in de overgang naar het nieuwe zorgconcept is te zien dat medewerkers veel meer taken uit gaan voeren en verantwoordelijk worden voor het complete zorgproces. Zo gaan zorgmedewerkers bijvoorbeeld ook koken en schoonmaken (te Boekhorst, 2008). Voorgaande in ogenschouw nemend lijkt het er op dat daarmee toegegaan wordt naar een andere vorm van organization design namelijk de proces groepen (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003; Anand & Daft, 2003).

Daarnaast is te zien dat er door het nieuwe dienstverleningsmodel een meer klantgerichte manier van werken ontstaat en dat niet meer de processen in de organisatie centraal staan (Gastelaars, 2006; Kurucz, 2010). Hierdoor zal meer adequaat gereageerd moeten kunnen worden op de wensen van de klant. Een meer platte organisatie zou helpen om meer aan de wensen van de klant tegemoet te komen aangezien medewerkers het meest zicht hebben op de behoefte van de klant (Kurucz, 2010). Eerder werd minder aandacht besteed aan de wensen van de klant en was meer aandacht voor het efficiënt en effectief indelen van de werkprocessen (Gaspard & Garm, 2009). Hierdoor is dan ook niet veel behoefte aan het ruimte geven aan creativiteit. In de traditionele langdurige zorg is vaak gekozen voor een top-down model als het gaat om leidinggeven. Er is sprake van een chain of command waarin een duidelijke hiërarchie te zien is tussen de werknemersgroepen. Deze hiërarchie wordt gevormd door het hebben van meer of minder bevoegdheden (White-Chu e.a., 2009). Zorginstellingen hebben van oudsher een hiërarchische indeling. Bevoegdheden zijn vrij strikt verdeeld onder medewerkers en er is sprake van specialisatie. Als wordt gekeken naar het bovenstaande is de verwachting dat in het oude zorgconcept werd gekozen voor een machine bureaucracy (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003).

Een van de uitgangspunten van het kleinschalig wonen is om de keuze van de bewoner leidend te laten zijn in de dagelijkse gang van zaken. Het lijkt er op dat de bovenstaande manier van de organisatie van arbeid daar niet bij aansluit en er dus behoefte is aan een nieuw organisatie model. Vanuit het nieuwe zorgconcept komen een aantal aspecten naar voren. Zo moet ingespeeld kunnen worden door medewerkers op de wensen van de klant en moet er oog zijn voor diversiteit in plaats

van voor uniformiteit. Verder worden bevoegdheden meer neergelegd bij de medewerkers die het dichtst bij de klant staan (Kurucz, 2010). Ook wordt vanuit de literatuur gepleit voor een minder hiërarchische organisatievorm (Kane e.a., 2007). Bovendien lijkt het noodzakelijk niet alles vast te leggen in regels als zoveel mogelijk tegemoet moet worden gekomen aan de wensen van de klant. Hier moet dan ook ruimte voor geschapen worden. Als al deze aspecten bij elkaar worden genomen lijkt de professional bureaucracy het meest passend te zijn voor het nieuwe zorgconcept. Hier wordt namelijk ruimte geboden voor expertise en creativiteit. Bovendien kan in deze organisatievorm meer adequaat worden gereageerd op de wens van de klant gezien het weinig hiërarchische karakter. Hierdoor duurt het minder lang eer een beslissing kan worden genomen aangezien dit niet eerst aan verschillende niveaus voorgelegd dient te worden (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003).

5.6 De organisatie van arbeid op groepsniveau

5.6.1 Van individueel naar groepsniveau

In de volgende paragraaf wordt de organisatie van arbeid op individueel niveau behandeld. Zoals eerder aangegeven zal als eerste de organisatie van arbeid op groepsniveau worden behandeld. Kritiek op de kijk op de organisatie van arbeid op individueel niveau, zoals later in dit stuk aan de orde zal komen, is dat alleen wordt gekeken naar wat het effect daarvan is op een klein deelgebied van de organisatie. Een echte overgang naar een andere manier van werken en bijvoorbeeld meer flexibiliteit vindt daardoor lastig doorgang. Volgens deze critici zijn voor een echte overgang naar een andere manier van werken, veranderingen op grotere schaal nodig (Mok, 2007; Kozlowski & Bell, 2003). Om die reden is het van belang ook aandacht te besteden aan de organisatie van arbeid op groepsniveau. Door de verantwoordelijkheden en taken van een compleet team te herstructureren zou een andere manier van werken wel kunnen worden gerealiseerd. In plaats van dat het individu verantwoordelijk is voor het produceren van een compleet product of een complete dienst kan die verantwoordelijkheid op groepsniveau rusten bij een team van medewerkers. Naast de in de inleiding aangehaalde argumenten, is ook dit een argument om het groepsniveau mee te nemen in dit onderzoek.

5.6.2 Teamstructuur

In deze paragraaf zal worden gekeken naar de organisatie van arbeid op groepsniveau. Om hier een duidelijker beeld van te krijgen zal worden gekeken naar de aspecten die samen de teamstructuur vormen. Hierbij moet worden opgemerkt dat, hoewel er veel geschreven is over teamstructuur, weinig overeenstemming bestaat over wat dit nou exact inhoudt (Bunderson & Boumgarden, 2010). In dit onderzoek zal de definitie van Hall (1999) worden gebruikt. De definitie die in dit onderzoek voor het nader verklaren van teamstructuur zal worden gebruikt is dat teamstructuur gaat over de verdeling van arbeid binnen een groep mensen. Hierbij worden zowel de horizontale als de verticale verdeling meegenomen. Gezien het feit dat in dit onderzoek wordt gekeken naar de organisatie van arbeid, sluit het kijken naar de verdeling van arbeid in teams hier bij aan.

Als dieper wordt ingegaan op deze verdeling van arbeid binnen een groep mensen, zal in dit onderzoek worden gekeken naar het structureren van activiteiten (Bunderson & Boumgarden, 2010). Hierbij wordt het structureren van activiteiten nog verder onderverdeeld in een drietal onderdelen, te weten: specialisatie, hiërarchie en formalisering.

Specialisatie: de horizontale verdeling van taken. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan taken en verantwoordelijkheden die medewerkers binnen een team toebedeeld krijgen.

Hiërarchie: de verticale organisatie van het werk zoals de verdeling leidinggevendend-ondergeschikten.
 Formalisering: in hoeverre sprake is van vastgelegde regels en procedures over hoe rollen en functies zich in een team tot elkaar verhouden (Bunderson & Boumgarden, 2010).

Aan de hand van de bovenstaande drie elementen kan verder inzichtelijk worden of en zo ja wat er verandert in de structuur van een team.

5.6.3 Verschuiving in de teamstructuur

Gezien het feit dat ook het groepsniveau aandacht verdient in de ideeën over de organisatie van arbeid is het te verwachten dat ook op teamniveau een verandering plaats heeft gevonden. Vroeger overheerste het idee dat taken zover mogelijk zouden moeten worden opgesplitst, macht gecentreerd moest worden en werkprocessen werden vastgelegd, zoals bijvoorbeeld in de scientific management ideeën van Taylor (Mok, 2007). Gedurende de afgelopen jaren is verandering opgetreden over de ideeën die bestaan met betrekking tot de organisatie van arbeid. Zo is sprake van meer integrale opdrachten waarbij een team verantwoordelijk is voor het gehele productieproces. Daarbij wordt het team minder hiërarchisch, hebben medewerkers meer inbreng en flexibiliteit bij het bepalen van de doelen en werkwijze en worden teams meer autonoom (Mok, 2007). Een resultaat van het op deze manier organiseren van het werk in teams, is dat teams meer flexibel worden. De wereld is dynamischer geworden waardoor organisaties sneller moeten kunnen reageren en flexibeler moeten worden (Gastelaars, 2006). Om mee te kunnen blijven komen moeten organisaties zich snel aan kunnen passen aan hun omgeving. Deze verschuiving in de teamstructuur lijkt hieraan bij te dragen.

5.6.4 Soorten teams

Als wordt gekeken naar de bovenstaande beschrijvingen over teamstructuur zouden hier teams met diverse eigenschappen uit kunnen komen. In dit onderzoek zal uiteindelijk worden gekeken naar hoe de teamstructuur er uit zag in het grootschalige woonconcept en nu in het kleinschalige woonconcept. Om hier meer inzicht in te krijgen wordt in dit onderzoek een schaal gehanteerd van zeer gestructureerd tot weinig gestructureerd, zie figuur 7. Hierbij bevatten teams welke zich geheel aan de linkerkant van de schaal bevinden veel gestructureerde eigenschappen en bevatten teams die zich geheel aan de rechterkant van de schaal bevinden eigenschappen die weinig structuur aanduiden. Teams kunnen zich meer aan de linker of meer aan de rechterkant van de schaal bevinden.

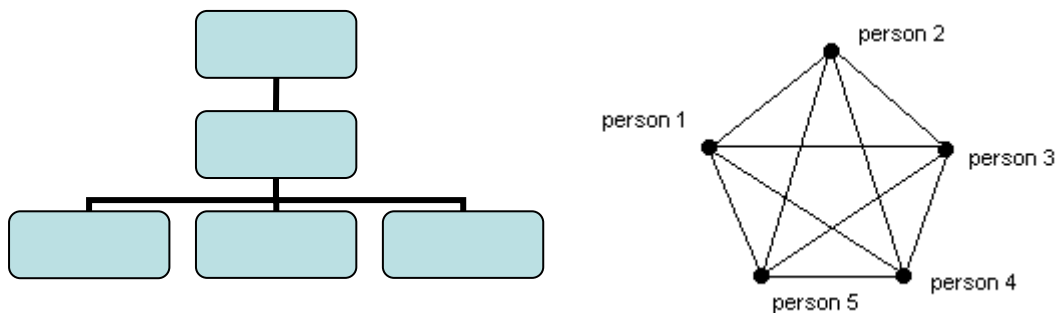
Bureaucratisch Team	Zelfsturend Team
<ul style="list-style-type: none"> - Veel hiërarchie - Veel formaliteiten - Sterke specialisatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Platte structuur - Weinig formaliteiten - Generieke taken

Figuur 7

Als een team zich helemaal links van de schaal bevindt betekent dat, dat er sprake is van veel hiërarchie binnen het team. Dit zou er uit kunnen zien als een hiërarchisch team zoals deze gevisualiseerd wordt door Bolman & Deal (2003) in de linker figuur binnen figuur 8. Daarnaast liggen procedures en werkwijzen duidelijk vast en zijn medewerkers vrij gespecialiseerd in hun takenpakket. Een team met een dergelijke structuur wordt ook bureaucratisch team genoemd. Uitgangspunt van

een dergelijk teamvorm is het verkrijgen van zoveel mogelijk efficiëntie en controle. Tegelijkertijd krijgt creativiteit in het werk hierdoor weinig ruimte (Bunderson & Boumgarden, 2010).

Aan de andere kant van de schaal bevinden zich de teams waar zeer weinig hiërarchie is. In figuur 8 wordt aan de rechterzijde weergegeven hoe dit er mogelijkwijds uitziet. Deze vorm van structuur wordt ook wel het web of inclusion genoemd (Bolman & Deal, 2003). Hierbij staat iedereen in contact met elkaar en kan communicatie vrij plaatsvinden. Daarnaast liggen werkprocessen niet vast in procedures en regels en zijn medewerkers in staat om de diverse werkzaamheden die worden uitgevoerd in het team uit te voeren. Hierbij is dus weinig sprake van specialisatie. Als wordt gekeken naar dit type team heeft dit veel weg van het concept van zelfsturende teams. Ook bij zelfsturende teams is namelijk sprake van weinig hiërarchie en liggen de verantwoordelijkheden bij het gehele team (Mok, 2007). Daarnaast is ook in zelfsturende teams gelegenheid tot het bepalen en aanpassen van regels en procedures door teamleden om op die manier zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de vraag uit de omgeving (Gómez-Mejía e.a., 2001). Daarnaast zijn ook hierbij de leden van het team vaak bekwaam in diverse werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd en is het takenpakket divers. Zo wordt bijvoorbeeld ook een deel van de managementtaken uitgevoerd door de teamleden (Gómez-Mejía e.a., 2001).



Figuur 8

5.6.5 Transitie zorgconcept op groepsniveau

In de voorgaande paragrafen is uiteen gezet wat in dit onderzoek wordt verstaan onder de organisatie van arbeid op groepsniveau. In deze paragraaf zal vervolgens worden gekeken wat voor teamstructuur in de literatuur over groot- en kleinschalig naar voren komt.

De teams in kleinschalige woonvormen zijn vaak kleiner dan de teams in de grootschalige woonvormen (White-Chu e.a., 2009). Daarnaast is een verschil dat medewerkers eerder met meerdere collega's op een afdeling stonden maar nu vaak alleen of met één andere collega (te Boekhorst e.a., 2008). Hierdoor is het waarschijnlijk dat binnen het team taken minder sterk worden opgesplitst dan voorheen gebeurde. Eerder waren meerder functies tegelijk aanwezig met elk hun eigen taken en verantwoordelijkheden. Bovenstaande in ogenschouw nemend kan worden verwacht dat in het nieuwe zorgconcept minder sprake is van een sterke specialisatie dan eerder het geval was.

In de teams in de kleinschalige woonvormen beslist het zorgpersoneel welk werk voor die dag gedaan moet worden (White-Chu e.a., 2009). Van de zorgmedewerker wordt hierdoor meer flexibiliteit gevraagd. Waar eerder de routine van de organisatie of het personeel werd gevolgd in het verlenen van zorg wordt nu de routine van de bewoner gevolgd. Hierdoor zal de medewerker een flexibelere houding aan moeten nemen zodat hij mee kan gaan met de wensen en de behoeften van de bewoner (Kurucz, 2010).

Dit past goed in de pcc & cc zorgfilosofie en staat in contrast met de eerdere werkwijze waarbij werkzaamheden volgens een vast werkstramien verliepen. Medewerkers kunnen op deze nieuwe manier loskomen van van hoger hand opgelegde doelen en kunnen hun takenpakket van die dag afstemmen op de vraag van de bewoner. Door de decentralisatie van het beleid bestaat de mogelijkheid om te kijken wat op de betreffende groep waar het team werkt de meest passende oplossing is voor bepaalde problemen die zich voordoen (Kurucz, 2010). Dat kan doordat ook het doel van het werk anders wordt: waar in een traditionele instelling wordt toegewerkt naar een vastgesteld einddoel wordt in een zelfsturend team meer gekeken naar wat de medewerkers aan werk om zich heen zien wat gedaan moet worden. Hierbij staat de wens van de bewoner centraal.

Dit past ook weer goed in het nieuwe dienstverleningsmodel zoals beschreven door Gastelaars (2006). Gezien het bovenstaande lijkt bij de transitie naar het nieuwe zorgconcept sprake te zijn van het verminderen van de formele regels en procedures. Waar eerder duidelijk vastgelegd was wie welke taken uitvoert en op welke manier, lijkt in het nieuwe zorgconcept meer vrijheid te zijn om dit als team nader te bekijken en hierover te oordelen.

Naast het feit dat de positie van de zorgmedewerkers verandert wordt ook iets anders verwacht van de leidinggevenden van teams. Waar zij eerder leiding gaven in een command & control structuur wordt nu van hen ook een andere opstelling gevraagd. Een leidinggevende wordt geacht om een meer ondersteunde en aanmoedigende rol aan te nemen en te stimuleren dat medewerkers meer empowered worden (Kurucz, 2010). Hierdoor lijkt de hiërarchie binnen een team af te nemen. Immers, een leidinggevende zou hierdoor minder boven en meer midden in het team komen te staan. Het lijkt er daardoor op dat de structuur meer de vorm krijgt van het web of inclusion. Daarnaast gaan teams zich ook bezig houden met management issues. Dat betekent dat er meer beslissingsbevoegdheid bij de medewerkers op de werkvloer komt te liggen dan voorheen (Kane e.a., 2007). De vraag is in hoeverre medewerkers ook daadwerkelijk meer autonomie krijgen. Geeft het management inderdaad een dusdanig gedeelte van de beslissingsbevoegdheid uit handen zodat de medewerkers op de vloer in staat zijn adequaat te kunnen reageren op wat er in het werkveld gebeurt? Indien dit inderdaad gebeurt lijkt het er op dat ook hier te zien is dat de hiërarchie minder wordt doordat medewerkers meer mee mogen beslissen. Aan de andere kant moet ook de bewoner meer empowered worden. Waar eerder sprake was van het hospitaliseringseffect (Gastelaars, 2006) moeten bewoners nu zelf beslissingen gaan nemen (te Boekhorst, 2008). Een andere vraag die gesteld kan worden is hoe medewerkers hier aan bij kunnen dragen.

Bovenstaande in ogenschouw nemend lijkt het er op dat in de overgang van een grootschalige naar een kleinschalige woonvorm ook een en ander verandert in de organisatie van arbeid op groepsniveau. Hierbij ziet het er naar uit dat op de schaal van bureaucratisch naar zelfsturend team

de structuur meer verschuift richting een zelfsturend team. Hoe dit er in de praktijk uitziet zal nog moeten blijken.

5.7 De organisatie van arbeid op individueel niveau

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan de organisatie van arbeid op individueel niveau. Om hier meer inzicht in te verkrijgen wordt gebruik gemaakt van twee theoretische concepten.

Er is voor gekozen gebruik te maken van de Job Design literatuur omdat dit gaat over het aanpassen van functies. Dat is ook wat aan de hand is bij de transitie van het ene naar het andere zorgconcept. Zoals eerder aangegeven komt uit de reeds bestaande theorie over pcc & cc naar voren dat voor de individuele medewerker op dit vlak aspecten veranderen. Door gebruik te maken van Job Design theorie wordt getracht hier dieper op in te gaan. De Job Design theorie geeft inzicht in op welke manieren functies kunnen worden aangepast. Om de theorie over Job Design nader te bekijken wordt het Job Characteristics Model (JCM) gebruikt. De Job Design theorie geeft aan wat aan de vorm van een functie verandert maar niet wat exact in de invulling van een functie verandert. Door middel van het JCM model kan meer licht worden geworpen op wat maakt dat het job design verandert en op welke gebieden een functie dan exact verandert. Het JCM moet worden gezien als een nadere invulling van de Job Design theorie.

5.7.1 Job Design

Zoals eerder te lezen was in de veranderingen die de overgang van het ene naar het andere zorgconcept met zich meebrengt, is te zien dat de indeling van het werk verandert. Hieronder zal nadere aandacht worden besteed aan de manieren waarop werk kan worden aangepast en wat de gevolgen hiervan zijn voor medewerkers. Functie simplificatie, functie verbreding en functie verrijking zullen onderstaand kort worden aangestipt.

5.7.1.1 Functiesimplificatie

Ten eerste bestaat de mogelijkheid tot functiesimplificatie. Hierbij worden taken zover mogelijk opgedeeld in subonderdelen om op die manier de efficiëntie van het uitvoeren van werktaken te vergroten. Het denkwerk van een functie wordt uitgevoerd door leidinggevenden. Deze manier van het organiseren van werk is met name effectief in een organisatie waarvan de omgeving stabiel is. Het effect op medewerkers van een dergelijke organisatie van werk is dat de motivatie van medewerkers vaak laag is. Indien werk niet aansluit bij wat een medewerker wenst in zijn werk, doordat het bijvoorbeeld heel eentonig is, zijn medewerkers minder gemotiveerd (Kluytmans, 2005).

Vaak brengt deze manier van het organiseren van werk hoge turnover cijfers met zich mee en is de werktevredenheid erg laag. Ook het klantgericht werken wordt hierdoor bemoeilijkt omdat medewerkers soms niet kunnen zien wat hun handelingen doen voor het eindproduct voor de klant. De kernaspecten zoals beschreven in het job characteristics model, dat in de volgende paragraaf nader zal worden toegelicht, zijn over het algemeen in zeer beperkte mate ingevuld bij deze manier van het organiseren van werk. Het monotone werk in organisaties kan voor serieuze problemen in de organisatie zorgen. In reactie hierop zijn hiervoor daarom oplossingen bedacht (Kluytmans, 2005). Deze worden onderstaand verder behandeld.

5.7.1.2 Functieverbreding

Ten eerste bestaat de mogelijkheid tot functieverbreding. Er is hierbij sprake van horizontale verbreding van taken. Dit betekent dat medewerkers wel meer taken krijgen maar dat de taken niet meer uitdaging bieden qua bijvoorbeeld moeilijkheidsgraad. Hierbij is dus geen sprake van verdieping van taken. Vaak wordt deze manier van werken ingezet om het werk minder eentonig te maken. Hierdoor wordt de vaardigheden variëteit van medewerkers vergroot (Gómez-Mejía e.a., 2001).

5.7.1.3 Functieverrijking

Daarnaast is er de mogelijkheid tot functieverrijking. Hierbij wordt getracht het werk zowel horizontaal te verbreden als verticaal te verdiepen en hierdoor een verhoogde motivatie en performance van medewerkers te verkrijgen (Kluytmans, 2005). Het idee achter de functie verrijking is dat een medewerker verantwoordelijkheid krijgt voor het produceren van een compleet product of dienst. Een medewerker krijgt meer autonomie en krijgt feedback over de dienst die wordt afgeleverd. Het invoeren van taakverrijking kan worden beperkt door de capaciteiten van de medewerker (Kluytmans, 2005). In het geval van de zorg zou dat bijvoorbeeld betekenen dat niet iedere medewerkers dezelfde formele bevoegdheden heeft. Hierbij kan worden gedacht aan het spuiten van insuline bij bewoners; niet alle medewerkers zijn hiertoe bevoegd en dus kan dit niet maar zo als taakverrijking in ieders takenpakket worden verwerkt. Een medewerker krijgt meer maar ook complexere taken toebedeeld krijgt.

5.7.2 Het Job Characteristics Model

Er zijn verschillende theorieën beschreven die betrekking hebben op het individuele niveau van de organisatie van arbeid. In dit onderzoek zal het job characteristics model van Hackman & Oldham (1975) worden gebruikt (Gómez-Mejía e.a., 2001). Hier is voor gekozen omdat het model een meer concrete invulling geeft van welke aspecten exact veranderen als er sprake is van job redesign zoals eerder beschreven. Daarnaast komen veel van de punten die naar voren komen als wordt gekeken naar de veranderingen in de functie bij het overgaan van de ene naar het andere zorgconcept, overeen met de job characteristics die worden genoemd door Hackman & Oldham.

Het uitgangspunt van het job characteristics model is dat medewerkers meer gemotiveerd zullen zijn indien een functie bepaalde kern onderdelen bevat. Deze kernonderdelen zorgen er voor dat medewerkers bepaalde psychologische toestanden ervaren. Vervolgens heeft dit invloed op hoe een medewerker uiteindelijk zijn of haar werk verricht.

In het model van Hackman & Oldham (1975) worden vijf kernkenmerken van een functie gedefinieerd:

- Vaardigheden variëteit: De variëteit in vaardigheden die wordt aangesproken bij het uitvoeren van het werk.
- Taak identiteit: In hoeverre een medewerker een taak van begin tot eind zelf kan uitvoeren met een zichtbare uitkomst.
- Taak significantie: De mate waarin de functie invloed heeft op anderen. Dit kan zowel intern als extern ten opzichte van de organisatie zijn.
- Autonomie: De mate van vrijheid, onafhankelijkheid en discretie die een medewerker ervaart op gebieden zoals het samenstellen van werkschema's en het nemen van besluiten.

- Feedback: De mate waarin een medewerker toegang heeft tot informatie met betrekking tot performance en behaalde doelen van het werk.

De eerste drie bovenstaande punten leiden, indien zij in voldoende mate aanwezig zijn, tot betekenisgeving aan het werk door medewerkers. Het vierde punt leidt tot het voelen van verantwoordelijkheid voor de uit te voeren taken en het vijfde punt leidt tot kennis van de resultaten die voortkomen uit de werkinspanningen. Indien alle drie deze psychologische toestanden aanwezig zijn heeft dit een positief effect op de motivatie, performance, commitment en het absentieniveau van de organisatie (Gómez-Mejía e.a., 2001). Voordat deze effecten op kunnen treden moet worden voldaan aan drie persoonlijke voorwaarden van de werknemer: de werknemer moet beschikken over de noodzakelijke kennis voor het uitvoeren van het werk, de werknemer moet de behoefte hebben om zichzelf te ontwikkelen en er moet een bepaald niveau van tevredenheid zijn met de werkomgeving (Kluytmans, 2005).

In dit onderzoek is de vraag welke obstakels de overgang van het ene naar het andere zorgconcept met zich meebrengt. Gezien het feit dat het er op lijkt dat de bovenstaande punten veranderen, heeft dit gevolgen op belangrijke gebieden. De verwachting dat deze aspecten zullen veranderen komt voort uit de beschrijving die Gastelaars (2006) geeft als het bijvoorbeeld gaat over het uitbreiden van de uitvoerende repertoires. Verderop in deze paragraaf onder het kopje transitie zal nog verder duidelijk worden dat in de bovenstaande punten veranderingen kunnen worden verwacht.

5.7.3 Transitie zorgconcept op individueel niveau

5.7.3.1 Job Design

De taakhoud van medewerkers verandert bij de overgang van het ene naar het andere zorgconcept. Zo wordt het takenpakket van zorgmedewerkers breder dan voorheen (Kane, 2007). Naast de zorgtaken die oorspronkelijk in de functies thuishoren, wordt van medewerkers nu ook verwacht dat zij bijvoorbeeld gaan schoonmaken, koken, wassen en bewoners hun tijd laten besteden zoals zij dat prefereren. Er gaan hierdoor extra taken behoren tot de functie van zorgmedewerker. De vraag kan gesteld worden wat medewerkers vinden van deze ontwikkeling (Kane, 2007). Als wordt gekeken naar de bovenstaande theorie is te zien dat sprake is van functie verbreding. Er is sprake van een horizontale verbreding aangezien medewerkers met name meer taken gaan uitvoeren en niet per se meer gecompliceerde taken. Immers, medewerkers gaan werkzaamheden uitvoeren die eerder niet tot hun takenpakket behoorden.

Ook de taakverdeling verandert. Zo is een verandering te zien in de verdeling van functies. Hierdoor krijgen bepaalde medewerkers wellicht meer of gecompliceerdere taken toebedeeld dan in het oude zorgconcept en kan dus sprake zijn van taakverbreding of taakverrijking. Dit kan ook nog gestimuleerd worden door het feit dat de verhouding van diverse functies anders is dan in een grootschalig verpleeghuis waar bijvoorbeeld het aantal gecertificeerde verpleegkundige veel hoger ligt (Verbeek e.a., 2009). Ook hierdoor kunnen taken die eerder alleen door verpleegkundigen werden uitgevoerd nu wellicht ook bij lager opgeleid zorgpersoneel komen te liggen.

Wat een andere trend is in het zorgveld is de taakherverdeling. Dat is bijvoorbeeld te zien bij de kleinschalige woonvormen. Er worden medewerkers met een lagere opleiding ingezet voor het dragen van bevoegdheden en het uitvoeren van bijbehorende taken die eigenlijk behoren tot hogere functies

(van Hoof e.a., 2009). Het lijkt er daardoor op dat ook hierdoor sprake is van taakverrijking aangezien bevoegdheden die eerder ergens anders lagen nu ook bij zorgmedewerkers van lagere niveaus komen te liggen. Dat zou overigens kunnen betekenen dat deze taakverrijking meer aanwezig is voor zorgmedewerkers van lagere niveaus dan voor zorgmedewerkers van hogere niveaus. Daarnaast is in de theorie over het JCM aangegeven, dat sprake is van taakverrijking indien de vijf kernaspecten zoals deze zijn weergegeven in het JCM toenemen (Kluytmans, 2005). Onderstaand zal naar voren komen in hoeverre de veranderingen in de transitie te herkennen zijn in het JCM.

5.7.3.2 Job Characteristics Model

Als wordt gekeken naar de vijf kernpunten die worden onderscheiden in het job characteristics model dan is te zien dat er in de overgang van het ene naar het andere zorgconcept een aantal verschuivingen plaatsvinden in deze kernpunten.

Vaardigheden variëteit

Zo komen er in de nieuwe rol van het zorgpersoneel een aantal benodigde vaardigheden bij. Als er van uit wordt gegaan dat het medisch model verdwijnt en daarvoor in de plaats een model komt dat zich meer richt op het sociaal welbevinden van de persoon en zijn of haar persoonlijke voorkeuren, dan betekent dat dat medewerkers zich meer zullen moeten gaan verdiepen in de patiënt en dat verwacht wordt dat hij kan inspelen op de behoeftes en de persoonlijkheid van de bewoner in plaats van alleen op de medische zorg die iemand nodig heeft (Kurucz, 2010). Zoals eerder aangegeven worden mantelzorgers gezien als een belangrijke factor in het verlenen van zorg. Ook met betrekking tot dit onderwerp vervullen zij een belangrijke rol aangezien zij informatie kunnen verschaffen over het verleden en voorkeuren van bewoners (Crandall e.a., 2007). Dat betekent dat medewerkers nog meer dan in het traditionele zorgconcept het gesprek aan moeten gaan met mantelzorgers. Ook wordt er meer verwacht van de mantelzorgers als het gaat om de zorg voor dementerenden (van Hoof e.a., 2009). Hoewel in de grootschalige woonvormen soms ook een beroep wordt gedaan op de mantelzorgers, is het in de kleinschalige woonvormen een expliciet speerpunt om mantelzorgers een taak te geven in het zorgproces. In kleinschalige zorg of pcc betreft het een punt dat behoort tot de filosofie, waar het in de grootschalige zorg een punt is dat te maken heeft met efficiëntie. Hierdoor worden bepaalde zorgtaken uitgevoerd door de mantelzorgers. Aan de andere kant betekent dit dat medewerkers nog meer moeten overleggen met mantelzorgers. Ook aandacht voor de gevoelens en meningen van mantelzorgers wordt een aandachtspunt voor de zorgmedewerkers.

Waar eerder alles werd besloten voor een dementie patiënt is er nu veel aandacht voor het zelf beslissingen laten nemen door een bewoner. Dit vraagt ook wat anders van de medewerkers: zij moeten veel meer de interactie aangaan met bewoners. Hiervoor zijn goede communicatieve en sociale vaardigheden vereist, waar eerst veel sterker de aandacht medisch taakgeoriënteerd was.

De rol van verplegende verandert van een rol waarin de nadruk ligt op het naleven van regels in een rol waarin team-building en coaching belangrijk worden. Het team bevat in dit geval niet alleen de collega's maar ook mantelzorgers (Crandall e.a., 2007). Zoals eerder aangegeven is meer dan in het oude zorgconcept sprake van onderlinge afhankelijkheid en zullen medewerkers met elkaar, mantelzorgers en bewoners de samenwerking aan moeten gaan. Dit doet een ander beroep op de communicatie- en samenwerkingscompetenties van medewerkers.

Taakidentiteit

Ook in de taakidentiteit zou wat kunnen veranderen. Waar eerder een medewerker met meerdere collega's op een afdeling stond en de taken sterk opgesplitst waren, staat een zorgmedewerker nu zijn of haar hele dienst alleen en heeft dus tot taak de complete zorg voor de bewoner op zich te nemen. Daarnaast is een medewerker intensief betrokken bij een kleiner aantal bewoners waardoor het hele proces meer inzichtelijk wordt (te Boekhorst e.a., 2008). Zo kunnen medewerkers op de hoogte blijven van alle aspecten van zorg die omtrent een bewoner spelen. Het is te verwachten dat dit in het oude zorgconcept moeizamer was aangezien daar een slechts een gedeelte van de zorg werd uitgevoerd door een medewerker en de medewerker veel meer bewoners op een dag verzorgde.

Taaksignificantie

Vanuit de literatuur wordt niet duidelijk of er sprake is van een toename van taaksignificantie. Een zorgmedewerker heeft altijd invloed op de bewoners waar voor gezorgd wordt, al is het alleen al omdat een bewoner (deels) afhankelijk is van deze medewerker. Het moet blijken of de invloed die de medewerkers op anderen hebben wordt vergroot. Wat wel plausibel lijkt is dat een medewerker meer invloed heeft op een bewoner door de meer holistische aanpak in een kleinschalige woonvorm (Kurucz, 2010). Waar eerder alleen oog was voor de medische zorg is in het nieuwe zorgconcept ook aandacht voor de religieuze, psychologische en sociale toestand van de patiënt. Daarnaast is er veel aandacht voor de relatie tussen medewerker en bewoner (White-Chu e.a., 2009). Dat een medewerker hierdoor in zijn werk een grotere impact heeft op een bewoner lijkt waarschijnlijk.

Hoewel hierover in de literatuur over job characteristics niks vermeld wordt is hier ook het omgekeerde het geval. Medewerkers gaan namelijk deel uit maken van het 'gezin' (te Boekhorst e.a., 2008). Hoewel hier in de literatuur niets over gezegd wordt kan de vraag worden gesteld wat voor weerslag dit heeft op medewerkers. In een traditionele instelling is er een duidelijk scheiding tussen medewerker en dementie patiënt. Als een medewerker deel uit gaat maken van het gezin, bestaat de mogelijkheid dat dit duidelijk onderscheid vervaagt. Hierdoor zou niet alleen de medewerker meer invloed kunnen hebben op de klant maar de klant ook op de medewerker. Gezien het feit dat medewerkers in een dienstverlenende organisatie proberen de klant enigszins op afstand te houden kan dit een obstakel vormen voor medewerkers (Gastelaars, 2006).

Autonomie

Ook de autonomie van de medewerker wordt in het nieuwe zorgconcept vergroot. Een ander gevolg is namelijk dat het aantal verpleegsters sterk naar beneden is bijgesteld: op een dag zijn er 1 of 2 verpleegsters die de zorg dragen voor een 'huishouden' (te Boekhorst e.a., 2008). In de grootschalige woonvorm waren er altijd meerdere collega's aanwezig. Hiermee konden werkgerelateerde onderwerpen overlegd worden waar medewerkers nu zelf de beslissing moeten nemen als er iets gebeurt op de werkvloer (van den Berg e.a., 2006). Van een medewerker wordt hierdoor een meer autonome werkhouding verwacht. Ook konden collega's eerder gebruikt worden voor het delen van zorgen, twijfel of frustratie. Nu is dat alleen mogelijk in de tijd dat de overdracht van de ene naar de andere dienst plaatsvindt, aangezien medewerkers nu alleen of met twee op een groep staan (Kurucz, 2010). Daarnaast wordt ook door middel van de zelfsturende teams meer autonomie aan medewerkers gegeven.

Daarnaast neemt de zwaarte van de verantwoordelijkheden van het zorgpersoneel toe (te Boekhorst e.a., 2008). Dit laatste punt wordt met name veroorzaakt doordat medewerkers nu vaak alleen op een groep medewerkers komen te staan en de gehele verantwoordelijkheid op dat moment bij de medewerker ligt.

Feedback

Daarnaast zou een medewerker vast op een groep moeten staan bestaande uit 6-8 bewoners. Dat betekent dat de medewerker beter op de hoogte kan blijven van hoe het met de 'klant' gaat (Kurucz, 2010). Op die manier is voor de medewerker de informatie over de resultaten die worden behaald met het werk dat wordt verricht.

Als door de bril van het job characteristics model wordt gekeken naar de organisatie van arbeid is de verwachting dat de tevredenheid en daarmee de motivatie van de medewerkers alleen maar gestegen zou moeten zijn in vergelijking met de grootschalige woonvormen. De vraag is of dit inderdaad het geval is. Daarnaast wordt er met betrekking tot dit model geen aandacht besteed aan het doorvoeren van veranderingen in de vijf kerngebieden. De vraag kan ook gesteld worden hoe medewerkers deze vrij grote veranderingen ervaren.

5.8 Afsluiting

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de theoretische concepten die van belang lijken te zijn als het gaat om de organisatie van arbeid met betrekking tot de overgang naar een nieuw zorgconcept. De vraag die afsluitend moet worden gesteld is hoe deze concepten ingezet gaan worden in dit onderzoek. Gezien het feit dat in dit onderzoek gebruik zal worden gemaakt van interviews voor het verzamelen van data zullen de bovenstaande onderwerpen terug te vinden zijn in de topiclijsten die gebruikt zullen worden in deze interviews. Hierbij zal niet direct worden gevraagd naar de theoretische concepten. Er zal gevraagd worden naar hoe het werk van de medewerkers er in eerste instantie uit zag en hoe dit er nu uit ziet. Verschillende aspecten zoals bijvoorbeeld hoe medewerkers worden aangestuurd zullen daar wel in terug komen. De topiclijsten die zijn opgesteld aan de hand van dit theoretisch kader zijn terug te vinden in de bijlagen. De diverse niveaus worden bijvoorbeeld in de interviews niet naar voren gebracht maar zullen uit de interviews worden gedistilleerd. In de analysefase zullen de theoretische concepten weer duidelijk naar voren komen. Op dat punt zullen de interviewuitkomsten in contact worden gebracht met de beschreven concepten.

6. VERANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSMETHODEN

6.1 Wetenschapsfilosofische overtuiging

In dit onderzoek wordt aandacht gegeven aan de betekenisgeving van medewerkers en management rondom het onderzoeksonderwerp. Het gaat er daarbij om hoe zij de werkelijkheid zien. Er is gekeken naar de kansen en bedreigingen die zij ervaren hebben omtrent de overgang van de grootschalige naar de kleinschalige woonvormen. Uiteindelijk zijn de daadwerkelijke kansen en bedreigingen immers de uitdagingen die door de betrokken actoren ervaren worden. Wie deze actoren in dit onderzoek zijn wordt later uitgelegd onder het kopje respondenten. In dit onderzoek wordt er daarnaast van uit gegaan dat er geen objectieve waarheid is maar dat deze waarheid wordt samengesteld door mensen die zich gezamenlijk in een bepaalde context begeven. Dat betekent dat de resultaten welke uit het onderzoek naar voren zijn gekomen niet één op één toe te passen zijn binnen een andere organisatie. Hoewel de onderzoeksresultaten niet generaliseerbaar zijn naar andere organisaties, kunnen ze wel een indicatie geven van wat speelt in andere organisaties met betrekking tot de transitie naar een ander zorgmodel. Daarnaast is er de generaliseerbaarheid binnen de organisatie. Hoewel deze groter zal zijn dan de externe generaliseerbaarheid aangezien de context meer overeenkomt, kunnen ook binnen de organisatie de resultaten niet één op één worden overgenomen. De reden hiervoor is dat bijvoorbeeld de leidinggevenden een belangrijke rol spelen bij implementatie van nieuw beleid en iedere afdeling een andere leidinggevende heeft.

Het uitgangspunt van dit onderzoek is dan ook niet om wetmatigheden vast te stellen. Echter, zoals bovenstaand aangegeven kunnen de resultaten van dit onderzoek wel inzicht geven in de mogelijke kansen en bedreigingen omtrent de overgang. Verder onderzoek zal echter nodig zijn om de resultaten meer generaliseerbaar te maken. Gezien het feit dat iedere organisatie zich bevindt in een unieke context, kunnen alleen regelmatigigheden onder de verschillende respondenten vastgesteld worden (Boeije, 2008).

6.2 Kwalitatief onderzoek

Gezien het feit dat nog weinig bekend lijkt over kleinschalige woonvormen in zijn algemeenheid en de uitdagingen die de overgang met zich meebrengt op het gebied van arbeid in het bijzonder, is gekozen voor een interpretatief onderzoek. Door te Boekhorst e.a. (2008) is onderzoek gedaan naar de verschillen tussen een grootschalige en een kleinschalige woonvorm voor medewerkers, bewoners en mantelzorgers (te Boekhorst, 2010). Als wordt gekeken naar medewerkers wordt met name gefocust op wat verschillende zorgconcepten voor invloed hebben op het stresslevel van zorgmedewerkers. Gezien het feit dat stress in de zorgsector een factor is die sterk aanwezig is, is dit te verklaren. Wat specifiek de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg betekent voor de organisatie van arbeid is nog niet specifiek onderzocht. Zoals in de theorie naar voren komt is wel kennis beschikbaar over wat speelt rondom de overgang van een medisch model naar pcc of naar de cc beweging. Het was echter vooraf moeilijk te definiëren wat exact voor de onderzoeksorganisatie speelt rondom dit onderwerp. Om dit duidelijk in beeld te krijgen is de keuze gemaakt voor een interpretatief onderzoek. Op die manier is getracht om het uitsluiten van aspecten die meespelen zoveel mogelijk te voorkomen. Verder zal in dit onderzoek aandacht zijn voor zowel perspectief van de medewerker als ook het perspectief van het management. Op die manier

wordt getracht een meer compleet beeld te creëren van de onderwerpen die spelen betreffende het onderzoeksonderwerp. Aangezien medewerkers en management een eigen werkcontext hebben, is de verwachting dat zij ook vanuit een ander perspectief kijken naar de overgang naar een nieuwe woonvorm.

Verder ligt in dit onderzoek de focus op de beleving van mensen en de reden dat ze iets op een dergelijke manier ervaren. Het gaat daarbij niet over objectief meetbare aspecten en daarnaast zal ieder individu een situatie op een andere manier ervaren. Door middel van het doen van kwalitatief onderzoek, gebruikmakend van interviews, is getracht te achterhalen waarom mensen een bepaalde betekenis aan een situatie geven. Juist omdat nog niet zoveel bekend is over hoe medewerkers een dergelijk overgang ervaren, lijkt het van belang te achterhalen wat hun percepties hierover zijn en waarom deze percepties zo zijn. Daarnaast was vooraf überhaupt niet duidelijk wat exact speelt rondom een overgang naar een nieuw zorgconcept en lijkt een enquête dus ook niet erg bruikbaar.

Als laatste past een kwalitatief onderzoek goed bij de hierboven beschreven wetenschapsfilosofie. Indien op zoek wordt gegaan naar hoe medewerkers en management een bepaalde situatie ervaren hebben, lijkt een interview een meer geschikt instrument dan bijvoorbeeld een enquête. Dit omdat naast de vraag *wat* door medewerkers en management wordt ervaren als kans of bedreiging, ook de interesse uit gaat naar *waarom* medewerkers en management iets op een bepaalde manier ervaren.

6.3 Case Study

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een case study. Dat wil zeggen dat is gekeken naar één organisatie en naar het proces wat daar heeft plaatsgevonden en de natuurlijke context die bij die organisatie hoort (Boeije, 2008). Bij een case study wordt een verschijnsel op verschillende niveaus bekeken om zo een zo compleet mogelijk beeld te krijgen. Ook in dit onderzoek is dat het geval aangezien medewerkers en management op verschillende niveaus worden geïnterviewd. De hoofdreden om hiervoor te kiezen is echter de gehanteerde onderzoeksvatting. Hier zal later op in worden gegaan in de paragraaf respondenten. In dit geval is gekeken naar de verwachtingen vooraf aan de overgang naar de kleinschalige woonvorm en de daadwerkelijk ervaren uitdagingen nu het nieuwe woonconcept ook daadwerkelijk is ingevoerd.

De case study wordt vaak gebruikt voor “*de diagnose en evaluatie van een praktijkprobleem dat betrekking kan hebben op een fusie, een nieuw programma, een budgetsysteem enzovoort*” (Boeije, 2008). Een case study lijkt dan ook een geschikte onderzoeksvorm voor een onderzoek naar de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen waarbij aandacht is voor wat de kansen en bedreigingen zijn.

6.4 Methode van dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van diverse vormen van data verzameling. Deze worden onderstaand toegelicht.

6.4.1. Individuele interviews

Zo is ten eerste gebruik gemaakt van open interviews met medewerkers en management op diverse niveaus. De keuze voor open interviews is gemaakt omdat zoals eerder aangegeven weinig bekend is

over het specifieke onderzoeksonderwerp, de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen. Ook wordt in dit onderzoek aandacht geschonken aan de beleving van de medewerker. Als men erachter wil komen hoe een respondent betekenis geeft aan de situatie welke wordt onderzocht, is het van belang om als onderzoeker zo min mogelijk te sturen. Door het gebruik van een interview met zo open mogelijke vragen wordt getracht om dit te bereiken. Dit was terug te zien in de topiclijst. Zo is bijvoorbeeld niet gevraagd naar de specifiek verwachte veranderingen vanuit het theoretisch kader maar is alleen gevraagd naar of en zo ja welke veranderingen een medewerker heeft opgemerkt in haar werk. Hoewel de interviews open zijn ingestoken is de onderzoeker soms meer sturend geweest dan van tevoren gepland was. Dit is met name het geval geweest in interviews met respondenten die minder spraakzaam waren. Om het gesprek op gang te brengen is hier soms meer input geleverd door de onderzoeker dan in eerste instantie de bedoeling was.

Daarnaast wordt er in dit onderzoek vanuit gegaan dat de organisatie waar het onderzoek gehouden zal worden uniek is en daarom niet 1 op 1 te vergelijken is met hoe bepaalde veranderingen ervaren zijn in een andere organisatie waar het concept net iets anders is dan in de onderzoeksorganisatie. Vanuit de interviews is dan ook naar voren gekomen welke aspecten spelen omtrent het onderwerp. Voor het interview is wel gebruik gemaakt van een aantal hoofdthema's. Dit zijn de dikgedrukte termen in de topiclijsten. Deze zijn te vinden in bijlage 1,2 en 3. Deze zijn opgesteld aan de hand van gebruikte literatuur en er is geprobeerd deze onderwerpen zo algemeen mogelijk te houden. Op die manier is geprobeerd de respondenten zoveel mogelijk ruimte te geven voor invulling. Daarnaast is speciale aandacht gegeven aan het vertalen van deze concepten naar de geïnterviewde. Wat voor een manager gebruikelijke woorden zijn kunnen voor een verzorgende compleet onbekende termen zijn (Boeije, 2008). Gezien het feit dat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van een interpretatieve benadering, is het logisch dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke taal van de respondenten. Door hun taal als uitgangspunt te gebruiken wordt dit zoveel mogelijk getracht. Hierdoor is bijvoorbeeld niet gekozen voor de indeling van het theoretisch kader met de daar beschreven concepten maar wordt in de interviews, op beide niveaus, gevraagd naar de dagindeling van de medewerker. Met de mensen op de vloer worden medewerkers bedoeld die de zorg ook daadwerkelijk verlenen. Aan de hand van de factoren die zij definiëren als belangrijk omtrent de overgang zullen vervolgens de andere respondent categorieën geïnterviewd worden. De andere categorie respondenten is het management.

6.4.2 Documentanalyse

Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van document analyse. Zo is gekeken naar de blauwdruk die is opgesteld in het kader van het kleinschalige wonen. Dit is een document wat als leidraad kan dienen voor locaties die het kleinschalige wonen invoeren. Met name voor hoofdstuk twee is dit document zeer bruikbaar geweest. Daarnaast is gekeken naar jaarverslagen van de organisatie en de trainingsreader die is opgesteld door de organisatie. Deze documenten hebben een rol gespeeld in de voorbereiding van en oriëntatie op het onderzoek. Door deze documenten te bestuderen kon een duidelijker beeld worden gevormd over de organisatie en de ondersteuning die geboden wordt in de overgang naar kleinschalig wonen. Deze documentatie is met name gebruikt als achtergrondinformatie voor het onderzoek. Als laatste is deze documentatie gebruikt om een vergelijking te maken tussen het voorgenomen beleid en het daadwerkelijke beleid. De aanname die hierbij dus gedaan wordt, is dat de geschreven documentatie voorgenomen beleid is. Hiervoor is de

data uit de interviews vergeleken met deze documenten. Er is gekeken of deze twee overeenkomen of niet en zo niet waarom een discrepantie bestaat.

6.4.3 Observaties

Om als onderzoeker een beeld te krijgen bij de kleinschalige woonvormen is gebruik gemaakt van observaties. Deze observaties hebben plaatsgevonden in een kleinschalige woonvorm. Hoewel in het theoretisch kader een schets is gegeven van de eigenschappen waar een kleinschalige woonvorm aan moet voldoen, is het interessant om te zien hoe de onderzoeksorganisatie dit in de praktijk heeft gebracht. Op die manier is door de onderzoeker geprobeerd om een beter beeld te krijgen van de context waarin de respondenten zich dagelijks begeven. Daarnaast zijn daarbij veldnotities gemaakt om zo bijvoorbeeld te zien hoe de interactie tussen medewerker en bewoner er uit ziet. Overigens is het erg lastig gebleken hier daadwerkelijk conclusies aan te verbinden aangezien de observaties momentopnamen zijn en slechts een medewerker per keer geobserveerd kon worden. Door het tijdsbestek is niet de mogelijkheid geweest meerdere dagen te observeren. Deze observaties hebben dan ook met name gediend als context verkenning. Daarnaast is wel gekeken naar hoe de diverse eigenschappen van het kleinschalig wonen terug te herkennen zijn in de praktijk en waar de werkzaamheden van een medewerker gedurende een dag uit bestaan.

6.5 Keuze respondenten

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij een ouderenzorginstelling. Deze instelling voldoet aan een aantal eisen. Zo betreft het een instelling die voorheen de zorg voor demente ouderen op de grootschalige manier had vormgegeven. Inmiddels zijn zij begonnen met de transitie naar een kleinschalige woonvorm. Er is voor gekozen om onderzoek te doen bij een instelling waar de overgang reeds gemaakt is omdat deze informatie kan verschaffen over zowel de obstakels welke van tevoren verwacht werden als de daadwerkelijk ervaren obstakels op het gebied van de organisatie van arbeid.

De kleinschalige woonvorm is op de ene afdeling inmiddels een aantal jaar ingevoerd, op de andere afdeling sinds januari 2011 en is toegespitst op dementerenden. Zowel de huidige als de oude woonvorm voldoen aan de eigenschappen van de grootschalige en kleinschalige woonvorm zoals deze in hoofdstuk 3 beschreven zijn. Enige uitzondering is dat het punt koken op de woonkamer op de tweede afdeling nog moet worden ingevoerd. Hierdoor is echter inzichtelijk geworden welke obstakels verwacht worden door medewerkers. In combinatie met de afdeling waar al langere tijd gekookt wordt brengt dit een breed beeld tot stand omtrent het onderwerp koken. In het onderzoek is aandacht voor de context waarin de organisatie zich bevindt. Er wordt in dit onderzoek vanuit gegaan dat deze context medebepalend is voor de uitdagingen die organisaties tegenkomen. Hierbij kan gedacht worden aan de cultuur van de organisatie: deze kan bijvoorbeeld van invloed zijn op hoe medewerkers en management omgaan met verandering. Verschillen tussen organisaties zouden ook kunnen ontstaan door deze diverse contextfactoren. Zoals eerder genoemd is er een verschil in hoe lang de afdelingen al werken met het kleinschalige woonconcept.

Binnen de overkoepelende zorginstellingen zijn medewerkers van een specifieke locatie geïnterviewd. Daarnaast is er een zorgmanager en projectmedewerker van de overkoepelende organisatie geïnterviewd. De locatie werkt volgens de tien richtlijnen van het kleinschalig wonen zoals beschreven in hoofdstuk 3.

Binnen de onderzoeksorganisatie zijn verschillende actoren geïnterviewd. Al deze actoren zijn betrokken geweest bij de overgang van grootschalige naar kleinschalige zorg. Om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de uitdagingen die de overgang met zich meebrengt, zijn diverse respondenten gekozen die de overgang vanuit verschillende perspectieven bekijken. Welke aspecten als uitdaging worden beleefd kan vanuit verschillende functies uiteenlopend zijn. Gezien het feit dat gebruik is gemaakt van een case study, is het ook vanzelfsprekend dat diverse actoren in de organisatie zullen worden geïnterviewd (Boeije, 2008). Voor dit onderzoek zijn de volgende respondenten geïnterviewd: een manager zorg en wonen die werkzaam is op het hoofdkantoor, een locatiemanager, een leidinggevende, een medewerker uit de projectgroep kleinschalig wonen van het stafbureau, zes medewerkers niveau 2 en vijf medewerkers niveau 3 (waaronder EVV'ers). De bewoners zijn in dit geval buiten beschouwing gelaten. Hier is voor gekozen omdat de nadruk in dit onderzoek ligt op de beleving van de organisatie van arbeid door medewerkers. Ook de mantelzorgers zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Het is verder van belang dat de respondenten zowel de grootschalige als de kleinschalige woonvorm hebben meegemaakt. Daarnaast is het met betrekking tot de zorgmedewerkers een balans gezocht tussen niveau 2 en niveau 3 medewerkers. Zo was het van tevoren denkbaar dat door een medewerker niveau 2 andere aspecten als uitdaging worden gezien als door een medewerker niveau 3. Deze verwachting is ontstaan gezien het feit dat tussen de functies verschillen zitten in soort werkzaamheden, bevoegdheden voor het doen van bepaalde handelingen en de complexiteit van werkzaamheden. Idealiter waren medewerkers random gekozen uit het medewerkersbestand. Echter, gezien het feit dat de start van de interviews vertraagd was en het vakantieperiode was, is ervoor gekozen medewerkers te selecteren op beschikbaarheid voor het houden van een interview binnen een bepaald tijdsbestek. Hoewel niet ideaal is op deze manier toch voorkomen dat door de organisatie bewust of onbewust medewerkers naar voren werden geschoven welke heel positief of juist negatief over de verandering zijn. Ook het zelf laten aanmelden van medewerkers voor de interviews is hierdoor als selectiemethode afgefallen: ook dit zijn mensen die hier expliciet iets over kwijt willen. De medewerkers die benaderd zijn voor de interviews wilden allen deelnemen aan het onderzoek.

Hoewel van tevoren deze categorieën gekozen zijn, was de intentie de mogelijkheid open te laten om naderhand andere categorieën te selecteren. Uit de eerste gesprekken vloeide voort dat toch ook andere categorieën interessant waren om te interviewen, zoals de verpleeghuisartsen. Ook hun positie verandert namelijk. Gezien de tijdsdruk die ontstond door de vertraging bij de start van de interviews was dit helaas niet meer mogelijk.

6.6 Data-analyse

De interviews zijn anoniem verwerkt. Na het afnemen van de interviews zijn deze zo snel mogelijk getranscribeerd. Op die manier is geprobeerd er voor te zorgen dat nog bijsturing mogelijk was in de daarop volgende interviews. Een voorbeeld hiervan is dat het na twee interviews met medewerkers zinvoller leek als eerste naar hun dagindeling in het grootschalige wonen te vragen en daarna naar de dagindeling in het kleinschalige wonen in plaats van andersom. Voor het uitwerken van de interviews is gebruik gemaakt van het programma MAXQDA. Aan de hand van de interviews is een codeboom opgesteld waar de diverse fragmenten uit de interviews onder geschaard zijn. Daarnaast kan uit de interviews informatie voortkomen welke meegenomen dient te worden in het volgende interview.

6.6.1. Verhouding empirie en theorie

In dit onderzoek is geprobeerd de empirie leidend te laten zijn ten opzichte van de theorie. Hoewel het theoretisch kader in zijn geheel voorafgaand aan de interviews is opgesteld, is dit theoretisch kader zoveel mogelijk losgelaten tijdens de interviews. Gezien het feit dat er tijdens het schrijven van het theoretisch kader en het houden van de interviews geruime tijd zat, heeft de onderzoeker het idee dat dit ook gelukt is. Bij het presenteren van de resultaten is de structuur van het theoretisch kader ook geheel buiten beschouwing gelaten. In de conclusie is de theorie vanzelfsprekend wel weer aangehaald maar is ook geprobeerd ruimte te laten voor bevindingen die niet in de theorie worden benoemd maar wel door de respondenten worden aangehaald.

6.6.2. Uiteenrafelen: open en axiaal coderen

Na het uitwerken van de interviews zijn deze eerst een voor een uiteengerafeld. Dat betekent dat aan de hand van de interviews de centrale begrippen in het onderzoek zijn vastgesteld. In eerste instantie is gebruik gemaakt van open codering. Dat is gebeurd door de interviews onder te verdelen in fragmenten die over een specifiek onderwerp gaan. In dit stadium is nog geen gebruik gemaakt van de begrippen zoals deze behandeld zijn in het theoretisch kader. Hierbij zijn zoveel mogelijk de begrippen gebruikt welke ook door de respondenten gebruikt zijn. Na de eerste paar interviews zijn de uiteengerafelde interviews met elkaar vergeleken. Hierdoor konden verschillende begrippen die eigenlijk naar hetzelfde onderwerp verwijzen worden samengevoegd. Door tussentijds deze dubbeling er uit te halen is voorkomen dat een lijst codes ontstaat welke niet meer behapbaar is voor de onderzoeker. Nadat alle interviews gehouden waren is een tweede analyse slag gemaakt, namelijk het omschrijven en afbakenen van de begrippen die eerder in vivo zijn samengesteld. Hierbij is ook helder gemaakt welke begrippen wel en welke niet relevant zijn voor het onderzoek. Dat betekent dat data welke niet relevant lijkt, uit de data voor de analyse is gehaald. Ook is een onderverdeling gemaakt in hoofd- en bijcodes. Vervolgens is aan de hand hiervan een codeboom gemaakt.

6.6.3 Structureren: Selectief coderen

Als laatste is aan de hand van de verschillende begrippen geprobeerd regelmatigigheden tussen de verschillende interviews vast te stellen door middel van selectieve codering. Hierbij is ook geprobeerd de verbanden te benoemd welke worden gezien tussen deze verschillende begrippen. Vervolgens is getracht de diverse begrippen te koppelen aan de sensitizing concepts uit het theoretisch kader. De uitwerking hiervan is terug te vinden in de conclusie. Uiteindelijk zal in deze fase de onderzoeksvraag worden beantwoord.

6.7 Betrouwbaarheid & Validiteit

6.7.1 Betrouwbaarheid

Om kwaliteit in het onderzoek te bieden is het van belang aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Juist omdat kwalitatief onderzoek voor veel mensen een vage inhoud lijkt te hebben is het van belang duidelijk te maken hoe het onderzoek is uitgevoerd (Boeije, 2005). In het kwalitatief onderzoek wordt betrouwbaarheid vaak afgemeten aan de nauwkeurigheid waarmee data is verzameld en de instrumenten welke gebruikt zijn bij het verzamelen van de data. In dit onderzoek is voor respondenten in dezelfde categorie dezelfde topiclijst gebruikt in de interviews.

De gebruikte topiclijsten zijn in de bijlage bijgesloten zodat kan worden nagegaan welke vragen aan de respondenten gesteld zijn.

6.7.2 Validiteit

Validiteit wordt in een kwalitatief onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd wanneer systematische fouten zoveel mogelijk voorkomen worden (Boeije, 2005). In dit onderzoek is dan ook extra aandacht besteed aan het zoveel mogelijk in het oog houden van het doel van het onderzoek. Hierbij is extra scherp gelet op het niet verdrinken in de vele informatie die in dit onderzoek naar boven is gekomen. Zo speelde er bijvoorbeeld ook andere grote thema's onder de medewerkers zoals het verkorten van de diensten van de niveau 2 medewerkers. Hierbij moet dus worden gedacht aan de vele informatie die door de interviews is verkregen. Bij de analyse van de data is geprobeerd de hoofdvraag te alle tijde in het oog te houden. Om de validiteit te waarborgen is in de interviews steeds gebruik gemaakt van dezelfde topiclijst. Een onderwerp wat echter na twee interviews is toegevoegd is het onderwerp koken. Daarnaast zijn open vragen gebruikt in de interviews om op die manier de respondenten de kans te geven de punten naar voren brengen die in hun beleving van belang zijn. Ook is in de interviews herhaaldelijk een samenvatting gegeven van wat de respondent gezegd heeft, om zo zeker mogelijk te zijn dat de respondent juist begrepen is. Ook in de onderzoeksanalyse moet de validiteit worden gewaarborgd (Boeije, 2005). Om hier aan te voldoen is de analysemethode van Boeije gebruikt. Daarnaast is in het onderzoek gebruik gemaakt van citaten uit de interviews om zo inzicht te geven in de interpretatie van de onderzoeker.

6.7.3 De rol van de onderzoeker

Daarnaast zijn de uitkomsten beïnvloed door de interpretatie van de onderzoeker. Zo vond er bijvoorbeeld tijdens de interviews een wisselwerking plaats tussen de respondent en de onderzoeker. Daarnaast kan de medewerker zich ongemakkelijk hebben gevoeld door de aanwezigheid van de onderzoeker en kan het zo zijn dat hij of zij zich niet volkomen vrij heeft gevoeld en wellicht sociaal wenselijke antwoorden heeft gegeven. Ook zal de onderzoeker altijd de informatie die door de respondent wordt gegeven moeten interpreteren. Dat is gebeurd vanuit het referentiekader van de onderzoeker. Hierdoor kan de informatie vertekend zijn. Het uitgangspunt was daarbij natuurlijk om dit zo min mogelijk te laten gebeuren. Om dit te ondervangen is tijdens de interviews begonnen met gemakkelijke vragen om op die manier de respondent op zijn gemak te stellen en aan elkaar te wennen. De onderzoeker heeft het idee dat dit de ene keer beter gelukt is dan de andere keer. Ook is gebruik gemaakt van de intervisie groep en individuele gesprekken met een medestudent. Door daarmee onderzoeksonderwerpen te bespreken is gecontroleerd of mede-onderzoekers situaties op dezelfde manier interpreteren als de onderzoeker. Ook met de begeleider vanuit het consultancy bureau hebben bijeenkomsten plaatsgevonden om bevindingen te toetsen.

Verder is door de onderzoeker een logboek bijgehouden. Achteraf kon zo worden terug gekeken waarom bepaalde beslissingen zijn gemaakt door de onderzoeker. Door de hectiek van het onderzoek en de tijdsdruk zijn niet alle zaken genoteerd. Daarnaast is bijvoorbeeld na een interview aangegeven of er bijzondere dingen aan de hand waren om zo vast te leggen wat de invloed van het gedrag van de onderzoeker is geweest.

Hoewel op de bovenstaande manieren is getracht een zo objectief mogelijke houding aan te nemen in het onderzoek, zijn er ook een aantal punten waarin de onderzoeker keuzes heeft moeten maken en hierdoor haar draai aan het onderzoek heeft gegeven.

7. RESULTATEN

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten die voort zijn gekomen uit de interviews worden gepresenteerd. Hierbij staat de beleving van medewerkers en het management van de organisatie centraal. De uitkomsten uit de interviews zullen bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek: *Welke bedreigingen en kansen ervaren medewerkers en het management van de ouderenzorginstelling X met betrekking tot de organisatie van arbeid in de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen?* De beleving van de medewerkers op de vloer en de beleving van het management van de organisatie zullen apart worden weergegeven om ook de verschillen hiertussen aan te geven. Als eerste zal kort de beleving van het management weergegeven worden. Hier is voor gekozen omdat zij de overgang hebben geïnitieerd waarbij zij bepaalde intenties hebben gehad. Vervolgens zal de beleving van de medewerkers aan bod komen. Tevens zal een vergelijking worden gemaakt tussen de intenties van het management en de beleving van de medewerkers. De nadruk zal liggen op de interview data van de medewerkers.

Om uiteindelijk tot de beantwoording van de hoofdvraag te komen zullen in dit hoofdstuk een aantal deelonderwerpen behandeld worden. Allereerst zal in paragraaf 6.2 aandacht worden besteed aan een aantal veranderingen die plaats hebben gevonden in de indeling van de afdeling en de inzet van personeel. Op die manier kunnen de veranderingen die in de rest van het hoofdstuk worden besproken worden begrepen.

Vervolgens zal in paragraaf 6.3 aandacht worden besteed aan wat volgens de respondenten is veranderd in de zorg die wordt aangeboden aan de bewoners. De veranderingen in de organisatie van arbeid die centraal staat in de hoofdvraag, is immers een gevolg van de veranderingen in het aanbieden van zorg. In paragraaf 6.4 zal duidelijk worden wat volgens de respondenten daadwerkelijk veranderd is in hun werkzaamheden. Vervolgens zal in paragraaf 6.5 aandacht worden besteed aan de sturing van en samenwerking tussen medewerkers. Hier is ook een en ander in veranderd bijvoorbeeld doordat de bezetting is veranderd doordat het werk anders georganiseerd is. Als laatste zal de daadwerkelijke overgang naar het nieuwe zorgconcept worden behandeld in paragraaf 6.6. Hierbij zal aandacht zijn voor verschillende deelonderwerpen omtrent de overgang zoals verwachtingen en de begeleiding.

In dit hoofdstuk zal de nadruk liggen op het weergeven van de beleving van de medewerkers en het management. Pas in hoofdstuk 7, de conclusie, zal daadwerkelijk antwoord worden gegeven op de hoofdvraag en zal de beleving van de medewerkers en het management verder worden geabstraheerd naar een antwoord op de hoofdvraag. Hier zullen de kansen en bedreigingen die naar voren zijn gekomen worden geconcretiseerd.

7.2 Veranderingen in de organisatie

Bij het overgaan naar de kleinschalige woonvorm zijn een aantal veranderingen opgetreden die eerst moeten worden toegelicht om de overige resultaten te kunnen begrijpen. Deze veranderingen zullen in deze paragraaf worden geschetst alvorens naar de interviewresultaten te gaan.

Allereerst is de keuze gemaakt om bij de overgang naar het kleinschalige wonen op een andere schaal te gaan werken. Eerder was het zo dat de organisatie was onderverdeeld in verschillende afdelingen. Op deze afdelingen woonden zestig bewoners. Deze zestig bewoners sliepen op twee, drie of vier persoonskamers. Op de afdeling waren drie huiskamers aanwezig waarover deze zestig bewoners waren verdeeld. Bewoners bevonden zich overdag op deze huiskamers. Op deze huiskamers was gedurende de gehele dag op iedere huiskamer een aparte huiskamerdienst (niveau 1 medewerker) aanwezig. Deze huiskamerdienst hield toezicht, verzorgde het eten en drinken voor de bewoners maar kon bijvoorbeeld ook een keer een spelletje met de bewoners doen. De warme maaltijd werd in de centrale keuken bereid en vervolgens in regenereerwagens op de afdeling gebracht. Hier werden de kant-en-klaar maaltijden uitgedeeld. Daarnaast waren er negen zorgmedewerkers (niveau 2 en 3) aanwezig. Deze zorgmedewerkers waren werkzaam op de gehele afdeling en zorgden daardoor gezamenlijk voor alle bewoners. 's Ochtends werden de bewoners door de zorgmedewerkers uit bed gehaald en naar de huiskamer toe gebracht waar de huiskamerdienst de bewoners opving. De nadruk in de werkzaamheden lag op de zorgtaken. In principe werd aan een kant van de gang begonnen en werden zo alle bewoners een voor een uit bed gehaald. Als alle bewoners uit bed waren kwamen de zorgmedewerkers ook naar de huiskamer om daar te helpen. Medewerkers stonden dus altijd met meerdere mensen op de afdeling en de huiskamer. Daarnaast was gedurende de dag een leidinggevende aanwezig welke zelf ook meewerkte op de vloer. Deze leidinggevende stuurde het team aan het controleerde of alles goed liep op de afdeling.

In deze situatie zijn een aantal wijzigingen aangebracht met de overgang naar het kleinschalige wonen. Er wordt niet meer afdelingsgericht gewerkt maar unitgericht. Dat houdt in dat medewerkers in principe niet meer werkzaam zijn op de gehele afdeling maar op een specifieke huiskamer, unit genoemd. Op dit moment wonen er nog tussen de 20 en de 27 bewoners op een afdeling. De meerpersoonskamers zijn vervangen door eenpersoonskamers met een enkele tweepersoonskamer. De ene afdeling bestaat nog steeds uit drie woonkamers waar negen bewoners per woonkamer wonen, de andere afdeling uit vier woonkamers met ieder vijf of zes bewoners. De huiskamerdiensten zijn verdwenen en van medewerkers wordt verwacht de taken uit te voeren die eerder werden gedaan door de huiskamerdienst. Dit past ook in de zorgfilosofie van het kleinschalig wonen: bewoners zouden zo weinig mogelijk verschillende gezichten moeten zien en medewerkers doen allemaal alle werkzaamheden. Met de verbouwing zijn ook keukens in de huiskamers geplaatst zodat op de huiskamer zelf gekookt kan worden in plaats van het extern bereiden van de warme maaltijd. Ingrediënten worden besteld door de medewerkers en vervolgens bereiden zij op de huiskamer de warme maaltijd, indien mogelijk met behulp van de bewoners. Op een afdeling gebeurt dit al, op de andere afdeling gaat dit op de korte termijn gebeuren. Doordat er minder bewoners zijn is er ook meer ruimte gekomen in de huiskamers. Hier is nu ook plek gemaakt voor een zithoekje voor de bewoners. Het absolute aantal medewerkers is naar beneden bijgesteld van negen naar vijf medewerkers per afdeling. In principe heeft iedere huiskamer nu zijn eigen vaste medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de gehele zorg van de negen bewoners. Er staat per dienst in principe één medewerker per huiskamer ingeroosterd. Op de spitsmomenten is ondersteuning aanwezig. Op de afdeling waar drie woonkamers zijn loopt dan iemand tussen twee huiskamers in om te ondersteunen waar nodig. Op de afdeling met vier huiskamers loopt één iemand tussen de vier huiskamers door. Het is niet meer zo dat de hele gang wordt afgelopen bij het uit bed halen van bewoners om ze vervolgens naar de

woonkamer te brengen. Bewoners worden nu uit bed gehaald op het moment dat zij dat willen. Verder zijn zorgmedewerkers nu ook verantwoordelijk voor het verzorgen van de voeding en het drinken alsmede voor het toezicht op de huiskamer. Als laatste is ook de rol van de leidinggevende veranderd. Deze is namelijk niet meer constant aanwezig op de werkvloer en werkt zelf ook niet meer mee. De rol van de leidinggevende is meer begeleidend geworden en de leidinggevende is meer op afstand komen te staan.

7.3 Van grootschalig naar kleinschalig: het bewonersperspectief

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan wat volgens het management & de medewerkers veranderd is voor de bewoners. Hier wordt als eerste naar gekeken zodat vervolgens duidelijk kan worden wat hierdoor veranderd in het werk van de medewerkers. De veranderingen in het werk van de medewerkers zijn immers een gevolg van de veranderingen in het aanbieden van zorg. Gekeken zal worden naar welke aanpassingen gedaan zijn als wordt gekeken naar het aanbieden van zorg. Door de respondenten worden in de interviews diverse onderwerpen benoemd die veranderd zijn in het werk. Hier onder zullen deze thema's nader worden geïllustreerd aan de hand van de subonderwerpen die genoemd worden door de medewerkers en het management. Alleen onderdelen van de zorg waar daadwerkelijk een verandering in heeft plaatsgevonden zullen worden benoemd.

7.3.1 Management

Door respondenten uit de managementgroep worden verschillende aspecten aangegeven die veranderen voor de bewoner. Zo wordt door het management aangegeven dat nu op een meer vraaggerichte manier gewerkt wordt, door hen ook klantgericht genoemd. Door een gedeelte van het management wordt aangehaald dat een verplaatsing plaatsvindt van het medisch- naar het sociaalmodel. Nu wordt op een meer levensgerichte manier gewerkt dan voorheen.

‘Het was een medisch model. Die persoon was een zieke. Hij is nog steeds ziek natuurlijk maar het menselijk aspect is anders. Dus in het menselijk perspectief kan je nu veel meer doen onder andere doordat het zorgdossier er is gekomen, sommige werken met een levensloopboek, sommige schrijven levensloopboeken, sommige mantelzorgers komen aan met een fotoboek waarin het leven is beschreven. Dat is een goede ontwikkeling, daarmee kun je het klantgericht maken.’

Doordat minder bewoners op een afdeling zitten bestaat de mogelijkheid meer vraaggericht te werken aangezien de mogelijkheid bestaat bewoners beter te leren kennen door het kleinere aantal bewoners. Toen nog 48 bewoners op een afdeling zaten was dat een stuk moeilijker te realiseren. Overigens benadrukt een gedeelte van de respondenten dat het vraag- of klantgericht werken alleen gerealiseerd kan worden met behulp van de mantelzorgers en familie. De bewoners kunnen vaak namelijk moeilijk aangeven wat ze graag willen of wat ze graag thuis deden. Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk wordt geprobeerd mensen zich prettig te laten voelen en aan te sluiten bij hun vroegere omgeving.

Verder wordt door de respondenten benadrukt dat het vraaggericht werken al langere tijd bezig is aangezien het onderdeel is van de visie van de organisatie. Daarnaast wordt benadrukt dat het ook te maken heeft met een cultuurverandering binnen de organisatie waardoor het tijd nodig heeft voor dit in de hele organisatie wordt toegepast.

Een andere belangrijke verandering voor de bewoner die door de respondenten wordt aangehaald is het aanbieden van prikkels aan de bewoners. Waar vroeger een bewoner binnenkwam in het huis en alle taken hem of haar ontnomen werden, zouden bewoners nu juist zoveel mogelijk zelf moeten blijven doen. Door bijvoorbeeld zelf koffie te zetten op de groep worden de zintuigen van de bewoners toch weer gestimuleerd. Ook het helpen koken is een voorbeeld van het zo lang mogelijk actief houden van de bewoners.

'Dus normaal als iemand binnenkomt dan wordt automatisch alles van een bewoner afgenomen, we gaan wassen voor u, we gaan koken voor u, we gaan nog bijna denken voor u, en bij dat kleinschalig wonen probeer je veel meer van de cliënt wat er nog is... Use it or lose it zeg ik altijd maar, je probeert veel meer de cliënten te betrekken in de dagelijkse werkzaamheden, dus het is wel een hele andere visie dan kom maar binnen en we gaan lekker met jullie tutten en je hoeft niks meer te doen en dat je denkt van nee, we gaan zo actief mogelijk zijn we gaan je overal bij betrekken.'

Wat daarnaast aangegeven wordt is dat door het kleiner worden van de groepen, de sfeer prettiger is geworden en er meer aandacht voor de bewoner is in vergelijking tot vroeger. De sfeer wordt in vergelijking met het grootschalige wonen prettiger omdat meer rust op de afdelingen is. Dit komt ook doordat vaste medewerkers op de groep staan. Vroeger was het zo dat iedere medewerker voor een handeling alle 48 kamers langsging, waar nu een medewerker de hele dag het complete zorgpakket aanbiedt. Hierdoor ontstaat ook meer persoonlijke aandacht voor de bewoner.

Ook het feit dat medewerkers meer op de groep aanwezig zijn en er bijvoorbeeld gekookt wordt op de groep helpen hieraan mee. Dit geeft een meer huiselijke sfeer dan toen in het grootschalige wonen bijvoorbeeld de koffiekanen extern werden aangeleverd.

'Nou als je kijkt naar afdeling X, want daar zijn ze natuurlijk nog een slag kleiner, als je kijkt dat daar een heel laag sterftecijfer is dat vind ik toch wel bijzonder. En dat dat echt al jaren zo is, dat moet toch ergens vandaan komen? Weet je, je kan je vinger er misschien niet opleggen maar er heerst rust, men kent elkaar. Er is rust. Als je met z'n 16 zit dan is er veel meer kabaal dan dat je met zijn negenen bent. De sfeer doet heel veel. En je kan het ook veel gezelliger maken als je negen stoelen nodig hebt dan wanneer je 16 stoelen nodig hebt. Dan ben je al weer beperkt in je ruimte dus qua aankleding en zo, nou ik denk dat je meer een thuisgevoel kan geven. In plaats van het ouderwetse gevoel van zes bedden in een kamer. En dan nu één of max twee op een kamer dat is ook wel een groot verschil. Het geeft meer een huiselijk gevoel dan als je in een instelling zit.'

Een ander punt wat door een gedeelte van de respondenten als belangrijk punt wordt gezien is de mantelzorger. Er worden vraagtekens geplaatst bij in hoeverre een demente bewoner nog veel merkt van het kleinschalige woonvorm. Volgens deze respondenten hebben met name de mantelzorgers veel profijt van het kleinschalige wonen. Zij hebben namelijk het gevoel dat zij hun vader of moeder goed achterlaten in een prettige omgeving die er mooi uitziet in vergelijking met de lange gangen met rondwalende mensen. Onderstaand citaat illustreert dat voor de bewoners die het meest zouden hebben aan het kleinschalige wonen de budgetten niet toereikend zijn. De bewoners waarvoor het budget wel toereikend is, is de groep bewoners waarbij de vraag gesteld moet worden in hoeverre zij nog wat hebben aan het kleinschalige wonen.

'Naarmate mensen zwaarder worden in hun dementie, en slechter in hun dementie, ZZP (Zorg Zwaarte Pakket, red.) vier en vijf krijgen, zie je dat de behoeftes veranderen. Dan gaat het meer om de piramide van Maslow en dan zakken mensen enorm naar beneden. En gaat het voor een mens alleen nog maar over warm eten, drinken en een droge broek. En niet meer over wat eten we vandaag en dat is toch zuster Janssen. Dan zie je vaak ook dat de familie het meer belangrijk vindt. Dus opa heeft een eenpersoonskamer. De bewoner vindt het helemaal niet belangrijk. Dus dat zijn best wel problemen, als je vanuit de bewoner kijkt van wat heeft hij daar nu aan. Het cynische is dat als je zou zeggen ik maak kleinschalig woongroepen voor mensen met ZZP drie, dat je het niet kan betalen. Als instelling.'

Door deze respondenten wordt overigens wel benoemd dat indien erin geslaagd wordt een rustige sfeer te creëren, dit wel prettig kan zijn voor de bewoner en hij of zij dit wel merkt.

7.3.2 Medewerkers

Uit de interviews met de medewerkers is gebleken dat zij op een andere manier praten over de veranderingen in de zorgverlening dan het management. Medewerkers geven meer basaal aan wat zichtbaar veranderd is in de zorg. Opvallend is dat veel dezelfde onderwerpen worden aangehaald. Overigens zal onderstaand naar voren komen dat over de uitvoering van deze onderwerpen niet altijd dezelfde mening is.

7.3.2.1 Vraaggerichte zorg

Ook volgens de medewerkers wordt er op dit moment vraaggerichte zorg geboden voor de bewoners. Voor hen houdt dit in dat bewoners meer keuzemogelijkheid hebben én dat er zoveel mogelijk tegemoet wordt gekomen aan de keuze die de bewoner maakt. In een zin:

'In het grootschalige? Eigenlijk is het gewoon dat wat wij willen gebeurt er dan. (...)Maar nou heb je meer tijd en dan kunnen ze gewoon kiezen eigenlijk.'

Hierbij kan worden gedacht aan het moment dat bewoners op willen staan. De tijden waarop bewoners opstaan of naar bed gaan zijn veranderd, net als de inspraak die bewoners hierin hebben. Waar het vroeger zo was dat medewerkers aan een kant van de gang begonnen en vervolgens een voor een de bewoners afdingen, kunnen bewoners nu zelf aangeven op welk tijdstip zij graag uit bed willen. Hierdoor hebben zij nu meer invloed op hun dagindeling dan voorheen.

'En nu is het vraag gericht en dan vragen we ook, ze kunnen het ook best aangeven. En ook met uitslapen. We hebben hier ook, nee nog niet of over 10 min. Nou dan kom je toch wat later en dan gaan we in de andere kamer beginnen. En dan komen we pas later bij haar.'

Hoewel het niet zo wordt gelabeld door respondenten lijkt het er op dat iets veranderd is in de dagindeling van de bewoner, namelijk dat de dag begint wanneer de bewoner dat zelf wil in plaats van wanneer het de medewerker uitkomt.

De vraaggerichte manier van zorg aanbieden is ook terug te zien in het aanbieden van het eten aan de bewoner. Dat geldt zowel voor de voeding op zich als het eten als activiteit zijnde. Dankzij de fysieke aanpassingen van de huiskamer is het nu mogelijk de voeding op een andere manier aan te bieden. Zo zijn er met het oog op kleinschalig wonen keukens in de woonkamers gekomen.

In de ochtend en met de lunch eten bewoners een broodmaaltijd welke gezamenlijk wordt genuttigd en wordt verzorgd door de zorgmedewerkers. Gedurende het ontbijt zitten bewoners door het verdwijnen van de huiskamerdienst meer alleen dan in het grootschalige wonen. Tijdens de lunch zitten de bewoners bij elkaar en is de medewerker constant aanwezig. Regelmatig wordt wat extra's verzorgd tijdens de lunch zoals bijvoorbeeld soep of eieren. Het vraaggerichte aspect is terug te zien in kleine dingen zoals dat bewoners aan kunnen geven wat voor ei zij willen. Daarnaast bieden de kleine groepen de mogelijkheid te weten welke soep bewoners graag eten en de keuze kan dan ook beter worden aangepast op hun wensen dan in het grootschalige wonen. Wat ook veranderd is, is dat sinds enige tijd de broodmaaltijd in plaats van de warme maaltijd wordt genuttigd tijdens de lunch. Op die manier wordt meer aangesloten op hoe bewoners thuis gewend zijn te eten.

Met betrekking tot het avondeten is op een van de afdelingen veel veranderd aangezien hier nu 's avonds gekookt wordt. Eerder was het zo dat maaltijden kant-en-klaar binnenkwamen en konden bewoners kiezen uit een standaard menulijst. Nu wordt de maaltijd bereid op de woonkamer en kunnen bewoners die dit nog kunnen meehelpen met het bereiden van de maaltijd. Ook kunnen de eetwensen van de bewoners nu meegenomen worden in het bepalen van de maaltijd. Medewerkers weten immers wat hun bewoners lekker vinden om te eten. Er kan hierdoor meer worden ingespeeld op de wensen van de bewoner. Daarnaast ontstaat meer huiselijkheid doordat bewoners zien en ruiken dat het eten bereid wordt, net als thuis.

Bij de andere afdeling moet nog worden gestart met het koken op de afdeling. Als hier ook gekookt wordt op de afdeling kan ook hier de avondmaaltijd op een vraaggerichte manier worden aangeboden. Wat verder als positief wordt ervaren is dat vers gekookt wordt voor de bewoner, het lekker ruikt en de bewoner eventueel nog kan helpen.

'Dat wij misschien iets klaarmaken wat zij lekker vinden. Of dat huiselijke misschien. Je hebt toch altijd contact met ze. Ja wat ik zeg, als je soep, al is het alleen maar even warm maken, die bewoner die kijkt naar je van wat ga jij vandaag koken? En dan heb je even dat contact met ze. Zelfs bewoners die nooit contact zoeken dat voegt toch heel veel toe vind ik.'

Het wordt als positief ervaren dat nu met minder bewoners gelijktijdig de maaltijd wordt genuttigd en mensen gezamenlijk aan een tafel zitten. Hierdoor kan meer contact worden gemaakt met de bewoner tijdens het eten en kan beter worden gekeken naar de wensen van de bewoner.

'En de huiskamer dienst had je toen dus dan stond je toch alleen op 16 mensen. Dat was met eten geven ook. Dan was het hier een hap en daar een hap en daar een hap een soort van lopend door de huiskamer heen.'

Een belangrijke voorwaarde voor het vraaggericht kunnen werken is de meer persoonlijke benadering ten opzichte van de bewoner. Men weet meer over bewoners dan voorheen en hierdoor kan beter tegemoet worden gekomen aan de behoefte van de bewoner. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan wat een bewoner vroeger leuk vond.

'Bijvoorbeeld als er bezoek komt je kan ook praten over hoe ze hebben geleefd. Wat ze leuk vonden vroeger. Je kan zeggen deze mevrouw vond bijvoorbeeld een liedje of dansen leuk. Dan ga je dat doen als iemand onrustig is.

Bijvoorbeeld hebben daar een bewoner zij is gek op dansen, helemaal gek op dansen. En op muziek als je de muziek aanzet gaat zij helemaal stralen. Maar als je dat niet weet dan kan dat niet'.

Als medewerkers gevraagd wordt hoe het komt dat nu op een meer persoonlijke manier gewerkt kan worden geven zij aan dat dat ook gerealiseerd wordt door het feit dat medewerkers niet meer op de gehele afdeling staan maar bij voorkeur nog op een van de drie of vier units van de afdeling. De reden om dit te doen is dat op die manier de bewoner minder verschillende gezichten ziet. Bewoners hebben nu een aantal vaste zorgmedewerkers op de unit waar zij wonen. Daarnaast geven ook medewerkers aan dat het beter kennen van de bewoner mogelijk is door het kleinere aantal bewoners per unit.

'Ja kijk, we zijn unit gericht gaan werken. En op den duur als je elke dag daar staat weet je gewoon hoe de mensen zijn.'

Volgens een medewerker heeft het unitgericht werken echter ook een keerzijde en is het voor de bewoner niet per se nodig aangezien het aantal bewoners per afdeling ook al naar beneden is bijgesteld.

'Mensen zien je toch wel heen en weer lopen. Ze weten precies wie hier niet vast werken en wie wel. Dus in principe maakt het niet uit (...)maar meer dat je zegt van oke ik ga deze week even op A-B staan zodat ik ook de mensen ken. En dingen herken aan mensen van oh he die wond is groter geworden of dit of dat of he er zit een bobbeltje. Snap je? Nu ben je afhankelijk van wat collega's aan die kant zeggen bijvoorbeeld. Dus dat je iedereen kent. Want je hebt een avonddienst en dan heb je maar wel één ZV'er voor de hele afdeling (niveau 3, red).'

Het feit dat men meer persoonlijke informatie heeft over een bewoner draagt bij aan de mogelijkheid op een vraaggerichte manier te werken. Zeker gezien het feit dat sommige bewoners niet direct meer aan kunnen geven wat ze prettig vinden, kan het zinvol zijn meer persoonlijke informatie over bewoners te hebben zodat hier pro-actief mee omgegaan kan worden. Deze informatie kan bijvoorbeeld worden verkregen bij mantelzorgers en familie.

De vraaggerichte zorg zou in ieder aspect van de zorg moeten terugkomen. Daarbij is een van de uitgangspunten 'net als thuis'. Met de vraaggerichte zorg wordt geprobeerd zo dicht mogelijk bij de wensen van de bewoner te komen.

'We hadden daar ook een mevrouw en zij was gek op vogeltjes. En de familie ging vragen of dat mag, ja dat mag. Alles mag bij kleinschalig. En ze hebben inderdaad twee vogeltjes gekocht. En die mevrouw zal altijd tjep tjep tjep! Dat was echt leuk'.

Ook geven medewerkers aan dat het niet altijd mogelijk is om vraaggericht voor iedereen tegelijk te werken. Mensen zitten nog steeds in een groep op de huiskamer en daarin kunnen de wensen van bewoners elkaar soms steken. Hierbij kan worden gedacht aan kleine dingen zoals welke muziek op wordt gezet maar soms gaat het ook om grotere zaken zoals het welzijnsgevoel van de bewoners.

'Nou we hebben nu een nieuwe opname en die is vreselijk onrustig. (...)En dan denk ik het is fijn dat zij hier is opgenomen. Maar aan de andere kant het is triest dat de mede kamergenoten niet uit hun kamer durven. Het is beide vraaggericht.'

7.3.2.2 Aantal bewoners per unit

Voordat binnen de organisatie de overgang gemaakt werd naar de kleinschalige woonvorm was sprake van een grootschalig verpleeghuis. Zoals eerder aangegeven betekent dit dat voorheen het aantal mensen per unit vele malen hoger was en meerdere mensen een kamer deelden. De aantallen zijn de afgelopen jaren naar beneden afgebouwd. Op dit moment bestaan de units uit maximaal negen bewoners per huiskamer.

‘En ze hebben meer ruimte in de kamer ook. Zoals vroeger had je veel mensen op een kamer, vier of zo, bijvoorbeeld op een kamer. Als eentje onrustig was dan kan de anderen ook niet slapen en die wordt ook onrustig. Nu gaan ze beter slapen en hebben ze meer privacy.’

Sinds de overgang naar de kleinschalige woonvorm beschikken bewoners bijna allemaal over een eigen kamer. Per afdeling zijn nog enkele tweepersoonskamers aanwezig. Alle respondenten geven aan van mening te zijn dat het kleinere aantal mensen op een unit een vooruitgang is voor de bewoners, in het bijzonder de eenpersoonskamers waar de bewoner beschikt over een eigen plek met zijn of haar eigen spullen.

‘Op een meerpersoons heb je alleen je bed en een nachtkastje. Maar nu is het zo er is iets meer ruimte in de eenpersoonskamers. Er kan nu ook een stoel in en een tafeltje en bij sommige mensen staat er een televisie. Dus dat zijn de voordelen. Je merkt dat mensen zich toch meer terugtrekken op hun kamer.’

7.3.2.3 Activiteiten

Door een aantal medewerkers werd het onderwerp activiteiten aangehaald. Van de medewerkers die dit onderwerp aanhalen is het merendeel van mening dat er veel activiteiten zijn waar bewoners aan deelnemen en dat dit aantal is toegenomen. Dit betreft dan activiteiten welke plaatsvinden buiten de eigen afdeling. Deze activiteiten worden verzorgd door de activiteitenbegeleiders die organisatiebreed werken en dus niet door de zorgmedewerkers. Bewoners hebben daardoor meer dagbesteding dan voorheen. De activiteiten vinden niet plaats op de huiskamer waardoor bewoners minder op de huiskamer aanwezig zijn. Of dit nou specifiek komt door het invoeren van het kleinschalige wonen is uit de interviews niet geheel duidelijk geworden.

‘Vroeger ook, maar nu vind ik zelf dat er meer gebeurt. Meer activiteiten zeg maar...zij reageren daar positiever op. Vanochtend zijn ze ook geweest. Bloemschikken was er bowlen van alles.’

Daarnaast worden door een aantal medewerkers de activiteiten op de groep aangehaald. Activiteiten welke op de groep zelf plaatsvinden worden door medewerkers nauwelijks tot niet naar voren gebracht. Wel wordt aangegeven dat weinig tijd is voor bijvoorbeeld het doen van spelletjes met de bewoners aangezien medewerkers aangeven druk te zijn met overige werkzaamheden. Medewerkers geven aan hier minder tijd voor te hebben in het kleinschalige wonen doordat hun takenpakket is vergroot en de huiskamerdienst is verdwenen met de invoering van de kleinschalige woonvorm. Hier wordt op een later moment verder op ingegaan.

'En dan had je gewoon de tijd om lekker rustig met die mensen te babbelen en een spelletje te doen. En dat heb je nu niet meer.'

7.3.2.4 Aandacht

Een onderwerp wat veel door medewerkers wordt aangehaald als het gaat over de veranderingen in de zorgverlening aan de bewoner, is het onderwerp aandacht. Over dit punt wordt uiteenlopend gedacht. Waar de ene medewerker met volle overtuiging aangeeft dat bewoners meer persoonlijke aandacht krijgen door het kleinschalige wonen geeft de andere medewerker aan dat juist helemaal geen tijd meer is voor de bewoner door de invoering van het kleinschalige wonen. Medewerkers die aangeven dat de bewoner nu meer aandacht krijgt dan voorheen, geven aan dat dat komt doordat er nu minder bewoners zijn waarover de aandacht verdeeld moet worden. Daarnaast zijn medewerkers meer aanwezig op de huiskamer waardoor ze vaker even contact kunnen maken. Medewerkers die aangeven dat bewoners minder aandacht krijgen dan voorheen geven aan dat dit komt doordat in hun ogen nu minder personeel is dan voorheen. Daarnaast geven zij aan dat de bewoners minder aandacht krijgen doordat medewerkers in beslag worden genomen door andere werkzaamheden zoals huishoudelijke taken. In de paragraaf werkzaamheden zal hier nog nadere aandacht aan besteed worden.

'Als je nog zit met 15 andere bewoners dan heb je daar helemaal geen tijd voor. Een wandelingetje maken of naar de apotheek dan neem je haar mee. Dan heb je niet van oh ik heb nog zoveel mensen in de huiskamer zitten. Je kan je aandacht wat beter verdelen.'

'Je kon alleen maar je tijd geven aan de zorg van de mensen. En dat is dus nu niet meer. Er zijn zoveel taken bijgekomen.'

Verder wordt regelmatig aangehaald dat bewoners 's ochtends weinig aandacht krijgen. De aandacht ligt op dat moment zeer sterk bij de algemene dagelijkse lichamelijke verzorging (wassen, aankleden etc, ook wel ADL genoemd) en het verzorgen van het ontbijt e.d.. 's Middags is meer ruimte om een praatje te maken met de bewoner.

'En ook als we klaar zijn met wassen, we gaan ook bij de bewoners zitten. Praatje maken, wat activiteiten als het lukt. Maar maar 's ochtends is het altijd wel druk, dus meer 's middags. Dan is het wat rustiger. Dan kan je meer activiteiten doen. Een babbeltje maken, niet alleen maar activiteiten maar ook een babbeltje maken.'

Daarnaast wordt door medewerkers onderscheid gemaakt tussen aandacht op en buiten de afdeling. Het geven van aandacht op de afdeling, bijvoorbeeld in de huiskamer is toegenomen. Echter, door het feit dat medewerkers alleen op een huiskamer staan is het niet mogelijk een bewoner mee te nemen voor een wandeling buiten. Het geven van aandacht aan bewoners in de vorm van het meenemen van bewoners buiten de afdeling is daardoor afgenomen.

7.3.2.5 Sfeer

Medewerkers geven aan dat de sfeer die hoort bij het kleinschalige wonen positief is voor de PG bewoners. PG bewoners zijn zeer gevoelig voor en worden onrustig van veel prikkels in hun

omgeving. Het kleinschalig wonen is zeer geschikt om een meer rustige omgeving voor de bewoners te creëren.

'Ik doe dat zelf altijd met eten ik sluit altijd de deuren. Ik heb zoiets van het is mijn moment en het zijn mijn bewoners en ze moeten even die rust hebben. Dus probeer ik altijd tijdens het eten te creëren altijd even de deuren dicht. En dan merk je wel dat de bewoners wat rustiger zijn. Dat ze gewoon lekker rustig zitten. Ze gaan niet schreeuwen. Soms als teveel prikkels krijgen dan gaan ze schreeuwen of gillen of gooien.'

Ook medewerkers geven aan dat minder mensen op een unit bijdraagt aan de rustige sfeer in het kleinschalige wonen. Daarnaast hebben bewoners nu hun eigen plekje. Ook aspecten zoals het koken op de huiskamer en het meer huiselijke gevoel wat de huiskamers geven dragen bij aan de sfeer.

'Voorheen was het meer een instellingsgevoel maar dat is hier niet. Ook al is het nog wel een instelling, dat gevoel is weg. Omdat het zo klein is en zo knus.'

'Ik ben niet echt een keukenprinses, dat niet. Maar je merkt dat de mensen het gewoon gezellig vinden. Want je bent dan ook continu in die huiskamer bezig. Mensen vinden dat prettig. Dat zie je ook aan ze. Dat je bijvoorbeeld aan de tafel aardappel schilt. De bedoeling is dat mensen helpen maar negen van de tien kunnen het gewoon niet. Maar dat je ook gewoon aan tafel zit dat vinden ze leuk. Dan kan je een beetje kletsen en dat vind ik persoonlijk... En dat vinden die mensen ook prettig. En het smaakt ook anders gewoon.'

Verder drukken de individuele bewoners nu een veel grotere stempel op de sfeer die heerst in de huiskamer. Door de kleinere groep wordt de persoonlijkheid of het gedrag van een bewoner meer zichtbaar in vergelijking met een groep van twintig mensen. In het grootschalige wonen gingen bewoners meer op in de groep. Bewoners kunnen nu beter ook het contact met elkaar maken en leren elkaar beter kennen.

'Meer vrijheden hebben op dat gebied en ik denk een grote groep blijft voor de mensen vreselijk. Je moet in zo'n grote groep, moet maar binnenkomen en je moet iedereen maar aardig vinden. Nou dat gebeurt natuurlijk niet. Nu kunnen ze zoeken, ze zoeken elkaar op. Het is huiselijker. Ik kan het niet anders zeggen. Ze vinden het leuk zo en hebben het ook over elkaar. In allerlei grapjes en grollen en kleding.'

Ook voor de bewoners die niet meer contact met elkaar kunnen maken is de kleinschalige woonvorm een stuk prettiger aangezien niet meer constant mensen door de gang heen rennen. In het grootschalige was dit meer het geval. Medewerkers werkten toen de hele gang af en hadden zich te houden aan een zeer strak schema. Vroeger hadden de medewerkers een gedeelde verantwoordelijkheid over de 48 bewoners die op een afdeling woonden. Aangezien bijvoorbeeld een iemand verantwoordelijk was voor het delen van medicijnen liep diegene de hele afdeling af te rennen om overal de medicijnen langs te brengen. Nu is dat gecentreerd per unit waardoor één of hooguit twee medewerkers bij de bewoners langskomen. PG bewoners zijn erg gevoelig voor prikkels wat betekent dat als medewerkers gehaast over de hele afdeling heen lopen en er 's ochtends meerdere mensen langskomen om een handeling te verrichten bewoners dit stressgevoel over kunnen nemen.

Wel geven medewerkers aan dat op sommige momenten afbreuk wordt gedaan aan de goede sfeer voor de bewoner. Zo wordt benoemd dat doordat medewerkers bijvoorbeeld in de ochtend en de

avond veel van de huiskamer af zijn, bewoners het soms minder prettig vinden. Vroeger was het zo dat de gehele dag de huiskamerdienst aanwezig was om de bewoners gezelschap te houden.

'Maar ook omdat die mensen allemaal om 7:00 naar bed toe gaan heb je ook niet eens meer de gelegenheid om te zeggen van: Joh blijf even zitten dan schenk ik even een drankje voor je in. Dan zeggen ze ja en dan? Wat ga jij doen dan? Ja ik ga mensen naar bed toe brengen. Ja nou laat dan maar. Dan zitten ze met een glas wijn en een Tukkie in hun handen en dan denken ze ja waarom?'

7.3.3 Kwaliteit van zorg

De nieuwe manier van zorg aanbieden is van invloed op de kwaliteit van zorg. De bovenstaande veranderingen die horen bij de overgang naar de kleinschalige woonvorm, zouden moeten bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. Het grootste gedeelte van de medewerkers is van mening dat de kwaliteit van zorg omhoog is gegaan door de veranderingen die zijn ontstaan door de overgang naar kleinschalig wonen. Redenen die bijvoorbeeld worden aangegeven waarom de zorg beter is geworden, is het kunnen bieden van meer aandacht, het creëren van een huiselijke sfeer en de kleinere groepen waardoor er meer overzicht op de bewoners gehouden kan worden. Toch zijn er ook enkele medewerkers die van mening zijn dat de kwaliteit van zorg minder is geworden. Medewerkers die deze mening zijn toegedaan koppelen dit met name aan het feit dat in hun ogen nu minder aandacht kan worden gegeven aan de bewoner. Hoe de kwaliteit van zorg voor de bewoner ervaren wordt heeft te maken met de verandering van de bovenstaande punten.

'Ik denk dat het beter is geworden omdat je nu wat meer tijd hebt voor de bewoners. Toen had je 16 mensen dus toen schoot er nog wel eens dingen doorheen.'

7.3.4 Management & medewerkers

Als wordt gekeken naar hoe medewerkers en hoe het management kijken naar de verschillen voor de bewoners zijn een aantal thema's overeenkomend en een aantal verschillend. Zo is te zien dat beide respondentgroepen een prominente plek geven aan de veranderende sfeer in het kleinschalige wonen. Beide geven aan dat er meer rust is. Daarnaast geven beide aan dat meer de aandacht is komen te liggen op het vraaggerichte werken hoewel medewerkers hier uitgebreider op ingaan. Ook geven beide groepen aan dat de vermindering van het aantal cliënten veel voordelen heeft.

Twee punten die door de medewerkers niet zijn genoemd maar waar door het management veel gewicht aan wordt gehangen is het perspectief van de mantelzorger en het activeren van bewoners. Daarnaast geven medewerkers veel aan over het punt aandacht. Hoewel het management ervan uitgaat dat er nu meer ruimte is om aandacht te geven, lopen de meningen hierover bij de medewerkers sterk uiteen.

7.4 Werkzaamheden

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan de werkzaamheden die medewerkers uitvoeren. Allereerst zal wederom aandacht worden besteed aan wat volgens het management zou moeten veranderen door het nieuwe zorgconcept. Vervolgens wordt uitgebreid aandacht besteed aan hoe medewerkers dit daadwerkelijk ervaren. Hierbij is gevraagd naar hoe hun takenpakket vorm gegeven was in de grootschalige woonvorm en hoe dat veranderd is. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt

tussen werkzaamheden die in het grootschalige wonen ook al tot het takenpakket behoorden en werkzaamheden die zijn toegevoegd. De taken die zijn toegevoegd zijn veelal voortgekomen uit het feit dat de huiskamerdiensten uit de bezetting zijn gehaald. De werkzaamheden die eerder door de huiskamerdienst werden uitgevoerd dienen nu door het zorgpersoneel uitgevoerd te worden. Onderstaand zal kort worden uitgelegd wat de huiskamerdienst deed, omdat dit noodzakelijk is om de interviewuitkomsten met betrekking tot de toegevoegde taken goed te kunnen begrijpen. In het grootschalig wonen stond gedurende de gehele dag op iedere huiskamer een huiskamerdienst (niveau 1 medewerker). Deze medewerker zorgde voor toezicht op de huiskamer, voeding en drinken, aandacht voor de bewoners en licht huishoudelijk werk. De reden dat de huiskamerdienst uit de bezetting is gehaald, is omdat zo min mogelijk verschillende gezichten op de unit rond moeten lopen. Daarnaast staat er in principe een iemand op een groep vanwege het kleinere aantal bewoners.

7.4.1 Management

Door het management worden veranderingen in het takenpakket kort aangestipt. Waar echter met name aandacht voor is, zijn de benodigde competenties die voortvloeien uit de veranderingen in het zorgconcept zoals deze in de vorige paragraaf besproken zijn.

Respondenten geven aan dat veel verandert in de competenties die worden gevraagd voor het werk. Medewerkers zijn alleen (eventueel met z'n tweeën) verantwoordelijk voor een huiskamer. Ze hebben nu een meer integraal takenpakket waarbij men verantwoordelijk is voor verschillende aspecten en daarnaast rekening moet worden gehouden met de wensen van de bewoner. Eerder had de medewerker alleen zijn eigen deelgebied waar hij verantwoordelijk voor was, zoals het wassen van mensen in de ochtend. Voorheen was het zo dat de dag volgens een vaste planning verliep. Doordat nu meer aanpassing aan de bewoner plaatsvindt en het takenpakket breder is geworden dan in het grootschalige wonen, vraagt dit meer van de planvaardigheden van medewerkers.

‘Ja dat is natuurlijk het plannen. Als jij voor jezelf die zes bewoners moet plannen op die dag. Je moet helemaal alleen uitmaken wie haal ik het eerst eruit, wie laat ik liggen en moet hij niet om 8:00 naar de dokter. Je moet dat allemaal zelf uitdokteren. Want eerder was er altijd wel teamleider of een afdelingshoofd die tegen jou zei die of die moet om 8:00 bij de pedicure zijn. En nu moet je het allemaal zelf doen. (...) Ik denk dat je gewoon meer moet regelen als je één op zes staat. In plaats van 10 op 50. En ik denk dat dat een groot bezwaar is van veel mensen tegen dat kleinschalig wonen.’

Een andere vaardigheid die voortkomt uit het veranderende zorgconcept is het tonen van initiatief. Aangezien het nieuwe zorgconcept meer gericht is op het creëren van een prettige sfeer voor de bewoner zal de medewerker hier haar bijdrage aan moeten leveren. Hiervoor zijn initiatieven nodig zoals het opzetten van muziek die bewoners mooi vinden of het een keer wat extra's aanbieden bij het eten.

‘Omgang met cliënten. En sfeer, het welzijn dat is het meer denk ik. Stukje welzijn moet iedereen denk ik... Wat is nou sfeer? Ja leg dat maar eens uit. (...) Ze komen wel met ideeën hoor. Is er mogelijkheid voor een mixapparaat om smoothies te maken? Dan zeg ik leuk lekker slagroom erbij. Leuke dingen doen. Al bakje brood en eten ze het helemaal niet op en zijn die dingen zo hard als wat maar dan hebben ze wel lekker de geur geroken. En daar gaat

het om. Heb je een oventje nodig? Een lekkere cake bakken. Ze komen wel met ideeën. Niet met heel veel moet ik zeggen.'

Ook het meer betrekken van de bewoner in de dagelijkse gang van zaken wordt vaak genoemd als taak die voortkomt uit het nieuwe zorgconcept. Om dit realiseren moeten medewerkers de bewoners activeren en hebben zij volgens de respondenten andere sociale vaardigheden nodig. Ze zullen ook meer over de bewoner te weten moeten komen om vraaggericht te kunnen werken, hetgeen betekent dat ze ook meer het gesprek aan moeten gaan met de mantelzorger of de familie van bewoner. Ook hiervoor zijn volgens de respondenten sterke sociale vaardigheden nodig.

7.4.2 Medewerkers

7.4.2.1 Bestaande werkzaamheden

Een gedeelte van de taken van de medewerkers die de directe zorg verlenen is gebleven. Hieronder wordt toegelicht of deze taken inhoudelijke veranderd of gelijk gebleven zijn in de beleving van de medewerkers.

7.4.2.1.1 ADL

In de algemene dagelijkse lichamelijke verzorging is volgens medewerkers niet veel veranderd. Mensen moeten nog steeds iedere ochtend gewassen en aangekleed en 's avonds naar bed gebracht worden. Het enige wat hier anders in is geworden is dat de bewoner nu zelf aan kan geven wanneer hij of zij bijvoorbeeld op wil staan. Waar het vroeger zo was dat medewerkers aan een kant van de gang begonnen en naar de andere kant toe werkten, wordt nu rekening gehouden met het tijdstip dat een bewoner zijn bed uit wil. Dit vergt aanpassing van de medewerker: deze volgt niet meer zijn eigen schema maar dat van de bewoner.

'Ik heb ook een dametje, van de week heb ik haar pas om 14:30 uur uit bed gehaald. Toen dacht ik wel nu moet ze eruit komen. En dat zou vroeger, je moest er gewoon uit. Als je pech had was je de eerste en als je geluk had was je de laatste. Maar dan werd je ook echt wakker gemaakt.'

7.4.2.1.2 Aandacht schenken

Hoe aandacht wordt gedefinieerd is uiteenlopend. De een noemt aandacht geven in combinatie met het voldoende tijd nemen voor de dagelijkse lichamelijke verzorging terwijl de ander aandacht geven ziet als het organiseren van activiteiten voor bewoners of het naast een bewoner zitten in de huiskamer en een arm om de bewoner leggen.

De beleving van verandering in deze taak is uiteenlopend. Zo is de ene medewerker van mening door het kleinere aantal bewoners meer aandacht te kunnen geven aan individuele bewoners en deze aandacht ook beter te kunnen verdelen. Dit wordt veroorzaakt door de veranderingen in de dienstverlening aangezien minder mensen op een afdeling wonen. Ook het feit dat medewerkers zich meer in de woonkamer bevinden wordt meerdere malen genoemd als reden dat meer mogelijkheid bestaat tot het geven van aandacht.

'Nou het eerste wat je opvalt, is gewoon dat je meer ruimte krijgt en meer tijd. Je kan gewoon meer aandacht geven en zo. (...) Nou dan kan je makkelijker een praatje maken. Je gaat gewoon naast hun zitten en je zit aan tafel.'

Anderzijds zijn er ook medewerkers welke aangeven minder toe te komen aan het geven van aandacht omdat de tijd van de medewerker in beslag wordt genomen door taken die zijn toegevoegd aan het takenpakket. Dit wordt veroorzaakt doordat in het nieuwe zorgconcept wordt nagestreefd dat medewerkers alle taken uitvoeren en bewoners minder verschillende gezichten op een dag zien.

'Wat we vroeger hebben gehad, de keuken- of de huiskamer diensten. Ja het is zo jammer dat ze die mensen er af hebben gehaald. Die gingen er lekker bij zitten en je hoeft je niet meer druk te maken over de afwas. Dus als je dan die mensen naar bed ging brengen dan kon je er ook even lekker mee knuffelen.'

Door medewerkers wordt het geven van aandacht aan de bewoner als een van de belangrijkste taken gezien. Hoewel sommige medewerkers aangeven te ervaren dat het geven van aandacht in het gedrag kan komen door de toevoeging van nieuwe werkzaamheden, laten sommige medewerkers zich hier niet door tegenhouden.

'Dan laat ik andere taken die ik eigenlijk hoor te doen, die laat ik liggen. Die vind ik niet belangrijk. Ik vind de aandacht voor de mensen het belangrijkste. En alles daar omheen nou ja jammer dan. Dan loopt dat maar mis.'

Het grootste gedeelte van de respondenten geeft aan onder aan de streep het gevoel te hebben dat ze zich nu meer bezig kunnen houden met het geven van aandacht aan de bewoner. Deze taak heeft een prominenter aandeel gekregen in het takenpakket dan voorheen. Voorwaarde hiervoor is wel dat de personele bezetting voldoende is. Hier zal in paragraaf 4 nog nadere aandacht aan worden besteed.

Medewerkers hebben daarnaast het idee dat de aandacht die ze kunnen geven meer persoonlijk is en dat meer tijd kan worden genomen voor de bewoner.

'Ik loop niet als een idioot er doorheen en nee. Lekker rustig, ik neem de tijd. (...) Voorheen voelde ik mij net of ik in een fabriek werkte. Het was echt racen en rennen en alles moest vlug en je was als de dood dat er iets tussenkwam want dan was je alweer helemaal ontregelt. En dan ben je iemand aan het wassen, hup in de rolstoel, hup in de huiskamer en hup de volgende.'

7.4.2.1.3 Familie

Het onderhouden van contact met de familie is ook een taak die wordt genoemd door de medewerkers. Dit wordt met name benoemd door de niveau drie medewerkers die ook de rol van EVV'er invullen. Een EVV'er (eerste verantwoordelijke verzorgende) coördineert de zorg voor een bewoner. Het is waarschijnlijk dat deze taak met name door hen genoemd wordt gezien het feit dat deze medewerkers ook het eerste aanspreekpunt zijn voor familie.

Een aantal medewerkers geeft aan dat door het feit dat zij nu de verantwoordelijkheid hebben over een kleinere groep medewerkers, zij beter op de hoogte zijn van wat er speelt rondom een bewoner en hierdoor de familie beter van informatie kunnen voorzien. Daarnaast wordt door sommige EVV'ers aangegeven dat het contact wat zij onderhouden met de familie nu meer intensief kan zijn. Dit is een gevolg van het feit dat in het kleinschalige woonconcept minder bewoners onder de verantwoordelijkheid van de medewerkers vallen.

'Ik merk vanuit mijn kant dat ik ook wat meer tijd heb voor de families. Dan hebben we even een gesprekje. Omdat je minder familie hebt dat je dan daar ook goede begeleiding kan geven.'

Anderzijds is er ook een EVV'er die aangeeft dat voor haar niet veel veranderd is. Hoe intensief het contact is met de familie van bewoners ligt voor een groot gedeelte aan hoe je eigen opstelling is hetgeen betekent dat zij denkt dat dit niet specifiek te maken heeft met het kleinschalige wonen.

7.4.2.1.4 Locatie werkzaamheden

De plek waar medewerkers hun werkzaamheden uitvoeren heeft zich meer verplaatst naar de huiskamer. Dit komt omdat de medewerker in het nieuwe woonconcept geacht wordt ook alle huiskamertaken op zich te nemen waaronder het toezicht houden op de bewoners. Een voorbeeld hiervan zijn de administratieve werkzaamheden. Onder administratieve werkzaamheden kan worden verstaan het opstellen van rapportages, het lezen van overdrachten en het voorbereiden van gesprekken met artsen en familie. Waar dit eerder plaats had op het kantoor hebben deze werkzaamheden zich nu meer verplaatst naar de huiskamer. Huiskamers beschikken over een eigen computer waar de medewerker haar werkzaamheden uit kan voeren. Ook bijvoorbeeld het bestellen van maaltijden gebeurt nu in de huiskamer.

'En dan heb ik even een uur de tijd om andere werkzaamheden te doen en daar kan je gelijk een beetje overzicht houden. En nu hebben we ook allemaal een computer en toen hadden we maar één computer in het kantoor dus...
En nu heb je in je huiskamer je computer en dan heb je gelijk overzicht.'

7.4.2.2 Nieuwe werkzaamheden

Bovenstaand zijn de werkzaamheden benoemd die na de overgang gebleven zijn voor de medewerkers. In deze paragraaf zullen de werkzaamheden welke zijn toegevoegd aan het takenpakket worden besproken. De nieuwe werkzaamheden zijn veelal voorkomend uit het feit dat de huiskamerdienst niet meer aanwezig is.

7.4.2.2.1 Huishoudelijke taken

Met de ingang van het kleinschalig wonen zijn voor de medewerkers ook huishoudelijke taken aan het takenpakket toegevoegd. Hierbij kan worden gedacht aan het soppen van bedden, het aanvullen van kasten met linnengoed, het schoonmaken van de keuken, etc. Het overgrote gedeelte van de medewerkers merkt duidelijk dat deze taken er bij zijn gekomen en ervaart, met wisselende frequentie, dat hierdoor andere werkzaamheden in het gedrag komen.

'Want nu dan moet je de kasten bijvullen dan moet je dit gaan doen en dan moet je dat gaan doen. Je bent gewoon continu meer bezig met andere werkzaamheden dan met de bewoners.'

Hoewel iedere medewerker ervaart dat er meer taken bij gekomen zijn, vindt niet iedereen dat het daardoor per definitie meer werkdruk oplevert. Sommige medewerkers geven aan dat doordat er minder bewoners zijn, zij de extra werkzaamheden bij kunnen doen zonder dat het heel veel drukker is geworden.

‘Vroeger had je je voedingsassistent en dat soort dingen komen nu natuurlijk ook allemaal bij ons erbij. Het is wel wat relaxter maar je hebt wel meer taken erbij gekregen.’

7.4.2.2.2 Voeding

Een andere taak die het verzorgend personeel er bij heeft gekregen is het verzorgen van de voeding voor de bewoners. Hierbij moet worden gedacht aan het verzorgen van het ontbijt als mensen opstaan, de lunch en het avondeten. Gedurende de dag moet ook gezorgd worden voor voldoende drinken voor de bewoners. Hoe medewerkers hier tegenaan kijken is verschillend per medewerker maar ook per ‘eetmoment’. Zo wordt door bijna alle medewerker het ontbijt als obstakel ervaren. Medewerkers zijn in de ochtend namelijk zowel verantwoordelijk voor het uit bed halen van bewoners als het verzorgen van het ontbijt. Gezien het feit dat wordt gewerkt met PG patiënten is niet iedere bewoner in staat zijn of haar eigen ontbijt te maken. De medewerker moet hierbij dan helpen maar moet ondertussen ook de andere bewoners uit bed halen.

‘Want als je bijvoorbeeld nummertje 1 uit bed haalt en je zet haar neer en je geeft haar wat te eten en te drinken. Kijk sommige mensen moeten geholpen worden dus dan blijf je daar zitten. Maar je kan natuurlijk niet te lang blijven zitten, want net wat ik zeg je laat mensen niet te lang slapen want je moet dingen wel natuurlijk, een tijd dat ze er allemaal uit moeten zijn. Nou ja moeten zijn, ze hebben natuurlijk medicatie nodig en zo. Dus dan krijg je soms, wat er dan gebeurd is dat je iemand neerzet met z’n eten en naar de volgende gaat en dan heb je zoiets van ja maar als die persoon nou niet zelfstandig eet... En dat vind ik soms wel lastig.’

Tussen de middag ervaren medewerkers hier minder last mee aangezien alle bewoners dan al aanwezig zijn in de woonkamer. Medewerkers warmen tussen de middag bijvoorbeeld soep op voor de bewoners. Dit is nu goed mogelijk aangezien iedere unit over een eigen keuken beschikt.

Daarnaast moet er gedurende de dag gezorgd worden voor voldoende drinken voor de bewoners. Sommige medewerkers zien dit als een uitdaging. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn bijvoorbeeld het feit dat medewerkers soms in beslag worden genomen door andere werkzaamheden en daardoor niet door hebben of mensen voldoende drinken omdat men niet de gehele tijd aanwezig kan zijn op de woonkamer. Mensen kunnen zelf niet meer opletten of zij voldoende drinken. De uitdaging zit er in dat ten eerste je voldoende tijd moet hebben om iedereen iedere keer drinken te geven. Daarnaast, als medewerkers niet op de huiskamer zijn omdat zij werkzaamheden buiten de huiskamer te doen hebben, kunnen zij geen toezicht houden op of mevrouw Jansen wel echt haar drinken heeft opgedronken of dat een ander haar drinken heeft opgedronken. Hierdoor kan het zo zijn dat medewerkers tekort schieten in het verzorgen van een essentieel onderdeel van de zorg.

‘Zoals vandaag, een calamiteit, iemand is acuut ziek geworden. Dan moet je iemand dan catheteriseren, je moet heel wat extra dingen doen en dan is de huiskamer onbemand. En dan krijgen ze niet te drinken. Terwijl dat belangrijkste is.’

Aan de andere kant zijn er ook medewerkers die proberen een combinatie te maken met andere werkzaamheden die zij uit moeten voeren.

‘Ja weet je wat het is, je bent nu in de huiskamer en ik kan achter de computer zitten. En een kopje koffie schenken. Het is allemaal wat overzichtelijker voor jezelf om je werk in te delen.’

Koken

Als laatste zorgen medewerkers ook voor het avondeten van de bewoners. De taak koken komt voort uit het feit dat in het nieuwe woonconcept wordt gestreefd naar het creëren van meer huiselijkheid en het meer vraaggericht werken zoals in paragraaf 2 besproken. Tussen de twee afdelingen is hierbij een belangrijk verschil: op de ene afdeling wordt al gekookt terwijl op de andere hier nog mee gestart moet worden. Enerzijds zijn in de interviews daardoor de concrete ervaringen van de ene afdeling naar voren gekomen, anderzijds heeft de andere afdeling verwachtingen over hoe het zal gaan als er gekookt gaat worden.

Op de afdeling waar nog niet gestart is met koken vinden de meeste medewerkers het spannend om te gaan koken. Sommige medewerkers vinden het een uitdaging om voor een grote groep te koken maar ook om Hollands eten te koken zoals de bewoners gewend zijn. Sommige medewerkers geven aan thuis eigenlijk nooit Hollands te koken.

'Het is een leermoment! Voor mezelf eigenlijk. Hollandse pot klaarmaken, ik weet van mezelf ook hoe ik Surinaamse gerechten moet klaarmaken maar Hollandse pot.. Maar misschien als ik het één of twee keer gezien heb. Ik ben een keer een keer op de cydaam, hier aan de overkant daar koken ze al. Daar ben ik ook een keer gaan kijken. En daar beginnen ze tegen deze tijd met aardappelschillen met een paar bewoners erbij. Ik vond het wel spannend. Ik vond het spannend. Meer voor mezelf.'

Een aantal medewerkers geven aan moeite te hebben met het koken met PG bewoners. Medewerkers geven aan dat het wellicht lastig is om zowel op het eten te letten als op de bewoners. Het alleen laten van bewoners met het eten op het gasfornuis wordt als lastig ervaren. Als bijvoorbeeld een bewoner op de gang valt moet de medewerker er naar toe en is er geen toezicht meer op de huiskamer. De veiligheid van de bewoners zou hierdoor in het gedrang kunnen komen.

'Tegen het koken op zich zie ik niet zo op maar als ik dan naar mijn bewonersgroep kijk en als ik daar dan alleen sta, dan moet ik er niet aan denken dat er iemand valt daar. Ik zie het al helemaal voor me want ik heb een man die helemaal gefixeerd is op eten. En dat die dan met die hete pan met aardappels aan het stoeien is.'

Op deze afdeling is ook een medewerkster werkzaam die binnen een andere locatie reeds ervaring heeft met het koken op de groep. Hoewel zij ook eerst haar twijfels had is zij erg enthousiast over het koken.

'En je kan vragen aan de mensen van wat vindt u lekker om te eten? En dat kunnen ze precies zeggen. Ook al zijn ze echt dement als ze kunnen praten weten ze precies welke groente zij lekker vinden of niet. En als je dan eten klaar gaat maken, je ziet het bijvoorbeeld dat de bewoner plezier heeft dan heb jij ook plezier.'

Op de afdeling waar het koken op de woonkamer al langere tijd gebeurt ervaren medewerkers dit als een leuke taak. Wat het leuk maakt is dat men ziet dat het voor de bewoner prettiger is. Zoals eerder aangegeven vindt men het leuk iets lekkers voor de bewoner te maken wat ook nog lekker ruikt. Ze zien het zelf niet als iets lastigs aangezien ze thuis ook gewend zijn om te koken.

'Ja er zijn mensen die dus niet vaak koken maar ik heb daar persoonlijk geen last van. Dat zou voor mij niks bijzonders zijn. Op huishoudelijk gebied dat is voor mij appeltje eitje.'

Een voorwaarde om het koken uitvoerbaar en behapbaar te maken is wel dat er voldoende personeel is. Indien dit niet het geval is en er moet door een medewerker voor meerdere huiskamers worden gekookt, wordt dat als een lastige taak gezien. Daarnaast wordt door de geïnterviewden ook aangegeven dat zij zelf allemaal geen moeite hebben met het koken maar dat er wel collega's zijn die niet kunnen koken. Voor deze collega's, en voor de bewoners, is dat lastig.

7.4.2.2.3 Toezicht houden

Een andere taak die naar voren is gekomen bij een aantal respondenten is het toezicht houden op de bewoners. Zoals eerder genoemd komt dit voort uit het idee dat in het nieuwe zorgconcept minder verschillende mensen met de bewoner bezig moeten zijn en er in absolute zin minder personeel wordt ingezet aangezien de groepen kleiner zijn geworden. Zoals ook eerder is aangegeven is het nu zo dat waar eerder de huiskamerdienst aanwezig was op de huiskamer en het toezicht hield, dat nu ook onder het verzorgend personeel is komen te vallen. Een groep medewerkers vindt het lastig dat er nu niet altijd iemand op de huiskamer aanwezig is. Met name in de ochtend en de avond is dit niet altijd het geval en ontbreekt het toezicht. Hierbij moeten worden gedacht aan momenten waarop bijvoorbeeld bewoners door twee medewerkers uit bed gehaald moet worden. Naast dat sommige medewerkers zich zorgen maken of er niet iets zal gebeuren met de bewoners als er niemand is, geven sommige medewerkers ook aan het niet gezellig te vinden voor de bewoners als er niemand aanwezig is.

'En het toezicht in de huiskamer dat weten zij (huiskamerdienst, red.) ook. En nu zijn wij daarvoor. Dat gedeelte is er niet meer, maar dat is nergens in huis. Maar soms is het ook zo druk overal en dan mis je toch iemand in de huiskamer. Niet iedere dag is hetzelfde en soms komt er toch iets tussen. En sommige bewoners moet je toch met z'n tweeën doen en dan staat er niemand in de huiskamer. Dat gedeelte mis je toch.'

Aan de andere kant geeft een gedeelte van de medewerkers ook aan de werkzaamheden zo in te richten dat zij zoveel mogelijk op de huiskamer aanwezig zijn.

'Wat ik zeg ik kan mijn eigen dag indelen en 's middags neem ik dan nog even tijd om wat taken te doen buiten de zorg. Je kan gelijk toezicht houden en ingrijpen als het nodig is.'

7.4.2.2.4 Vraaggericht werken

In de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers nu ook vraaggericht werken. Deze aanpassing in de manier van werken is een 1-op-1 gevolg van het nieuwe zorgconcept waarin vraaggericht werken een belangrijk onderdeel is. Vraaggericht werken is een overkoepelend onderwerp: iedere taak van de medewerker zou op een vraaggerichte manier uitgevoerd moeten worden.

Of medewerkers vraaggericht werken als integraal onderdeel van het kleinschalige woonconcept zien, is niet geheel duidelijk geworden. De indruk werd gewekt dat zij dit als een apart onderdeel zagen. Het kleinschalig wonen leek voor hen soms meer in de letterlijke kleinschaligheid te zitten: minder bewoners op de afdeling en per kamer. Daarnaast werd dan ook nog vraaggericht gewerkt.

Als het gaat over vraaggericht werken komen er een aantal aspecten naar voren. Zo wordt bijvoorbeeld door een medewerker aangegeven dat het verschil er in zit dat de bewoner zich niet meer aanpast aan de medewerker maar de medewerker aan de bewoner.

'Je past je aan aan de mensen en zij hoeven zich niet aan mij aan te passen. Dat is het verschil.'

Daarnaast is er ook een vrij groot gedeelte van de medewerkers dat aangeeft al veel langere tijd vraaggericht te werken. Medewerkers geven aan dat je dat altijd al zoveel mogelijk probeerde te doen terwijl andere medewerkers aangeven hier meer aandacht aan te geven sinds zij hierover een workshop hebben gehad.

'Nee want eigenlijk zijn we altijd al uitgegaan van dat vraaggericht mensen worden geholpen. Dat is de laatste jaren altijd al geweest. En dat is dan in een keer item terwijl ik denk we doen dat al jaren. Dus dat is iets wat ik, ik probeer heel vraaggericht te werken maar je hebt er soms de middelen gewoon niet voor.'

Medewerkers geven aan dat het bieden van vraaggerichte zorg hen in principe makkelijk af gaat. Het levert geen problemen op om zoveel mogelijk op de wensen van bewoners in te spelen. Met andere woorden, dit is er wel bijgekomen maar wordt niet als bedreiging ervaren. Een laatste belangrijk punt wat medewerkers noemen met betrekking tot dit onderwerp is het feit dat bij het bieden van vraaggerichte zorg soms een spanningsveld ontstaat. Hoewel met vraaggerichte zorg door de medewerker geprobeerd wordt te doen wat de bewoner wil, lijkt dit niet per definitie de beste keuze. Hierdoor wordt het maken van keuzes in het aanbieden van vraaggerichte zorg soms als lastig ervaren. Dit komt dat bijvoorbeeld doordat een medecollega een andere mening is toegedaan. Het is dan soms niet duidelijk wat dan de beste keuze is. Temeer aangezien er vraagtekens gezet kunnen worden bij in hoeverre bewoners zelf kunnen aangeven wat ze graag willen. Daarnaast kan er nog een spanning bestaan tussen hoe bewoners het willen en wat vanuit bijvoorbeeld medisch oogpunt goed zou zijn. Hier zit ook een denkomschakeling van het medische naar het sociale model in: niet de medische kant is meer leidend maar de vraag van de bewoner is leidend.

'Kijk we hebben wel, ze zijn wel over geswitcht van zorgvisie. Naar klantgericht. Wat de cliënt vraagt dat doe je. En eerst deden we gewoon van het is goed voor de bewoner en daar gingen we dan van uit. Maar nu is het klantgericht en dan is het af en toe wel twijfelachtig. Want dan kom je bij een cliënt en je vraagt wat ze willen en dan zeggen ze dat. En je gaat er naar handelen. En dan is het gewoon van ik heb het zo gedaan omdat de cliënt het wil. Maar een andere collega kan gewoon zeggen van nee je hebt het toch verkeerd gedaan.'

7.4.2.3 Vaardigheden

Bovenstaand is een grove beschrijving van het takenpakket van de medewerkers gegeven. Zoals naar voren is gekomen zijn een aantal taken toegevoegd aan de werkzaamheden en hebben een aantal taken een andere invulling gekregen. Als afsluiting van dit onderwerp is in de interviews gevraagd of medewerkers hier andere vaardigheden voor hebben moeten leren.

Het grootste gedeelte van de medewerkers geeft aan niets te hebben hoeven bijleren voor de overgang naar het kleinschalige wonen. Wat wel naar voren is gekomen is dat op de afdeling waar nog niet gekookt wordt op de huiskamer sommige medewerkers aangeven wel hulp te willen met het leren koken voor een grote groep en het leren koken van Hollands eten.

De medewerkers die wel aangeven dat nieuwe vaardigheden nodig zijn voor het kleinschalig wonen noemen het leren werken op een vraaggerichte manier. Daarnaast wordt door één medewerker benoemd dat de houding van medewerkers ten opzichte van de bewoner zou moeten veranderen.

‘Openstaan. Open staan voor de mensen. Niets vies vinden. Als de bewoner met de boter, ja het is natuurlijk een demente bewoner. Dus die gaat wel eens met zijn vinger in de boter! Het is hun huis. Ze mogen doen waar ze zin in hebben. Als je daar open voor kan staan dan komt het goed.’

7.4.3 Medewerkers & Management

Qua beschrijving van de veranderende werkzaamheden in het kleinschalige wonen komt dit grotendeels overeen met wat de medewerkers benoemen. Een verschil is wel dat waar medewerkers aangeven nu al veel huishoudelijke taken uit te moeten voeren, het locatiemanagement aangeeft dat de huishoudelijke taken nu gedaan worden door de schoonmaakdienst van de organisatie. De schoonmaakdienst valt niet onder het zorgpersoneel en doet alleen de schoonmaak van gangen en kamers.

Waar medewerkers concreet benoemen welke taken erbij zijn gekomen, ligt bij het management de nadruk op dat iets anders verwacht wordt van de medewerker vanuit de zorgvisie en dat hier andere competenties voor nodig zijn. Volgens het management heeft een verschuiving plaatsgevonden van een taakgerichte focus naar een mensgerichte focus.

‘Het is ook onderhandelen en dealen en met de familie van ik heb er nu zes dus u snapt wel dat... Terwijl anders kon je toch meer verschuilen achter de taak. Nu is het echt van taakgericht naar mensgericht en om die competenties te ontwikkelen heb je ook jezelf te ontwikkelen.’

Aansluitend op het bovenstaande kan de vraag worden gesteld of medewerkers niet nog steeds sterk taakgericht zijn. Medewerkers geven zelf aan geen andere vaardigheden nodig te hebben in het kleinschalige wonen en leggen in de interviews de nadruk op wat concreet veranderd is in hun taken. Het lijkt daardoor dat medewerkers nog sterk taakgericht zijn. Het kan echter ook zo zijn dat medewerkers en management op een andere manier over het werk praten en het niet zo benoemen maar medewerkers hebben zich wellicht onbewust al andere vaardigheden eigen gemaakt.

7.5 Samenwerking & Sturing

In de interviews is ook gevraagd naar of iets veranderd is in de relatie tot collega's en leidinggevenden. Hier zijn verschillende onderwerpen naar voren gekomen, welke onderstaand nader zullen worden uitgewerkt. Zoals eerder aangegeven is het op dit moment zo dat medewerkers met tussen de drie en de vijf personen op een afdeling staan. Op een afdeling bevinden zich meerdere huiskamers waardoor collega's wel met elkaar kunnen overleggen of een handje kunnen helpen. Hoewel de medewerkers van een afdeling allemaal tot hetzelfde team behoren staan zij zoveel mogelijk op hun 'eigen' huiskamer.

7.5.1 Management

Wat door de respondenten veel genoemd wordt is de zelfstandigheid die van medewerkers verwacht wordt in het werk. Aangezien medewerkers nu vaak alleen op een unit staan kunnen zij minder

gebruik maken van collega's om op terug te vallen. Daarnaast neemt de leidinggevende een minder prominente rol in, al is het maar omdat diegene niet meer de gehele dag op de werkvloer aanwezig is. Een gevolg van het alleen op een dienst staan is ook dat medewerkers meer zichtbaar worden in de organisatie. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor een dienst en moeten hier voor staan. In het grootschalige wonen was sprake van gedeelde verantwoordelijkheid en konden medewerkers zich verschuilen. Dat is nu niet meer mogelijk en door een gedeelte van het management wordt aangegeven dat medewerkers dit onprettig vinden. Overigens ziet niet iedereen dit zo.

'Die van een, dat moet je niet oneerbiedig opvatten, van afdelingswerkzaamheden ga jij nu op eens op een groep voor zes bewoners geplaatst worden. Waarop je alleen de baas bent maar dus ook de verantwoording draagt. En in die groep van 50 ben je anoniemer en dat is toch altijd iets makkelijker. Dus wat zegt die leidinggevende, die zegt ineens nou ik zeg je op de groep van zes, jij bent verantwoordelijk. Dat is vanuit de medewerker een vervelend perspectief.'

'Ja, en ik zie dat mensen het echt zien als mijn huiskamer dat is mijn bewoner, dat is mijn groep ik vind het alleen maar prachtig dat je een soort gezonde concurrentie krijgt, terwijl praat je over onze afdeling, dat je het hebt over vijfendertig bewoners, of dat je het hebt over mijn groep.'

De verantwoordelijkheid is dan ook naar beneden geschoven in vergelijking met het grootschalige wonen. Het management is bewust bezig met het bieden van die handelingsvrijheid aan medewerkers om op die manier zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wens van de bewoner. Voorbeelden hiervan zijn het inrichten van de woonkamers maar bijvoorbeeld ook het zelf bestellen van eten. Het management geeft aan in het kleinschalig wonen meer voorwaardenscheppend bezig te zijn dan sturend in de dagelijkse gang van zaken.

'Dus we zitten te kaderen om binnen die kaders meer ruimte te geven. Je moet wel zeven keer per week warm eten op tafel zetten, dit is het budget en bestel het zelf. Half klaar, kant en klaar of de pizza laten binnenkomen. Dus dan zoek je steeds binnen bandbreedtes of er ruimte kan zijn waar mensen zelf over mogen gaan. En dat zit nog steeds in de afweging wie kan dit het beste? Dus alleen maar afnemen waar mensen last van hebben. En zelf laten doen wat mensen zelf kunnen.'

Door respondenten wordt aangegeven dat de ruimte die nu wordt gegeven niet altijd wordt gepakt. Verklaringen hiervoor worden gezocht in het feit dat het voor medewerkers een grote omslag is in vergelijking met het grootschalige wonen. Het is onwennig voor medewerkers en sommige medewerkers willen of durven de ruimte niet te pakken. Door een respondent wordt aangegeven dat sommige medewerkers ook geïnstitutionaliseerd zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat het van leidinggevend en ook vraagt om los te laten en de medewerker de ruimte te geven. Dit wordt niet altijd als gemakkelijk ervaren. Zo geven leidinggevend en bijvoorbeeld aan te moeten wennen aan het feit dat ze het personeel meer los moeten maken. Met name wanneer zich bijvoorbeeld een incident heeft voorgedaan is het soms moeilijk om de afstand te blijven bewaren en niet weer sterker in de controlerende rol te schieten.

'En dat is natuurlijk ook voor ons, als je weet dat het altijd goed gaat, ga je dan toch nog elke dag even kijken? Of laat je het dan los en durf je alleen te kijken naar de afdeling waar het niet goed gaat? En heb je dan voldoende sensitiviteit om op een gegeven moment te zien hé nu gaat het toch iets minder.'

Doordat de verantwoordelijkheid meer naar beneden wordt geschoven, verandert ook de rol van de leidinggevende. Waar deze eerder zelf meewerkte op de vloer zit deze nu het grootste gedeelte van zijn of haar dag op kantoor. De afdelingen zijn kleiner geworden met zowel minder personeel als minder bewoners. Hierdoor worden leidinggevendens verantwoordelijk voor meerdere afdelingen. Hierdoor moeten ze ook wel meer op afstand staan, ze kunnen immers niet overal constant aanwezig zijn. Bovenstaand is aangegeven dat van de medewerker wordt verwacht dat zij zich ontwikkelt en dat zij meer zichtbaar wordt. Hierin is ook een nieuwe rol voor leidinggevendens weggelegd, namelijk het coachen van medewerkers op competenties.

'Voorheen was het dat ik ook pillen deelde en zelf de cliënten allemaal heel goed kenden. Dat is nu meer op afstand gekomen. Dat is volgens mij zoiets als volgens mij zitten wij 75% achter de pc als teamleider zijnde is uit het onderzoek gekomen. (...)Dus ja je bent minder op de werkvloer, je bent meer coachend bezig en de span of control is vergroot. Doordat je dus minder bedden op een afdeling hebt krijg je nu dus twee etages. (...)Doordat het personeel verminderd is op een afdeling komt het eigen functioneren steeds meer bloot te liggen en moet je daarmee aan de slag.'

Een ander punt wat wordt aangehaald is dat de taakverdeling is veranderd. Waar vroeger veel hiërarchie bestond is dit nu steeds meer aan het afnemen. Vroeger werkten medewerkers meer in hun eigen deelgebied en voelden zich dan ook alleen verantwoordelijk voor dit deelgebied. Doordat nu een meer integraal takenpakket is ontstaan en iedereen alle werkzaamheden uitvoert is hier verandering in gekomen.

'Het medisch model is echt een hiërarchisch model met een teamleider, teams waar ook nog vaak niveaoverschillen in zitten en bevoegdheden. Het was meer een hiërarchisch model met wie mag wat doen? En wie mag wat doen, dan loop je dus de hele dag met vijf mensen langs alle kamers. Waar de schoonmaker schoonmaakt, de niveau twee wast, niveau drie de pillen geeft en er niveau vier ingrijpt in complexe situaties, de stoma en weet ik veel wat. Dus daar zie je gelaagdheid in de functiedifferentiatie. Omdat je allemaal verantwoordelijk bent voor een beetje. En wat je nu ziet is dat iemand integraal verantwoordelijk is voor ook de schoonmaak en het eten en de complexiteit bijvoorbeeld als iemand valt om dan iemand erbij te roepen.'

In verband met het onderwerp taakverdeling wordt aangegeven dat bij een gedeelte van de medewerkers het denken in functieniveaus minder is geworden. Daarnaast is er ook een groep medewerkers die nog wel in hun eigen hokje blijven denken. Volgens een respondent zijn er nog redelijk wat medewerkers die hierin nog niet hun verantwoordelijkheid nemen en ligt dit deels ook verankerd in de cultuur van het huis.

Ook de bezetting wordt regelmatig aangehaald. Dit is een onderwerp waar ook het management nog geen eenduidige oplossing voor heeft. Zo is het toezicht houden op de huiskamer nog een punt van discussie evenals wanneer medewerkers nou het best kunnen worden ingezet in verband met spitsuren in de zorg.

7.5.2 Medewerkers

7.5.2.1 Bezetting

Door het kleinschalige wonen is de absolute personele bezetting naar beneden bijgesteld. Waar eerder negen medewerkers 's ochtends begonnen op een afdeling van 48 personen, starten er nu vijf medewerkers op een afdeling van 27 personen. De relatieve personeelsbezetting is dus niet gedaald. Toch wordt dit door een gedeelte van de medewerkers zo ervaren. Een groep medewerkers is van mening dat de personele bezetting op dit moment te laag is. Daarnaast is er een groep medewerkers die hier geen mening over gegeven heeft in het interview. Zij hebben alleen aangegeven dat men nu met minder mensen op een groep staat.

Een gedeelte van de medewerkers geeft aan dat doordat je met minder mensen op een groep staat men zich ook geheel verantwoordelijk voelt voor dat groepje bewoners op het moment dat zij dienst hebben. Waar deze verantwoordelijkheid eerder meer gedeeld werd ligt deze nu meer bij de individuele medewerker.

'En nu nee je weet wat je moet doen jij hebt je 8-10 bewoners het is van ja nu ben je verantwoordelijk voor deze bewoners. Je moet zorgen voor eten, voor douche na, voor alles voor de bewoners. Je moet echt zorgen voor de bewoners.'

Medewerkers die aangeven dat de personele bezetting te laag is, brengen dit vaak in verband met het geven van aandacht aan de bewoner en het houden van toezicht op de huiskamer. Sommige medewerkers hebben het gevoel hierdoor de bewoner niet de zorg te kunnen geven die hij of zij verdient. Daarnaast moet een onderscheid worden gemaakt tussen de twee verschillende afdelingen. Op de afdeling waar negen bewoners op een huiskamer wonen zijn vijf medewerkers beschikbaar voor drie units. Hierdoor kan er voor elkaar worden ingesprongen als een medewerker bijvoorbeeld een familiegesprek moet voeren. Zolang er niets afwijkends gebeurt geven medewerkers aan dat zij het redden met het aantal medewerkers.

'Dan mis ik wat personeel. Als je een iemand extra hebt voor in de huiskamer dan is er niks aan de hand. Maar ik kan niet op alle plaatsen tegelijk zijn dus dan wordt het lastig.'

Op de afdeling waar zes bewoners op een huiskamer zitten wordt de personele onderbezetting als iets constants gezien. Hier staat een medewerker per huiskamer ingeroosterd. 's Ochtends is er vaak iets meer personeel maar 's middags zijn regelmatig een aantal uur huiskamers onbemand. Dat betekent dat als een collega een afspraak heeft met bijvoorbeeld een arts, niemand op de huiskamer aanwezig is en een medewerker toezicht houdt op meerdere huiskamer.

'Je moet in je eentje staan op zes bewoners maar gebeurt er iets dan sta je soms op meerdere. En dan voelt het wel net alsof je gewoon grootschalig werkt nog. Dat is wel jammer dan.

Dus uiteindelijk sta je dus een uur alleen. En dan denk ik ja en nou? Dus ik dacht ik blijf een beetje in het midden want daar is de grootste groep. En dan eventjes kijken. En dan komt er iemand aan, er moest dus iemand naar het toilet. Maar die moet geholpen worden met een tillift. En dan moet ik zeggen sorry maar het gaat nu niet. (...) Dat vond ik heel frustrerend, dat vond ik echt heel erg. (...) En toen mijn collega kwam moesten we haar ook met z'n tweeën helpen want het ging niet zo goed alleen. En dat zijn van die dingen die vind ik heel frustrerend. Dan schiet

je tekort. Dat doe je ook. Ik kan daar wel gaan staan maar is niemand hier, er is geen overzicht. En dit gebeurt best wel. En dat vind ik wel vervelend.'

Een aantal medewerkers geeft ook aan dat er veel gaten in de roosters zijn waardoor zij vaak extra diensten draaien of dat deze gaten opgevuld worden door uitzendkrachten. Medewerkers begrijpen dit niet aangezien volgens hen structureel meer collega's nodig zijn om de diensten in te vullen.

7.5.2.2 Taakverdeling

In de interviews is gevraagd naar of de taakverdeling tussen de collega's veranderd is door het kleinschalig wonen. Immers zijn er meer verschillende taken toegevoegd en is de huiskamerdienst verdwenen. De meningen zijn hierover verdeeld. Het overgrote gedeelte van de medewerkers vindt dat niet veel veranderd is in de taakverdeling. Niveau drie heeft wel bepaalde taken die een niveau twee medewerker niet uit mag voeren maar dat is altijd al het geval geweest. Wat veel naar voren komt is dat overlegd wordt door de collega's over wie wat gaat doen en hoe dingen het best aangepakt kunnen worden. Collegialiteit is ook een term die vaak genoemd wordt.

'Nou dat denk ik niet zo. Ja de gediplomeerde hebben MDO's (Multi Disciplinaire Overleggen, red.) die ze moeten schrijven. De een zorgt voor de medicijnen en de ander zorgt voor dit. Maar uiteindelijk... Dat is altijd al geweest. Dat is niet echt veranderd.'

Opvallend is dat niveau twee medewerkers gelijkheid in taken ervaren met de EVV'ers. Een medewerker geeft zelf aan dat het meer gelijkwaardig is geworden dan in het grootschalige wonen.

'Vroeger toen waren er zoveel en toen waren alle taken voor de gediplomeerden. Maar nu iedereen moet iets doen. Want we hebben niet meer de huiskamerdienst. Maar gediplomeerde of niveau twee of twee+ maakt niet uit, iedereen moet... Alleen niveau twee mag geen medicijnen delen. Maar de rest moet iedereen alles doen.'

7.5.2.3 Hiërarchie & aansturing

Ook het onderwerp meer of minder hiërarchische verdeling tussen de collega's wordt verschillend ervaren. Het onderwerp hiërarchie wordt slechts door de helft van de respondenten aangehaald.

Er zijn een aantal niveau twee medewerkers die ervaren dat met de invoering van het kleinschalige wonen minder hiërarchie is tussen de collega's. Zij geven aan dat iedereen nu alle taken doet en dat iedereen gelijkwaardig is aan elkaar. Aan de andere kant zijn er ook niveau twee medewerkers die wel het gevoel hebben onder de niveau drie medewerker te staan. Zij geven aan dat dit in het grootschalige wonen ook het geval was. Zij ervaren dit echter niet als bezwaarlijk omdat dingen netjes gevraagd worden.

'Nee maar vroeger waren dat de taken van de gediplomeerden. Maar nu ook helpende, iedereen. Dus we zijn een team en iedereen heeft taak. En niet meer van ik ben minder want ik ben helpende of jij bent meer dan ik, nee.'

Anderzijds geven de EVV'ers aan bepaalde taken te delegeren naar niveau twee medewerkers.

'Meestal op de dag, als we dingen hebben waarvan ik denk die kan een niveau twee gewoon doen. Die laat ik aan niveau twee gewoon over. En dan geef ik een opdracht, nou het is niet echt een opdracht. Of je wil gewoon kijken, of je kan gewoon dat doen of zo. Eind van de dag controleer ik wel of het gewoon gedaan is.'

Daarnaast is de hiërarchie in relatie tot de leidinggevende van de medewerkers ter sprake gekomen in de interviews. In het grootschalige wonen was het zo dat de teamleider een meer prominente rol had in de aansturing en controle van medewerkers. De teamleider was daarbij veelal zelf aan het meewerken op de werkvloer. In het kleinschalige wonen is de teamleider met name aan het werk op kantoor en heeft een meer administratieve rol gekregen. Hij of zij heeft niet meer iedere dag contact met de medewerkers.

Bij de medewerkers van niveau twee lijkt het onderwerp hiërarchie in relatie tot de leidinggevende helemaal niet te spelen. Waarschijnlijk komt dit omdat zij nu alleen nog te maken hebben met hun leidinggevende als iets bijzonders aan de hand is. In het grootschalige wonen bestond meer dagelijks contact tussen medewerker en leidinggevende. EVV'ers hebben meer te maken met de teamleider. Eerder was het zo dat zij gedurende de dag op de vloer aangestuurd werden door hun leidinggevende. Een deel van hen geeft aan dat de hiërarchie ten opzichte van de leidinggevende gelijk is gebleven waar andere EVV'ers aangeven dat nu meer zelfstandig gewerkt kan worden en er minder hiërarchie is dan in het grootschalige wonen. De fysieke aanwezigheid van de leidinggevende op de vloer is dus minder geworden, de mate waarin EVV'ers meer zelfstandigheid ervaren ten opzichte van het grootschalige wonen is wisselend.

'Toen was het echt, toen was het een beetje hiërarchisch weet je wel.'

Een onderwerp wat hiermee samenhangt is de aansturing van de medewerkers. Voor bijna alle medewerkers geldt dat zij aangeven alleen met hun leidinggevende te maken te hebben als zij ergens niet uit komen of als de leidinggevende iets bijzonders met hen te bespreken heeft. EVV'ers op een van de afdelingen geven aan sowieso als eerste met de andere EVV'ers onderling te overleggen als zij ergens niet uit komen alvorens naar hun leidinggevende toe te stappen. Hierbij moet wel worden vermeld dat zij zich wel vrij voelen altijd bij hun leidinggevende aan te kloppen.

'Er wordt nu gewoon verwacht dat we heel zelfstandig en dat zijn we ook. En als we ergens niet uitkomen dan hoort ze het vanzelf wel. (...)Af en toe stuurt ze een mailtje van God hoe staat het met dat en dat? En dan mail je terug van ik ben zover.'

Dit staat in contrast met hoe het vroeger georganiseerd was aangezien de leidinggevende toen zelf ook nog op de vloer stond. Een deel van de medewerkers (zowel niveau 2 als 3) geeft aan dat er toen meer nadruk lag op de controle van de werkzaamheden.

'Dat is echt een groot verschil. Vind ik. Want vroeger, deed je veel samen met de leiding werken. Die waren af en toe ook mensen aan het wassen en medicijnen uitdelen. En ze waren ook constant boven ons. – onverstaanbaar – maar nou niet meer. We kunnen na haar kantoor als we hebben haar nodig. Als zij heeft ons nodig zij gaat naar ons. Maar zij bemoeien helemaal niet met ons. Zij laat ons doen en je ziet haar niet om te controleren. Niet meer van deze is niet goed gedaan, waarom hebben jullie dit en dat, ga maar weer doen. We doen ons werk en alles is goed. Alles is prima en alles wordt gedaan.'

De intensiteit van de aansturing is dus verminderd ten opzichte van het grootschalige wonen. Daarnaast zijn de meningen verdeeld over in hoeverre de hiërarchie tussen niveau 2 en 3 medewerkers veranderd is in vergelijking tot vroeger.

7.5.2.4. Beslissingen nemen

Voortvloeiend uit de aansturing die medewerkers krijgen komt het onderwerp beslissingen nemen naar voren.

Medewerkers geven aan veel zelfstandigheid te hebben in hun werk. Een groot aantal zaken lossen zij zelf op. Er vindt veel onderling overleg plaats over de dagelijkse gang van zaken. Medewerkers kijken gezamenlijk naar hoe iets opgelost kan worden of hoe ze bijvoorbeeld dingen op de huiskamer anders kunnen doen. Daarnaast kunnen ze ook zaken zelf plannen. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld het tijdstip waarop gegeten wordt maar bijvoorbeeld ook wat gegeten wordt. Ook zaken die gaan over de bewoner kunnen zij tot op zekere hoogte zelf bepalen. Zij kennen immers de bewoner het best.

'Maar bijvoorbeeld de huiskamer even anders indelen kunnen we het met collega's onderling over hebben. Als we nou de tafel zo zetten en zo zetten dan vind ik dat het wel kan. Want daarvoor heb je geen hogerhand nodig omdat jij zo vaak bij de mensen bent. Je bent degene die daar in de huiskamer bent met de mensen. Jij moet je ook makkelijk kunnen bewegen en manoeuvreren. Van als ik die rolstoel hier neerzet dan heb ik ook genoeg ruimte. Maar komt er iemand van hogerhand die de tafels zo en zo neerzet, ja sorry maar wij moeten daar langs. Bewoners kunnen er niet langs en ze kunnen vallen. Je weet niet wie onwel is geworden of is gestruikeld over dat ding. Dus dat is mogelijk om onderling te bespreken. Van waarom heb je die tafel daar neergezet, als we dat nou daar neerzetten dan maken we daar een leuk zithoekje.'

Medewerkers geven wel aan dat er bepaalde dingen zijn waarvoor zij wel naar hun leidinggevende toe gaan. Dit betreft zaken die buiten hun invloed liggen, zoals het aanvragen van inlogcodes voor de pc maar ook zaken met betrekking tot de familie van een bewoner waar zij zelf niet uitkomen.

Medewerkers geven aan het gevoel te hebben dat met de invoering van het kleinschalige wonen op dit gebied niet veel veranderd is ten opzichte van het grootschalige wonen. Ook in het grootschalige wonen werden zaken als eerste overlegd met de collega's alvorens naar de leidinggevende toe te stappen. Medewerkers geven aan ook toen beslissingen met betrekking tot de bewoner grotendeels zelf te maken. Ook in het grootschalige wonen vond veel onderling overleg plaats.

7.5.3 Medewerkers & Management

Omtrent het onderwerp samenwerken en sturing is te zien dat medewerkers en management de onderwerpen anders benoemen en voor een gedeelte ook anders beleven. Medewerkers benoemen vaak dat zij de bezetting op dit moment te laag vinden. Wellicht heeft dit te maken met de grotere verantwoordelijkheid waar het management over spreekt, hoewel dit niet geheel duidelijk wordt. Verder geven beide groepen aan dat de rol van de leidinggevende op een andere manier ingevuld wordt. Daarnaast geven beide groepen aan dat er vrij veel handelingsvrijheid is. Medewerkers geven echter aan dit al langer te ervaren dan pas vanaf de overgang naar de kleinschalige woonvorm. Over de veranderingen in de taakverdeling en de hiërarchie zijn medewerkers vrij verdeeld terwijl dit bij het management een onderwerp is wat uitgebreid aan bod komt.

7.6 De invoering

In deze paragraaf zal de overgang van het ene naar het andere zorgconcept op zichzelf besproken worden. De nadruk zal hierbij met name liggen op hoe medewerkers hierin begeleid zijn.

7.6.1 Management

De organisatie is al ruim tien jaar bezig met kleinschalig wonen. Op sommige locaties is het nieuwe zorgconcept al wel ingevoerd en op andere niet. Hoewel het management aangeeft dat implementatiestrategieën zoveel mogelijk lokaal moeten worden opgesteld, is vanuit het centraal bureau een blauwdruk opgesteld met daarin de richtlijnen voor het kleinschalig wonen. Deze kan door locaties worden gebruikt als leidraad bij de overgang. In deze blauwdruk staat ook hoe de organisatie aankijkt tegen kleinschalig wonen en wat voor hen de uitgangspunten zijn.

'In de blauwdruk zal je ook zien, het is gewoon een soort raamwerkje, kaders waar kleinschalig wonen aan moet voldoen volgens de organisatie. En niet volgens het ministerie of volgens een van de studie. Nee, volgens de organisatie. Het is onze vorm kleinschalig wonen. En we hebben altijd gezegd we doen geen kleinschalig wonen in een straat, in een wijk met 12 bewoners. Het kan financieel niet dus moet altijd vanuit een groot verpleeghuis. En daarbinnen kun je allemaal kleine huisjes maken maar een groot gebouw zorgt dat betaalbaar is. Dat is een organisatie X uitspraak. Dus je zal van ons nooit een huisje van zes bewoners in huppeldepup straat zien. Dat is een bewuste keus.'

Met betrekking tot het kleinschalig wonen wordt verder benoemd dat het concept geen dogma moet zijn. De organisatie zit altijd vast aan bepaalde beperkingen en lokale omstandigheden en hier moet voldoende oog voor zijn bij de invoering. In de onderzoeksorganisatie was dit bijvoorbeeld het gebouw. Hoewel een aantal dingen zijn aangepast blijft het bijvoorbeeld altijd een gebouw met lange gangen. Een ander voorbeeld is het uitgangspunt van kleinschalig wonen waarbij iedere bewoner een eigen kamer zou hebben. Binnen de organisatie is er voor gekozen ook nog een enkele tweepersoonskamer te behouden omdat sommige dementerenden angstig worden als zij alleen op een kamer slapen.

Verder wordt aangegeven dat bij het invoeren van het kleinschalig wonen zoveel mogelijk lokaal wordt gewerkt. Iedere locatie heeft zo zijn eigen kenmerken en hier moet het overgangstraject op worden aangepast. Daarbij wordt aangegeven dat het belangrijk is dat er bottom up wordt gewerkt om zo het draagvlak zo groot mogelijk te maken. Om hiervoor te zorgen worden vanuit het stafbureau audits gehouden bij de verschillende locaties om te kijken waar mensen tegenaan lopen. Ook worden de Implementatieplannen door het locatiemanagement (locatiemanager en teamleiders) opgesteld.

'Wat we doen is alle onderwerpen uitdiepen en ook een beetje kijken zoals bijvoorbeeld met dat koken dat zouden we al in juni gaan doen maar dat redden we gewoon niet, dan maken we pas op de plaats en we gaan dan ook wel in het LMT overleggen van wat vinden we nou belangrijk vinden we dat we de aardappels zelf moeten schillen of gaat het om de geur, en dan per onderwerp diepen we het gewoon zelf uit. Zodat het in onze eigen vezels zit. En dan gaan we er pas mee naar de teams.'

Hoewel wordt benoemd dat een bottom up benadering wordt gebruikt lijkt het er op dat dit met name geldt vanaf de teamleiders naar het stafbureau toe. In hoeverre de mening van medewerkers op de vloer daadwerkelijk wordt meegenomen is niet geheel duidelijk geworden.

'De 5 teamleiders zitten in het locatie management overleg en daar zit dan een zorgmanager bij. En daar worden beslissingen genomen en paden uitgezet en beleidsdagen gehouden. We hebben er een beslissende rol in gehad maar we hebben ook geprobeerd zoveel mogelijk de mensen erbij te betrekken van bottom-up te gaan werken maar over sommige dingen moet nou eenmaal een beslissing genomen worden en dan is het zo en kan je daar niet omheen.'

Het management geeft aan in het begin veel weerstand ervaren te hebben bij de medewerkers. Dit wordt verklaard door het feit dat medewerkers veel weerstand hebben tegen verandering en onzekerheid. Medewerkers gaven bijvoorbeeld aan het vervelend te vinden niet meer in uniform te mogen werken, te moeten gaan koken en alleen op de groep te moeten staan. Na verloop van tijd is deze weerstand wel minder geworden. Of dit alleen komt doordat mensen geen moeite meer hebben met de veranderingen is volgens de respondenten moeilijk te zeggen omdat zij niet uitsluiten dat ook medewerkers elders zijn gaan werken omdat ze het nieuwe concept niet prettig vonden. Daarnaast wordt de rol van de early adapters als belangrijk genoemd. Zij worden omschreven als de mensen die het concept omarmen en anderen meenemen in hun enthousiasme bij het invoeren.

Ook de rol van de leidinggevende wordt als belangrijk gezien. Respondenten geven aan dat het noodzakelijk is dat de leidinggevenden in het concept geloven, wil het concept succesvol ingevoerd worden. Daarnaast is voor de leidinggevenden een belangrijke rol weggelegd in het ondersteunen van medewerkers. Medewerkers moeten het vertrouwen hebben dat ze fouten mogen maken en daar niet direct op afgerekend worden. Daarnaast geeft een respondent aan dat leidinggevenden een belangrijke rol spelen in het voorzien van informatie.

'Teamleiders die dachten kan ik die weerstand handelen? Ben ik zelf overtuigd genoeg om mensen mee te nemen dat het weliswaar niet voor alle klanten en ook niet voor alle medewerkers, maar dat het wel een heel leuk model is om eens uit te proberen. Om de zorg menselijker te maken in plaats van medisch. Het overtuigen van teamleiders die zelf ouderwets zijn opgeleid'

Vooraf aan de overgang krijgen medewerkers een training over het kleinschalige wonen. Door een respondent wordt aangegeven dat dit zinvol is maar het noodzakelijk is hierna onderdelen te blijven herhalen omdat het anders wegzakt. Bewustwording speelt hierbij een belangrijke rol. Dit gebeurt bijvoorbeeld door in werkoverleggen aandacht te besteden aan onderdelen van het kleinschalige wonen.

'En gewoon telkens herhalen in werkbesprekingen ook van hoe graag gericht en jij nou bezig? Wie vind jij nou die het beste van de afdeling vraag gericht bezig is? Weet je wel zulke vragen. (...)Dus zo probeer ik ze ook te prikkelen en ook na te denken en bewust te worden. Veel met elkaar te praten.'

Als laatste wordt aangegeven dat zowel de zorgmedewerkers als ook verpleeghuisartsen en fysiotherapeuten, moeten wennen aan het nieuwe zorgconcept. Het is een nieuwe manier van tegen zorg aankijken en er gaat enige tijd over heen voor iedereen gewend is aan de nieuwe manier van werken.

'Laatst was er ook iemand op een andere afdeling en die was gewend om op blote voeten thuis te lopen. Dus die liep op blote voeten rond. Nou de fysiotherapeut die ging naar de zorg toe, die arts ging er naartoe van weten jullie dat er iemand op blote voeten loopt? Ja dat wil die mevrouw graag. Maar daar heeft het dus allemaal mee te maken gehad dat iedereen tot aan de behandelaar toe eraan moeten wennen. Maar dan vraag ik ja die mevrouw die loopt altijd thuis op blote voeten dus als ze dat nou wil? Ja maar dadelijk stapt ze in een stukje glas!'

7.6.2 Medewerkers

7.6.2.1 Verwachtingen

In de interviews is gevraagd wat de verwachtingen van medewerkers waren voorafgaand aan de overgang. Hieruit bleek dat dit uiteenlopend was. Ten eerste was er een groep die geen verwachtingen hadden. Deze medewerkers hebben het gewoon over zich heen laten komen en zouden wel zien hoe het uit zou pakken. Daarnaast is er een groep medewerkers te onderscheiden die het kleinschalig wonen niet zagen zitten. Medewerkers zagen het niet voor zich hoe ze alles moesten bolwerken met minder mensen en de extra taken. Hoewel er relatief gezien niet minder mensen op de werkvloer aanwezig zijn wordt dit door medewerkers wel zo ervaren. Deze medewerkers geven aan dat het uiteindelijk allemaal heel erg meeviel toen het eenmaal ingevoerd was.

'In het begin hadden we zoiets van minder personeel hoe moeten we dat in Jezusnaam allemaal gaan doen? Al die mensen moeten toch gewassen worden, en dit, en dat. En de eerste paar dagen is het een beetje je weg zoeken maar na een paar dagen hadden we eigenlijk zoiets van het is goed te doen. (...) Toen viel het heel erg mee. Het is toch relaxter dan dat het was. Maar dat is ook in de zorg, we zijn allemaal gehospitaliseerd geloof ik. En veranderingen daar moeten we allemaal over mopperen.'

Ook is er een groep medewerkers waarvan van tevoren de verwachtingen hoog gespannen waren. Dit was met name het geval bij de afdeling waar het kleinschalig wonen al langere tijd is ingevoerd. Hoewel medewerkers aangeven het alsnog erg prettig te vinden dat er geen vier personen meer op een kamer liggen geven zij aan teleurgesteld te zijn in de uitvoering van het kleinschalig wonen. De teleurstelling lijkt met name te worden veroorzaakt door het feit dat de verwachtingen hoog gespannen waren door het beeld van kleinschalig wonen wat was geschetst. Er zou meer persoonlijke aandacht komen en het zou net zo zijn als vroeger thuis bij de bewoners. De mooie plannen die uitgezet waren zijn volgens medewerkers grotendeels niet gerealiseerd. Medewerkers hebben het gevoel dat zij het kleinschalig concept niet zo kunnen uitvoeren als de bedoeling was. Hier wordt in de paragraaf uitvoering concept nog nadere aandacht aan besteed.

'We moesten van alles op poten zetten. De een had op het dakterras een heel, die wilde een moestuin gaan maken. En van alles. En volgens mij is nergens iets van terecht gekomen. Ik denk gewoon geen personeel, geen geld. Gewoon niet helder. Ja, het is echt zonde. Het is echt zonde geweest.'

7.6.2.2 Inspraak

Een klein gedeelte van de medewerkers geeft aan zich niet gehoord te voelen met betrekking tot de veranderingen die zijn doorgevoerd. Sommige medewerkers hebben het als onprettig ervaren dat zij niet zijn geraadpleegd bij de veranderingen die plaats hebben gehad. Bij hen bestaat het idee dat bovenin de organisatie maar gewoon wat gedaan wordt en alleen maar naar cijfertjes gekeken wordt.

Zij hebben het idee dat het management niet goed door heeft wat speelt op de vloer. Anderzijds maken zij wel ook regelmatig de kanttekening dat zij ook wel begrijpen dat de organisatie aan een bepaald budget vastzit.

'Ik heb een stukje gelezen in de PGGM, of nee niet PGGM of bij de AbvaKabo. Een van de twee. Heb ik een stukje gelezen. En daar stond een stukje geschreven van de ziekenhuizen, twee ziekenhuizen en een verpleeghuis was dat. Als ze dan iets beslissen om te doen dan vragen ze het aan de medewerkers. En dan denk ik van ja. Want als je op de werkvloer staat dan zie je veel meer.'

Bij dit onderdeel is het van belang te benadrukken dat niet alle medewerkers dit punt aanhalen.

7.6.2.3. Ondersteuning

Respondenten hebben in de interviews aangegeven op verschillende manieren ondersteund te zijn bij de invoering van het kleinschalige wonen. Deze trajecten hebben er voor beide afdelingen anders uitgezien aangezien de afdelingen op een ander moment de overgang hebben gemaakt. De afdeling welke als laatste is overgegaan naar het kleinschalige wonen geeft aan voldoende ondersteuning te hebben gehad voor de invoering. Als ondersteuningsinstrumenten worden de tweedaagse training genoemd die medewerkers hebben gehad als ook de losse workshops. Medewerkers vonden dit voldoende. Opvallend is dat medewerkers die net een ander traject hebben gevolgd, bijvoorbeeld tussendoor zijn overgeplaatst naar een andere afdeling, geen training hebben gehad. Gedurende de training zijn onderwerpen aan bod gekomen zoals hoe om te gaan met knelpunten maar bijvoorbeeld ook hoe om te gaan met vraaggericht werken.

'Ja dat was wel zinvol. Er werd uitgelegd hoe en wat over kleinschalig wonen, hoe we aan het werk gaan, hoeveel mensen per kamer. Dat een beetje.'

Daarnaast geven medewerkers aan het prettig te vinden om straks ook een workshop te krijgen over het koken op de huiskamer. Medewerkers geven aan vertrouwen te hebben dat dit goed geregeld zal worden.

'Ik mag toch aannemen dat we van tevoren nog wel wat begeleiding daarmee krijgen. Nee dat zal wel, de organisatie kennende zal er wel workshops en begeleiding in komen. Dat hebben we tot nu toe met alles gehad dus ik mag aannemen dat dat met dit ook wel zo zal zijn. Want ik zal niet de enige zijn die denkt help ik moet voor 10 mensen koken.'

Daarnaast is er de begeleiding die de medewerkers hebben gehad van de afdeling die een aantal jaar terug al over is gegaan. Deze medewerkers waren minder te spreken over de begeleiding die zij geboden hebben gekregen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat deze afdeling een aantal jaar terug de overgang gemaakt heeft en de organisatie toentertijd minder ervaring had met het overgaan naar het nieuwe zorgconcept. Medewerkers hebben het gevoel dat men hen heeft laten zwemmen tijdens de overgang. Dit geldt overigens niet voor alle medewerkers. Een medewerker geeft aan zich prima te hebben gered.

'Nou wat ik me nog heel goed terug kan halen is dat er zijn ons koeien met gouden hoorns beloofd en we hebben geen koe gezien. En dan beschrijf ik het zoals het ervoor staat. Totaal geen begeleiding gehad. We zouden een kookcursus krijgen, we zouden computercursus krijgen, zouden een grote opening krijgen, we zouden geholpen worden met de verhuizing en de verbouwing. We hebben niks niemand nada gezien of gehad. Nog niet eens een bloemetje en je staat hier zelf met kasten te sjouwen. En van de ene kant naar de andere kant en dan weer naar die kant en helemaal niks. Nou dan ben ik duidelijk denk ik.'

Daarnaast wordt aangegeven dat de training die zij hebben gehad over kleinschalig wonen te ver af lag van de praktijk waarin de medewerkers zich bevonden.

'En die mevrouw die brengt het natuurlijk uit een heel ideaalbeeld dus daar was moeilijk tegenop te boksen. Want die had het over mensen met een deurbel. En als je in je huisje komt dan moet je bellen aan de deur. Maar ja hier is een gang en er is niet eens een deur. Dat was heel moeilijk... We hebben er best wel veel van opgestoken maar achteraf denk je we hebben er niet veel mee gedaan.'

Ook geven medewerkers aan voor een gedeelte zelf te zorgen voor een goede voorbereiding. Zo geven zij aan dat ze zelf boeken lezen over kleinschalig wonen, programma's kijken en van tevoren op andere afdelingen zijn gaan kijken waar het kleinschalig wonen al ingevoerd was. Op die manier hebben zij geprobeerd reeds een beeld te vormen van wat komen zou.

7.6.2.4 Uitvoering Concept

Met betrekking tot de invoering van het kleinschalige woonconcept speelt bij een bepaalde groep medewerkers nog een belangrijk aspect: de uitvoering van het concept. Medewerkers geven aan het idee van kleinschalig wonen erg mooi te vinden maar ervaren dat de uitvoering van het concept binnen de organisatie te wensen over laat. Een aantal voorbeelden komen hierin regelmatig naar voren. Zo wordt aangehaald dat te weinig personeel aanwezig is om het concept goed vorm te kunnen geven. Medewerkers zijn van mening dat de hele dag iemand op de huiskamer aanwezig moet kunnen zijn.

'Juist en het probleem ligt daar dat er te weinig personeel is. Want ik heb zoiets van als je kleinschalig wonen hebt dan moet er gewoon 24 uur per dag iemand op de woonkamer zijn. Je moet in je eentje staan op zes bewoners maar gebeurt er niets dan sta je soms even op meerdere. En dan voelt het wel net alsof je gewoon grootschalig werkt nog. Dat is wel jammer dan.'

Een ander punt is de inzet van uitzendkrachten. Juist in het kleinschalig wonen zouden bewoners vaste medewerkers op de groep moeten hebben aangezien dit een van de speerpunten van het kleinschalig wonen is. Ook wordt aangegeven dat medewerkers van mening zijn dat de bouw niet geschikt is voor kleinschalig wonen. Het blijven lange gangen waar mensen rondlopen van de ene naar de andere kant. Het laatste punt wat vaak naar voren komt is het tegemoet komen aan de beleving van de bewoner. Hier worden verschillende aspecten aangehaald zoals het houden van huisdieren. Echter, het onderwerp wat in dit verband het meest genoemd wordt is het rookbeleid van de organisatie.

'Het kleinschalig wonen is meegaan in de beleving van de bewoner. De bewoner zoveel mogelijk het gevoel van thuis te geven. (...) Er is niks thuis. Want er mogen geen dieren meer op de afdeling, er mag niet meer gerookt

worden op de afdeling. (...)Ik denk het is hun huis. En dan wordt er maar geschreeuwd van kleinschalig wonen zoals de mensen thuis gewend zijn. En ik zeg als mensen gewend zijn om thuis te roken dan mogen ze dat nu niet meer? Nou dat vind ik niet kleinschalig wonen. Ik vind het asociaal. Ik denk ik ga geen politieagent spelen. Als mensen roken, ik zeg tegen ze u weet dat u niet mag roken? Ja, ja, ja. Oké. Ja wat moet ik doen? Ik ga toch niet een 80 of 90-jarige vrouw die al vanaf haar 20e rookt zeggen van uh uh uh uit! Er mag niet meer gerookt worden binnen. We hadden vroeger gewoon een kleine rookruimte, een paar glazen platen en je bent klaar. Het gaat echt nergens over.'

7.6.3 Medewerkers & Management

Medewerkers geven aan dat zij in het begin wel opzagen tegen de veranderingen die zouden komen. Toen alles eenmaal ingevoerd was bleek alles mee te vallen, hetgeen overeen komt met het beeld wat het management heeft. Dat er echter ook een groep medewerkers is die teleurgesteld is, is niet benoemd. Verder is er enige discrepantie tussen de ervaren inspraak door de medewerkers en de inspraakmogelijkheden die het management zegt gegeven te hebben. Wellicht dat de inspraak meer vanuit het locatiemanagement naar het stafbureau toe is en niet naar de medewerker. Als laatste geven medewerkers aan de uitvoering van het concept niet ideaal te vinden. Wellicht heeft dit te maken met de uitspraak vanuit het management dat de organisatie haar eigen kijk op kleinschalig wonen heeft en is dit niet (voldoende) bekend bij medewerkers.

8. CONCLUSIE

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de conclusies uit de resultaten getrokken worden teneinde een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek: *Welke bedreigingen en kansen ervaren medewerkers en het management van de ouderenzorginstelling X met betrekking tot de organisatie van arbeid in de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen?* Om tot een antwoord op deze vraag te komen zullen in dit hoofdstuk een aantal deelonderwerpen, die in de hoofdvraag besloten liggen, behandeld worden. Bij ieder deelonderwerp zal allereerst een conclusie worden getrokken op basis van de resultaten. Vervolgens worden deze conclusies naast de bestaande theorie over dit onderwerp gelegd, om te kijken in hoeverre dit overeenkomt.

Allereerst zal worden gekeken of inderdaad geconcludeerd kan worden dat sprake is geweest van de transitie naar een ander zorgconcept. Vervolgens zal worden gekeken naar wat naar aanleiding van de veranderingen in het aanbieden van de zorg veranderd is in de organisatie van arbeid. Hierbij zal naar drie niveaus worden gekeken: organisatie, team en individueel niveau. Als laatste zal aandacht worden besteed aan wat de aanpassingen in de organisatie van arbeid aan bedreigingen en kansen met zich meebrengen.

In dit hoofdstuk zal worden geprobeerd de resultaten naar een hoger abstractieniveau te brengen. In het resultatenhoofdstuk is naar voren gekomen dat door medewerkers vaak uiteenlopend over zaken wordt gedacht. In dit hoofdstuk zal een wat meer globale beschrijvingen van deze meningen worden weergegeven.

8.2 Veranderingen in de zorg

Als wordt gekeken naar hoe de zorg werd aangeboden in wat de onderzoeksorganisatie grootschalig wonen noemt, komen een aantal aspecten naar voren. Zo wordt aangegeven dat de bewoner vroeger meer werd gezien als een zieke. Door het management wordt dit het medisch model genoemd. Door de medewerkers wordt deze term niet dusdanig benoemd. Daarnaast wordt door zowel management als medewerkers benoemd dat de zorg meer 'fabrieksmatig' werd uitgevoerd en bewoners een nummer waren. De bewoner paste zich aan aan de routines van de organisatie. Volgens het management werd de bewoner alles uit handen genomen. Medewerkers waren gedurende de dag van hot naar her aan het rennen om het schema waarmee zij werkten af te krijgen. Er woonden veel bewoners en werkten veel verschillende medewerkers op een afdeling.

Sinds het kleinschalige wonen is ingevoerd zijn er een aantal dingen veranderd. Allereerst is het aantal bewoners per afdeling en per unit een stuk lager geworden. Daarnaast geeft het management aan dat nu meer de nadruk ligt op het welzijn van de bewoner en dat niet meer alleen naar de medische aandoeningen wordt gekeken. Medewerkers benoemen dit niet zo expliciet maar benoemen wel ook dat nu meer aandacht is voor sfeer dan voorheen. Door de sfeer in het huis een belangrijkere rol te geven wordt ook een meer brede benadering van zorg gehanteerd dan wanneer alleen wordt gekeken naar de lichamelijke verzorging. Daardoor kan geconcludeerd worden dat niet alleen meer naar het medisch aspect gekeken wordt. Ook de toegenomen keuzemogelijkheid voor de bewoner

wordt als belangrijke verandering in de zorg gezien. In de onderzoeksorganisatie wordt dit echter niet als inherent aan kleinschalig wonen gezien maar als de visie van de organisatie. Verder wordt door het management het tegengaan van hospitalisering als belangrijk aspect genoemd. Zij benoemen vaak het betrekken van de bewoner in de dagelijkse gang van zaken van het huishouden. Medewerkers halen het op deze manier stimuleren van bewoners echter zeer summier aan. Als kanttekening moet worden geplaatst dat de zorgzwaarte van de bewoners soms nauwelijks nog mogelijkheid biedt tot meehelpen in de dagelijkse gang van zaken. Als laatste is te zien dat verdeeldheid heerst over of de kwaliteit van zorg verbeterd is door de kleinschalige zorg. Het management is het unaniem eens dat de kwaliteit verbeterd is, medewerkers vinden niet allemaal dat dit het geval is.

Bovenstaande in ogenschouw nemend lijkt het er op dat de conclusie kan worden getrokken dat inderdaad sprake is van een overgang naar een nieuwe manier van het aanbieden van zorg. Dit is zowel in de fysieke kenmerken van de organisatie als ook in de dienstverlening terug te zien. Belangrijk punt om te noemen is wel dat een aantal onderdelen wel worden benoemd door het management maar niet door de medewerkers. Hierdoor zou het zo kunnen zijn dat deze punten wel zijn opgenomen in het concept maar (nog) niet dusdanig worden uitgevoerd in de praktijk.

Confrontatie met de literatuur

Als wordt gekeken naar de bovenstaande conclusie over wat veranderd is in het aanbieden van zorg, komt dit grotendeels overeen met de beschrijvingen die in de literatuur worden gegeven over grootschalig en kleinschalig wonen. Ook hier wordt benoemd dat in de grootschalige woonvormen de bewoner vanuit een medisch perspectief werd benaderd (Verbeek e.a., 2009). Ook het hospitaliseringseffect wat kan ontstaan door het inlijven van de bewoner in de organisatiestructuren wordt beschreven (Gaspard & Garm, 2009). Daarbij was het ritme van de organisatie leidend voor de dagindeling van de bewoner. Ook de fysieke kenmerken zoals beschreven door Verbeek e.a.(2009-2) zijn duidelijk terug te zien: lange gangen, veel medeciënten en veel verschillende personeelsleden. Ook de nieuwe manier van zorg aanbieden kent veel overeenkomsten met de literatuur. De verschuiving die Kurucz (2010) benoemd naar een meer holistische benadering van de cliënt is duidelijk te herkennen. Hoewel de organisatie aangeeft hier al langer mee bezig te zijn, krijgt ook de keuzemogelijkheid die hoort bij het nieuwe concept een plek (Flesner, 2009). Slechts door een gedeelte van de respondenten wordt aandacht voor het activeren van de bewoner benoemd (Verbeek, 2009). De vraag is daardoor in hoeverre dit punt daadwerkelijk terugkomt in de kleinschalige zorg. Immers, de medewerkers zijn de mensen die hier handen en voeten aan moeten geven op de werkvloer. Kleinschalig wonen als middel voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg zoals benoemd door Kurucz (2010) is in dit onderzoek discutabel aangezien niet alle medewerkers vinden dat de kwaliteit hoger is geworden. De door te Boekhorst beschreven kenmerken van kleinschalig wonen zijn door de organisatie letterlijk overgenomen. Enige uitzondering is dat op een afdeling nog niet gekookt wordt. Daarnaast beschrijft zij als voorwaarde het hebben van medewerkers die capabel zijn om een huiselijke sfeer te creëren. Hoewel dit onderwerp door medewerkers wel wordt benoemd is het lastig vast te stellen of medewerkers hier op dit moment competent voor zijn en in staat gesteld worden om dit te realiseren.

8.3 Veranderingen in de organisatie van arbeid

Bovenstaand is geconcludeerd dat sprake is van een overgang naar een andere manier van het aanbieden van zorg. Onderstaand zal aandacht worden besteed aan wat dit heeft veranderd in de organisatie van arbeid. Hier zal een conclusie worden getrokken naar aanleiding van de veranderingen die beschreven zijn in de resultaten. Dit zal gebeuren op drie niveaus: de organisatie, het team en de individuele medewerker.

8.3.1 Organisatieniveau

Als op organisatieniveau gekeken wordt is te zien dat het werk voorheen meer horizontaal en verticaal gedifferentieerd was. Er waren meer verschillende functies, niveau 1 medewerkers waren er nog, en de taken waren meer verdeeld naar verschillende niveaus. Zo werd licht huishoudelijk werk door de huiskamerdienst gedaan, waar dat nu door iedere medewerker wordt gedaan. Medewerkers hadden eerder hun deeltaak en voerden die handeling bij wijze van spreken bij 48 bewoners uit. Nu lijkt het werk meer georganiseerd op een dusdanige manier dat een medewerker zorg draagt voor het hele zorgaanbod. Een medewerker is gedurende een dienst verantwoordelijk voor de uitvoering van alle zorgtaken voor de bewoners en gezamenlijk met het team voor de gehele zorg voor de bewoner. Op een van de afdelingen zal dit pas volledig gelden als er ook gekookt gaat worden. Daarnaast moet als kanttekening worden geplaatst dat de schoonmaak van de kamers en hallen niet door het team zelf gebeurt. Ook kan worden geconcludeerd dat sprake was van meer hiërarchie in de organisatie en zat er meer gelaagdheid tussen de verschillende functies. Beslissingen werden van bovenaf opgelegd. Door een gedeelte van de medewerkers wordt dit verschil echter minder scherp ervaren. Zij geven aan dat de hiërarchische verdeling nooit heel sterk aanwezig was.

Door het invoeren van het nieuwe zorgconcept is meer oog voor de wensen van de klant. Zo kan de bewoner nu zelf kiezen hoe laat hij of zij bijvoorbeeld zijn bed uit wil. Hoewel het management aangeeft hier meer ruimte voor te willen geven, al vinden ze dit soms lastig, geven medewerkers aan niet gemerkt te hebben dat zij nu meer zelf beslissen dan voorheen. Ook wordt aangegeven dat de gegeven ruimte nog niet altijd gepakt wordt door de medewerkers. Waarom medewerkers deze ruimte niet pakken is niet helder geworden in de interviews. Anderzijds geeft een deel van de medewerkers ook aan zich niet gehoord te voelen, bijvoorbeeld met betrekking tot de beslissingen die genomen zijn in de overgang. In hoeverre medewerkers dus daadwerkelijk meer zelf beslissingen mogen nemen dan voorheen is discutabel. Wellicht dat zij in het verleden ook al veel beslissingen konden nemen of krijgen zij in de praktijk geen aanzienlijke beslissingsbevoegdheid. Doordat medewerkers nu verantwoordelijk zijn voor een kleine groep bewoners en doordat de werkzaamheden nu meer integraal zijn georganiseerd, kan beter worden gestreefd naar het doel van vraaggerichte zorg: medewerkers hebben meer zich op de wensen van de klant. Zoals hierboven ook aangegeven geeft het management en een gedeelte van de medewerkers ook aan de organisatie nu als minder hiërarchisch te ervaren als voorheen.

8.3.2 Groepsniveau

Als verder wordt ingezoomd op de organisatie van arbeid kan worden gekeken naar de veranderingen die hebben plaatsgevonden in de teams. Allereerst zijn de teams kleiner geworden door het mindere aantal bewoners per afdeling. Maar ook de manier waarop het werk binnen een team georganiseerd

wordt is nu anders. Een team wordt in dit geval gezien als de medewerkers niveau 2 & 3 en de leidinggevende.

Zo is er volgens het management en volgens een gedeelte van de medewerkers nu meer gelijkheid in taken gekomen binnen het team. Medewerkers voeren, op een paar taken na, allemaal dezelfde werkzaamheden uit. Zowel een niveau twee als een niveau drie medewerker is gedurende een dienst verantwoordelijk voor haar huiskamer. De medewerker niveau 3 heeft echter een aantal taken die een niveau 2 medewerker vanuit kwaliteitseisen voor de zorg niet mag uitvoeren, zoals het delen van medicijnen.

Daarnaast is ook de onderlinge relatie tussen de teamleden volgens sommige respondenten, zowel management als medewerkers, meer gelijk geworden. Een niveau 2 en 3 medewerker staan gelijk aan elkaar. Sommige medewerkers merken dit verschil echter niet op of hebben nog steeds het idee dat niveau 3 medewerker boven de niveau 2 medewerker staat. Aan de andere kant geven medewerkers wel aan dat ze niet constant meer gecontroleerd worden door hun leidinggevende waardoor het toch lijkt dat minder hiërarchie bestaat binnen het team dan voorheen. De leidinggevende trekt zich meer terug en vult een meer coachende en ondersteunende rol in binnen het team.

Met het oog op het zelf beslissingen maken binnen het team, is er een gedeelte van de medewerkers die aangeeft zelf beslissingen te kunnen nemen en samen met het team de regels te maken, anderzijds is er ook een gedeelte van de medewerkers die aangeeft wel aan regeltjes gebonden te zijn zoals bij het rookbeleid van de organisatie. Daarnaast moet met betrekking tot dit punt de kanttekening worden gemaakt dat regels en rollen nooit helemaal zullen verdwijnen. De organisatie is immers gebonden aan bepaalde wet- en regelgeving met betrekking tot de kwaliteit van zorg die geboden moet worden. Hierdoor mag niet iedereen alle handelingen uitvoeren en moet altijd aan bepaalde standaarden worden voldaan.

8.3.3 Individueel niveau

Als de veranderingen in de organisatie van arbeid op individueel niveau worden bekeken valt het volgende op. Medewerkers geven aan met name een breder takenpakket gekregen te hebben. Zo zijn er door het verdwijnen van de huiskamerdienst andere taken bijgekomen en hebben zij nu een meer integraal takenpakket waar dit eerder meer specialistisch was. Het management geeft aan dat naast dat het takenpakket meer integraal is geworden er ook sprake is van verdieping van de functie. Medewerker krijgen namelijk bijvoorbeeld meer autonomie in hun functie en er wordt een beroep gedaan op hun planvaardigheden. Het management geeft daarbij dan ook aan dat andere vaardigheden worden aangesproken in de nieuwe manier van werken. Hier wordt door het management uitgebreid aan gerefereerd terwijl dit door de medewerkers niet gebeurt. Als bijvoorbeeld wordt gekeken naar de autonomie van de medewerker kan worden gesteld dat een discrepantie bestaat tussen de beleving van het management en de medewerkers. Het management geeft aan dat de autonomie in de functie sterk is toegenomen. Medewerkers ervaren hier niet zo'n groot verschil met vroeger. Wel ervaren zij meer verantwoordelijkheid doordat zij alleen op een unit staan. Dit wordt echter veelal niet als positief ervaren gezien het feit dat kwaliteit van zorg hier onder kan leiden.

Uit de interviews met het management komt naar voren dat sprake is van een toename van de verscheidenheid van competenties die moet worden ingezet, zoals sterkere sociale vaardigheden, om het werk te kunnen doen. Veel verder dan de toevoeging van kookvaardigheden aan het takenpakket komt het echter niet bij medewerkers. Wellicht dat zij zich wel andere vaardigheden hebben eigengemaakt maar dat dit niet zo bewust is gebeurd. Een andere optie is dat medewerkers het werk niet in lijn met het nieuwe zorgconcept uitvoeren en er daardoor geen beroep wordt gedaan op andere vaardigheden.

Medewerkers en management geven beiden aan dat medewerkers nu geen deeltaken meer uitvoeren maar verantwoordelijk zijn voor de complete zorg. Zorg wordt dus van begin tot eind uitgevoerd door een medewerker, met uitzondering van de door kwaliteitseisen gestelde beperkingen. Daarnaast wordt door medewerkers aangegeven het voor hen een verandering in het werk is dat zij de bewoner nu beter kennen en meer contact kunnen maken op de huiskamer. Hierdoor zou een medewerker meer kunnen betekenen voor de bewoner.

Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat op alle drie de beschreven niveaus een en ander veranderd is in de organisatie van de arbeid. Onderstaand zal aandacht worden besteed aan hoe zich dit verhoudt tot de literatuur zoals deze is beschreven in het theoretisch kader.

Confrontatie met de literatuur

Als de bovenstaande conclusie wordt vergeleken met de literatuur vallen de volgende punten op. Zo is op organisatieniveau te zien dat een verandering is gemaakt van het organiseren van de arbeid volgens productgroepen naar meer procesgerichte groepen (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003). Ook is op dit niveau te zien dat in het grootschalige wonen meer sprake was van een machine bureaucracy: tussen de verschillende functies zat meer gelaagdheid waar men dat nu zo gelijk mogelijk probeert te trekken. Het management had een meer sturende rol en besluiten werden top-down ingevoerd. Deze hiërarchische organisatievorm paste goed bij de manier van dienstverleners aangezien de zorg die werd aangeboden meer gestandaardiseerd was (Kluytmans, 2005).

De organisatievorm die beter past bij de nieuwe vorm van zorg verlenen is de professional bureaucracy (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003). Medewerkers kennen de bewoner het best en zouden daardoor zoveel mogelijk handelingsvrijheid moeten hebben om hier aan tegemoet te komen. Uit interviews komt naar voren dat de organisatie hier ook handelingsruimte probeert te scheppen. Ook medewerkers geven aan hier op bepaalde gebieden de ruimte voor te krijgen. Hier is de handelingsvrijheid vanuit een expertise te herkennen. De expertise waar medewerkers over beschikken, is in deze situatie de kennis die zij hebben over hun bewoners. Het aantal medewerkers op de vloer is reeds veruit het grootst ten opzichte van de rest van de organisatie. Daarnaast is ten opzichte van een aantal jaar geleden de hiërarchische gelaagdheid in de organisatie minder geworden.

Echter kan nog niet gesteld worden dat al sprake is van een professional bureaucracy en dat de zorgmedewerker compleet de rol van professional krijgt toebedeeld. Enerzijds pakken medewerkers nog niet alle ruimte die ze krijgen, anderzijds geven leidinggevenden aan nog niet altijd deze ruimte te durven geven. Het lijkt er ook op dat een gedeelte van de regels en procedures niet door medewerkers wordt opgesteld, hetgeen bijvoorbeeld te zien is in de uitvoering van het concept waarbij medewerkers aangeven hier niet of te weinig over geraadpleegd te zijn. Het ziet er wel naar uit dat

meer naar deze organisatievorm toegewerkt wordt: het management geeft aan expliciete aandacht te besteden aan het meer beslissingsbevoegdheid bij de medewerker neerleggen. Als laatste blijft het gewenst kwaliteit hoog te houden, iets wat in een professional bureaucracy soms moeilijk te sturen is (Mintzberg in Bolman & Deal, 2003).

De veranderingen op teamniveau komen grotendeels overeen met de veranderingen zoals deze beschreven zijn in de literatuur. Veranderingen worden bekeken aan de hand van drie verschillende aspecten: specialisatie, hiërarchie en formalisering (Bunderson & Boumgarden, 2010). Doordat teamleden minder deeltaken hebben en grotendeels hetzelfde takenpakket hebben gekregen lijkt minder sprake van specialisatie. Daarnaast wordt aangehaald dat ook de hiërarchie binnen het team is afgenomen: zowel tussen de niveau 2 en 3 medewerkers als ten opzichte van de leidinggevende. Ook lijkt de formalisatie binnen de teams afgenomen door het zelf bepalen van regels en het zelf kunnen nemen van beslissingen.

Globaal lijkt het er op dat de teamvorm aan het verschuiven is van een bureaucratische teamvorm naar een zelfsturende teamvorm. Dit is in ieder geval de intentie van het management, medewerkers ervaren dit echter nog niet geheel zo: sommige medewerkers ervaren niet veel verschil met vroeger. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat deze verandering al langere tijd bezig is. Een nieuwe teamvorm is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Tussen de intentie en de complete verwezenlijking kan, vanzelfsprekend, enige tijd zitten en deze overgang hoeft niet altijd zo bewust waargenomen te worden. Een andere reden waarom medewerkers aangeven geen grote verschillen te ervaren zou kunnen zijn dat de teams ook al vrij zelfsturend waren in het grootschalige wonen. Echter, gezien het feit dat medewerkers wel allen aangeven dat de leidinggevende minder prominent aanwezig is lijkt toch beweging te zitten in de teamvorm. Hoewel in de literatuur de term zelfsturende teams wordt gebruikt is in dit onderzoek de term cliëntgestuurde teams wellicht nog beter van toepassing: immers teams worden uiteindelijk idealiter gestuurd door de wensen van de cliënt.

Uit de bovenstaande conclusie op individueel niveau valt het volgende op. Uit de beschrijving van medewerkers lijkt sprake te zijn van functieverbreiding (Gómez-Mejía e.a., 2001). Zij geven namelijk aan als verschil te zien dat zij meer taken hebben gekregen. Echter, als wordt uitgegaan van de visie van het management zou ook sprake moeten zijn van functieverrijking (Gómez-Mejía e.a., 2001). Zij geven aan dat medewerkers bijvoorbeeld meer verantwoordelijkheden en autonomie krijgen in hun functie. Hiervoor zijn ook andere competenties nodig (Kluytmans, 2005). Het is maar de vraag of inderdaad sprake is van taakverrijking. Door medewerkers lijkt dit in ieder geval niet zo ervaren te worden.

Als de conclusie wordt vergeleken met het job characteristics model (Hackman & Oldham, 1975) is te zien dat uit de interviews met het management naar voren komt dat sprake is van een toename van de vaardigheden variëteit. Medewerkers ervaren dit niet zo. Veel verder dan de toevoeging van kookvaardigheden aan het takenpakket komt het bij hen niet. Wellicht dat zij zich wel andere vaardigheden hebben eigengemaakt maar dat dit niet zo bewust gebeurt. Een andere optie is dat medewerkers het werk niet in lijn met het nieuwe zorgconcept uitvoeren en er daardoor geen beroep wordt gedaan op andere vaardigheden. Medewerkers en management geven beiden aan dat medewerkers nu geen deeltaken meer uitvoeren maar verantwoordelijk zijn voor de complete zorg. Hierdoor kan worden gesteld dat ook sprake is van een toename van de taakidentiteit. Zorg wordt van

begin tot eind uitgevoerd door een medewerker, met uitzondering van de door kwaliteitseisen gestelde beperkingen. Ook de taaksignificatie lijkt voor sommige medewerkers toegenomen. Dit zijn de medewerkers die aangeven nu meer contact te kunnen maken met de bewoner, meer bij de bewoner aanwezig te zijn op de huiskamer en meer aandacht te kunnen schenken. Hierdoor zou een medewerker meer voor de cliënt kunnen betekenen. Daarnaast geven medewerkers aan dat doordat zij (bijna) altijd op dezelfde groep staan, de bewoners beter kennen dan in het grootschalige wonen. Het gevolg hiervan kan zijn dat de medewerker meer zicht heeft op hoe het met de bewoner gaat en wat het werk teweegbrengt: het feedback aspect van dit model lijkt daardoor ook te zijn toegenomen. Vanuit theoretisch perspectief zouden motivatie, performance en commitment met deze nieuwe vorm van de organisatie van arbeid moeten zijn toegenomen (Gómez-Mejía e.a., 2001). Echter, dit lijkt niet altijd het geval te zijn. Zoals in hoofdstuk 7 naar voren is gekomen, is namelijk niet iedere medewerker blij met de nieuwe manier van werken. Dit wordt zowel veroorzaakt door de opvatting dat de kwaliteit van zorg minder is geworden als ook de opvatting dat nu minder prettig gewerkt kan worden. Wellicht heeft dit te maken met het de randvoorwaarden van dit model: de werknemer moet beschikken over de noodzakelijke kennis voor het uitvoeren van het werk, de werknemer moet de behoefte hebben om zichzelf te ontwikkelen en er moet een bepaald niveau van tevredenheid zijn met de werkomgeving (Kluytmans, 2005).

8.4 Bedreigingen & Kansen

Als laatste zal in de paragraaf worden gekeken naar de kansen en bedreigingen die ontstaan in de veranderingen die plaatsvinden in de organisatie van arbeid.

8.4.1 Helderheid over het concept

Het management haalt veelvuldig de nieuw benodigde competenties aan. Medewerkers geven letterlijk aan helemaal geen nieuwe vaardigheden nodig te hebben. Het is de vraag waar deze discrepantie vandaan komt. Dit is uit het onderzoek niet naar voren gekomen. Wat echter een bedreiging kan veroorzaken is als het zorgconcept niet helder is voor medewerkers. Soms lijkt het of medewerkers het kleinschalige wonen met name in de letterlijk kleinschaligheid zien. De sociale vaardigheden, die als zeer belangrijk worden gezien door het management om bijvoorbeeld de mantelzorg meer te betrekken en de bewoner meer te activeren, worden door medewerkers niet aangehaald. Het feit dat medewerkers de bovenstaande peilers niet tot nauwelijks aanhalen in de interviews kan hier wellicht een verklaring voor zijn. Medewerkers zullen eerst het concept helder voor ogen moet hebben alvorens van hen verwacht kan worden dat zij andere competenties in gaan zetten.

8.4.2 Mogelijkheid om het concept uit te voeren

Bijna alle respondenten zijn het er over eens dat het kleinschalig woonconcept een mooi benadering van zorg is. In de ouderenzorg is het bezwaar van veel medewerkers dat bewoners nummers worden en dat de zorg die zij geven daardoor onpersoonlijk wordt. Vaak zijn medewerkers in de ouderenzorg sterk intrinsiek gemotiveerd en willen goede zorg geven. Juist het kleinschalig concept lijkt hier ruimte voor te bieden aangezien de bewoner centraal staat en het meer persoonlijk gericht is. Hierin ligt een kans omdat het werk nu op een manier georganiseerd kan worden die aansluit bij de motivatie van de medewerker.

Echter, medewerkers moeten gefaciliteerd worden in het kunnen uitvoeren van dit concept. Dat is nu niet altijd het geval en dit heeft zijn weerslag op hoe medewerkers denken over het werk. Onderbezetting en keuzes die door de het management worden gemaakt en die niet begrepen worden door medewerkers in het licht van het kleinschalig wonen, zorgen voor verwarring over het concept en de uitvoering daarvan. Indien van medewerkers gevraagd wordt het voor de bewoner net zo te maken als thuis, maar zij hierin belemmerd worden door regels en beleid is dit moeilijk met elkaar te rijmen en wordt dit een bedreiging.

8.4.3 Ruimte geven & pakken

Een ander punt wat zowel een kans als een bedreiging kan zijn, is de handelingsvrijheid die (zou moeten) meekomen met de nieuwe organisatie van arbeid. De ruimte die moet ontstaan om het concept goed uit te voeren kan alleen ontstaan indien voldaan wordt aan twee voorwaarden. Enerzijds moeten leidinggevendenden de ruimte voor de handelingsvrijheid van medewerkers durven geven. Dit vraagt een andere opstelling van leidinggevendenden. Deze moeten hun medewerkers het vertrouwen durven te geven, wat nu nog niet altijd het geval is. Gezien het feit dat de leidinggevende eerst een zeer sterk aansturende rol op de vloer had is dit niet verwonderlijk. Aan de andere kant moeten medewerkers de ruimte die zij krijgen ook werkelijk pakken. Hierbij kan worden gedacht aan het initiëren van activiteiten en het zich bezighouden met dingen die niet direct tot het reguliere zorg behoren. Op dit moment is dat niet altijd het geval. Medewerkers benoemen deze aspecten niet en leidinggevendenden geven letterlijk aan dat medewerkers dit nog niet doen. Waarom medewerkers deze ruimte niet pakken is niet duidelijk.

8.4.4 Van taakverbreding naar taakverrijking

Wat uit de interviews naar voren is gekomen is dat medewerkers de veranderingen in hun takenpakket met name zien als een taakverbreding. Zij geven aan dat zij meer taken hebben gekregen. Hoewel de relatieve bezetting niet minder is geworden, nog steeds 5,5 bewoners per medewerker op de dagdienst, hebben zij wel meer taken gekregen. Hierdoor worden de werkzaamheden meer afwisselend maar dit wordt door medewerkers niet expliciet als positief punt genoemd. Sommige medewerkers benoemen dit zelf in negatieve zin aangezien deze medewerkers het idee hebben dat alleen maar meer op hun bordje geschoven wordt.

Het management geeft aan dat sprake is van taakverrijking. De werkzaamheden worden verdiept aangezien medewerkers meer verantwoordelijkheid en autonomie krijgen. Deze eigenschappen worden echter niet in positieve zin door medewerkers genoemd. Het lijkt of de positief ingezette taakverrijking verwordt tot een taakverbreding die voor medewerkers wordt ervaren als een toename van de werkzaamheden in kwantiteit en niet in kwaliteit. Wellicht dat dit voortkomt uit de voorgaande paragraaf. Taakverrijking, waar zeker de mogelijkheid voor wordt geboden in het nieuwe zorgconcept, kan dus als kans gezien worden. Echter, doordat medewerkers dit nu enkel als taakverbreding ervaren uit zich dit als bedreiging.

8.4.5 Kwetsbaarheid nieuwe manier van organisatie van arbeid

In de resultaten is het toezicht houden op de huiskamer veelvuldig aan bod gekomen. Medewerkers ervaren strubbelingen met het alleen op een huiskamer staan aangezien bewoners hierdoor regelmatig zonder toezicht op de huiskamer zitten. Dit kan zowel voorkomen doordat niemand op de

huiskamer wordt ingeroosterd voor een aantal uur, als ook doordat een medewerker op een andere plek op de huiskamer bij moet springen. Doordat minder bewoners op een huiskamer zitten wordt ook de bezetting per huiskamer minder, namelijk één personeelslid. Zolang alles volgens de planning verloopt hoeft dit geen problemen te geven. Echter de bezetting is eigenlijk niet ingesteld op onverwacht ontwikkelingen op de afdeling. Als een medewerker wordt weggeroepen moet een huiskamer alleen worden gelaten wat door medewerkers als bezwaarlijk wordt gezien. Doordat de bezetting nu op een andere manier georganiseerd is wordt het systeem kwetsbaarder. Medewerkers ervaren dit als een bedreiging. Het merendeel van het management geeft overigens aan dat dit part of the game is.

8.4.6 Afsluiting

Samenvattend kan worden gesteld dat een aantal kansen en bedreigingen te benoemen zijn. Het is van belang zorg te dragen voor een heldere visie over het nieuwe concept, welke ook duidelijk moet zijn voor de medewerkers. De uitvoering van dit concept moet eenduidig zijn om geen verwarring en onvrede te creëren. Daarnaast moeten medewerkers de mogelijkheid krijgen dit concept ook daadwerkelijk ten uitvoer te brengen. Als zij hier niet voldoende in gefaciliteerd worden leidt dit tot onvrede bij medewerkers, wat een bedreiging vormt. Het is verder van belang voldoende ruimte te scheppen voor medewerkers om daadwerkelijk tegemoet te kunnen komen aan de wens van de klant. Zowel leidinggevenden als medewerkers behoeven ondersteuning om deze ruimte te creëren en in te vullen. Ook moet er aandacht zijn voor het daadwerkelijk invoeren van taakverrijking. Indien dit gerealiseerd kan worden, is dit een kans in de nieuwe manier van werken. Het gevaar schuilt echter dat medewerkers alleen het idee hebben meer taken te krijgen. Als laatst moet oog zijn voor het feit dat de nieuwe manier van werken een stukje kwetsbaarheid met zich meebrengt. Dit kan voor medewerkers een obstakel vormen en zicht uiteten in een bedreiging.

8.5 Punten van aandacht

De doelstelling van dit onderzoek was om aan het consultancy bureau, van waaruit dit onderzoek gedaan is, inzicht te geven in de uitdagingen die zorginstellingen ervaren in de transitie. Nogmaals moet hierbij benadrukt worden dat dit onderzoek betrekking heeft op een enkele organisatie en een eerste oriëntatie betreft. De organisatie is zich bewust van het feit dat zij naar aanleiding hiervan vervolgonderzoek zal moeten doen wil zij uiteindelijk hun klanten hier gedegen advies over kunnen geven.

Als wordt gekeken naar de bovenstaande conclusies kunnen daaruit de volgende punten van aandacht worden gedestilleerd:

Er dient voldoende aandacht te zijn voor het overbrengen van het nieuwe zorgconcept aan de medewerkers. Medewerkers zijn de mensen die handen en voeten moeten geven aan het concept op de werkvloer. Om die reden is het van groot belang dat zij helder voor ogen hebben wat het concept inhoudt maar ook dat zij zich kunnen vinden in het concept. Hierbij is het bijvoorbeeld van belang dat de medewerkers de kleinschaligheid niet alleen zien in de fysieke aanpassingen, zoals minder mensen op een groep, maar ook duidelijk voor ogen hebben wat de achterliggende zorgfilosofie is. Hierbij moet aandacht zijn voor het vraaggericht werken als integraal onderdeel van kleinschalig

wonen maar ook voor het aspecten van het activeren van bewoners. Misschien is namelijk juist wel het hoofdaspect van kleinschalig wonen niet de fysieke vorm maar de achterliggende gedachte. Indien medewerkers begrijpen waarom vraaggericht werken en het aanbieden van prikkels als zo belangrijk worden gezien in het concept, kan dit wellicht helpen in de acceptatie van de gevolgen hiervan in de organisatie van arbeid zoals het alleen op een huiskamer staan. Het afgeven van een eenduidige boodschap over het nieuwe concept is essentieel en kan worden gezien als noodzakelijk voorwaarde. Als regels en besluiten niet in lijn zijn met het concept kan dit als verwarrend worden ervaren en komt dit de motivatie niet ten goede. Een voorbeeld hiervan is dat van medewerkers verwacht wordt dat zij een omgeving creëren die zoveel mogelijk zoals thuis is. Echter, zij moeten hierin dan niet belemmerd worden doordat veel dingen die net als thuis zijn, niet zijn toegestaan in het beleid van de organisatie. Medewerkers zouden de ruimte moeten krijgen het concept volledig ten uitvoer te brengen.

Ook zou wellicht meer specifieke aandacht moeten zijn voor de meer onderliggende assumpties van het model. Het onderwerp toezicht op de huiskamer is bijvoorbeeld iets wat sterk speelt onder medewerkers. Daarbij is eigenlijk te zien dat het kritiekpunt van medewerkers hierbij is dat de veiligheid niet gewaarborgd kan worden. Het idee werd in de interviews gewekt dat een achterliggende gedachte is dat veiligheid een prominent punt is als het gaat over kwaliteit van zorg. Hoewel dit in het medisch model zeer belangrijk was, lijkt het of dit punt in het kleinschalig model minder hoge prioriteit krijgt. Voor mindsets die minder aan de oppervlakte liggen, zoals wat kwaliteit van zorg inhoudt, maar die wel doorsijpelen in het begrijpen en accepteren van het nieuwe concept zou dan ook voldoende aandacht moeten zijn. Ook gezamenlijk overeenstemming bereiken over hoe de organisatie van arbeid hierop aan te passen kan wellicht bijdragen aan draagvlak voor de nieuwe manier van werken. Dit kan als punt van aandacht worden gezien in de transitie naar het nieuwe zorgconcept toe.

Het management moet aandacht hebben voor het faciliteren van de medewerkers. Hieronder wordt verstaan dat zij de randvoorwaarden moet scheppen waarbinnen medewerkers het concept kunnen gaan uitvoeren. Als men wil er dat vraaggericht gewerkt wordt moet de ruimte worden geschept om medewerkers ook daadwerkelijk de vrijheid te geven om te kunnen voldoen aan die vraag. Hiervoor moeten zij niet eerst door verschillende hiërarchische lagen heen moeten, maar moet de beslissingsbevoegdheid bij hen liggen. De structuren en werkprocessen moeten hierop ingesteld zijn. Om een klein voorbeeld te noemen zouden medewerkers bijvoorbeeld over een (klein) budget moeten beschikken om aankopen voor in de huiskamer te kunnen doen. Onder faciliteren wordt ook het bieden van ondersteuning die medewerkers nodig hebben verstaan. Als het concept wordt ingevoerd wordt van medewerkers gevraagd zich gedeeltelijk los te maken van een manier van werken die ze wellicht de afgelopen twintig jaar hebben gehanteerd. Het bijvoorbeeld begeleiden van het nemen van initiatieven op 'hun' huiskamer kan daarbij van belang zijn. Hier komt wellicht een stukje training en opleiding bij van pas. Daarnaast zou aandacht voor het creëren van een veilige omgeving waarin de medewerker zich de nieuwe manier van werken rustig eigen kan maken wellicht ondersteunend zijn. Daarbij zou aandacht moeten zijn voor het feit dat zowel management als medewerkers moeten wennen aan de handelingsruimte die voor de medewerker gecreëerd wordt. Deze handelingsruimte werd bovenstaand al kort beschreven, namelijk dat in ieder geval ruimte moet worden gegeven om adequaat aan de wens van de klant te kunnen voldoen. Van zowel medewerkers als management

vraagt dit iets anders. Zo wordt van het management bijvoorbeeld gevraagd ruimte te geven in de dagelijkse gang van zaken op de afdeling en er op te vertrouwen dat medewerkers zorg dragen voor een goed verloop van de werkzaamheden op de afdeling. Medewerkers moeten daarbij leren dat niet de leidinggevende maar zij zelf verantwoordelijk zijn voor alles wat op de afdeling gebeurt. Deze verantwoordelijkheid moeten zij ook daadwerkelijk gaan dragen, bijvoorbeeld als er een mantelzorger komt klagen over de zorg. Als men wil dat medewerkers die ruimte pakken is het nodig hier begeleiding in te bieden.

Wees waakzaam voor het daadwerkelijk realiseren van een taakverrijking. Er zou aandacht moeten zijn voor de bedreiging dat de verandering niet alleen leidt tot een taakverbreding maar verder gaat dan dat zodat taakverrijking kan worden gerealiseerd. Om tot taakverrijking te komen is het van belang dat een verdieping van de functie plaatsvindt. Dit kan gedaan worden door medewerkers daadwerkelijk meer beslissingsbevoegdheid te geven zoals hierboven beschreven.

Hoewel sommige medewerkers de afwisseling wellicht prettig vinden, kan enkel taakverbreding overkomen als het afschuiven van taken op het zorgpersoneel. In een sector waar de werkdruk altijd al als hoog wordt ervaren is dit niet wenselijk. Juist taakverrijking zou een kans kunnen zijn bij het invoeren van het kleinschalige wonen aangezien medewerkers taakverrijking (over het algemeen) als iets positief zien. Als medewerkers bijvoorbeeld ook meer beslissingsbevoegdheid hebben over de bezetting kan de bedreiging die zij nu ervaren met het alleen op de huiskamer staan worden verminderd. Hierdoor kan wellicht worden bereikt dat medewerker minder een gevoel van hulpeloosheid ervaren en meer 'in control' zijn.

8.6 Afsluiting

In dit hoofdstuk zijn de conclusies van dit hoofdstuk getrokken. Vervolgens zijn een aantal korte punten van aandacht weergegeven voor het consultancybureau waar dit onderzoek voor gedaan is. Te zien is dat er een aantal dingen spelen die zowel een kans als een bedreiging kunnen vormen. De kunst zal zijn hier de juiste sturing aan te geven en er zo voor te zorgen dat deze hoofdpunten uitpakken als kans. De conclusies die in dit hoofdstuk zijn getrokken geven inzicht in de onderwerpen die kunnen spelen omtrent de overgang naar een nieuw zorgconcept. Echter moet nogmaals worden benadrukt dat dit onderzoek exploratief is en verder onderzoek gewenst is om gedegen advies aan klanten te kunnen geven. Voor de organisatie waar dit onderzoek is uitgevoerd is een apart onderzoeksrapport met aanbevelingen ter beschikking gesteld. Hierin staan dezelfde aandachtspunten als bovenstaand vermeld. Daarnaast zijn hier nog aandachtspunten aan toegevoegd die voor dit onderzoek niet direct relevant zijn, maar voor de organisatie wel zeer bruikbaar kunnen zijn.

9. DISCUSSIE

9.1 Inleiding

Uit het voorgaande hoofdstuk is gebleken dat omtrent bepaalde onderwerpen geen eenduidig antwoord naar voren is gekomen. In dat hoofdstuk is dan ook al een klein gedeelte van de discussie gevoerd over specifieke uitkomsten. In dit hoofdstuk zal meer algemeen op discussiepunten uit het onderzoek nog worden ingegaan. Allereerst zal de inhoudelijk discussie worden weergegeven. Hierin zullen inhoudelijk onduidelijkheden in het onderzoek aandacht krijgen. Vervolgens zullen in de algemene discussie de sterke en zwakke punten van dit onderzoek worden besproken.

9.2 Inhoudelijke discussie

Als wordt gekeken naar de uitkomsten van dit onderzoek valt op dat een gedeelte van de medewerkers op veel punten niet veel verschillen zien tussen het grootschalige en het kleinschalige wonen. Het management geeft grotere verschillen aan tussen de twee zorgconcepten. Als verder wordt gekeken naar de veranderingen in arbeid op organisatie en teamniveau is te zien dat hier wel enige beweging is geweest maar dat nog niet zo'n grote verandering in de organisatie van arbeid is gemaakt als wordt geschetst in het theoretisch kader. Waar deze verschillen door veroorzaakt wordt is niet geheel duidelijk geworden in het onderzoek. Wellicht hebben medewerkers en management in de interviews een ander tijdsbestek in gedachten gehad. Dit kan te verklaren zijn doordat onderscheid moet worden gemaakt tussen de overgang naar kleinschaligheid in zijn fysieke vorm en de overgang naar de achterliggende zorgfilosofie van de kleinschaligheid. Zoals in de resultaten aangegeven worden deze twee onderdelen door het management meer integraal bekeken, waar medewerkers deze twee onderdelen vaak apart lijken te zien. Wellicht dat medewerkers met name hebben gekeken naar de fysieke overgang, waar het management heeft gekeken naar de integrale overgang. Daarnaast is in dit onderzoek de aanname gedaan dat de twee periodes duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Echter, aangezien het naast de fysieke veranderingen voor een groot gedeelte ook lijkt te gaan om een cultuurverandering, is daar geen heldere scheidslijn tussen twee periodes voor aan te wijzen. Dit is een doorgaand proces waar een aantal jaren overheen gaan. Hierdoor is er hoogstwaarschijnlijk wel een verschil maar wordt dit door medewerkers wellicht niet zo scherp beleefd als in dit onderzoek is gesteld. Het was wellicht beter geweest in dit onderzoek de nadruk nog meer te leggen op de overgang naar een ander zorgconcept met eventueel als onderdeel daarvan kleinschalig wonen. Nu is wellicht door de gebruikte terminologie de nadruk, in ieder geval bij de medewerkers, meer komen te liggen op het kleinschalig wonen als fysieke verschijning.

Hoewel op individueel niveau naar aanleiding van het job characteristics model de verwachting was dat de tevredenheid onder medewerkers zou zijn toegenomen, komt uit het onderzoek naar voren dat dit niet voor iedereen geldt. Wellicht wordt dit veroorzaakt door het feit dat niet aan de drie randvoorwaarden voldaan wordt die worden beschreven in het job characteristics model: de werknemer moet beschikken over de noodzakelijke kennis voor het uitvoeren van het werk, de werknemer moet de behoefte hebben om zichzelf te ontwikkelen en er moet een bepaald niveau van tevredenheid zijn met de werkomgeving. Dit kan wellicht de verklaring geven waarom, ondanks dat de vijf job characteristics zijn toegenomen, niet iedere medewerker meer tevreden is geworden. Het zou

interessant zijn hier vervolgonderzoek naar te doen aangezien de exacte oorzaak niet kan worden aangewezen naar aanleiding van dit onderzoek.

Een ander punt van discussie is het begrijpen van het zorgconcept en de vaardigheden die daarbij horen. Uit de interviews is niet geheel duidelijk geworden of medewerkers het concept geheel helder voor ogen hadden. Aangezien de interviews open zijn gevoerd zijn bijvoorbeeld niet de tien richtlijnen van het kleinschalig wonen expliciet bevroegd. Zoals eerder is aangegeven zijn verschillende richtlijnen niet door de medewerkers opgevoerd in de interviews. Hier is impliciet de conclusie aan verbonden dat medewerkers hier daardoor niet mee bezig zijn of het concept niet geheel helder voor ogen hebben. Dit hoeft niet het geval te zijn: wellicht zijn medewerkers hier niet op een dergelijk bewust niveau mee bezig zijn maar werken ze wel volgens de richtlijnen. Dit is een gemis in dit onderzoek en daardoor zou dit interessant zijn voor vervolgonderzoek.

9.3 Algemene discussie

Dit onderzoek is onderhevig geweest aan een aantal beperkingen. Zo is dit onderzoek gehouden in het kader van een masteropleiding. Voor het doen van dit onderzoek was daarom een beperkte tijd beschikbaar. Dit heeft invloed gehad op het aantal respondenten wat meegewerkt heeft aan dit onderzoek. Voor vervolgonderzoek zou het in ieder geval interessant zijn het onderzoek op grotere schaal uit te voeren. Hoewel onderzoek altijd lokaal gebonden is kunnen hierdoor wellicht meer regelmatigheid naar voren komen.

Daarnaast zijn, door enige tegenslagen bij het vinden van een onderzoeksorganisatie, interviews gehouden op twee uiteenlopende afdelingen: de ene afdeling was reeds vijf jaar bezig met het kleinschalige wonen, de andere afdeling sinds januari 2011. Hierdoor zijn de onderzoeksresultaten wellicht meer uiteenlopend geworden dan wanneer twee meer identieke afdelingen tot de respondentengroep behoord hadden. Als de respondentengroep uit twee meer identieke afdelingen had bestaan was wellicht een meer consistent beeld naar voren gekomen over de aspecten die spelen omtrent het onderzoeksonderwerp. Met name had dit de wellicht duidelijkere verbanden opgeleverd in de onderzoeksdata.

Ook de diversiteit die bestaat binnen de respondentengroep management was achteraf gezien vrij groot. Voor een vervolgonderzoek is het wellicht interessant deze groep verder op te delen in bijvoorbeeld hoger- en middenmanagement. In het bijzonder het middenmanagement had zwaarder vertegenwoordigd mogen worden in de respondentengroep gezien de belangrijke rol die zij spelen bij het vertalen van voorgenomen beleid naar het daadwerkelijke beleid.

Als laatste liepen de meningen in de onderzoek zeer sterk uiteen. Waar de ene medewerker er heilig van overtuigd leek veel meer aandacht aan bewoners te kunnen schenken dan voorheen, gaf een andere medewerker uit hetzelfde team aan dat dit juist minder geworden was. Helaas is het in dit onderzoek niet gelukt erachter te komen waar dit verschil precies door veroorzaakt wordt. In het onderzoek zijn wel kleine aanwijzingen naar voren gekomen dat dit wellicht iets te maken heeft met wat een medewerker definieert als kwalitatief goede zorg. Vervolgonderzoek zal echter nodig zijn om hier een gedegen antwoord op te vinden.

Naast de verbeterpunten zijn er ook sterke punten aan dit onderzoek. Zo voldeed de onderzoeksorganisatie aan de tien pijlers zoals deze genoemd worden in de typering van kleinschalig

wonen. Daarnaast lijkt het onderzoeksonderwerp vanuit het gehanteerde perspectief nog niet eerder benaderd. De onderzoeker heeft namelijk geen literatuur kunnen vinden waarin specifiek aandacht is besteed aan de veranderingen in de organisatie van arbeid die worden veroorzaakt door de overgang naar kleinschalig wonen, en de gevolgen die daaraan verbonden zijn. Als laatste hebben zowel de opdrachtgevende organisatie als de onderzoeksorganisatie aangegeven gebruik te kunnen maken van de uitkomsten. Hierdoor is ook een praktische relevantie van dit onderzoek aanwezig.

10.REFERENTIELIJST

- Alzheimer stichting Nederland, 1.www.alzheimer-nederland.nl
<http://www.alheimernederland.nl/dsc?c=getobject&s=obj&objectid=6101&!dsname=dsalheim&getastype=PDF>, geraadpleegd 21-02-2011
- Anand, N., Daft, R.L. (2007), What is the right organization design?, *Organizational dynamics*, 36:4, pp 329-344
- Andrén, S., Elmståhl, S. (2007), Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care : A cross-sectional community-based study, *International journal of nursing studies*, 44:3, pp 435-446
- Berg, van de T.J.J., Landeweerd, J.A., Tummers, G.E.R., Merode, van G.G. (2006) A comparative study of organizational characteristics, work characteristics and nurses' psychological work reactions in a hospital and nursing home setting, *International Journal of Nursing Studies*, 43, 491-505
- Boeije, H.R., (2008) Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen, Den Haag: Boom onderwijs
- Boekhorst, te S., Willemse, B., Depla, M.F.I.A., Eefsting, J.A., Pot, A.M. (2008), Working in Group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics, *International Psychogeriatrics*, 20:5, pp 927-940
- Boekhorst, te S., Depla, M. F.I.A., Lange, de J., Pot, Anne. M.,; Eefsting, J. A., (2009), The effects of group living homes on older people with dementia : a comparison with traditional nursing home care, *International journal of geriatric psychiatry*, 24:9, pp 970-978
- Boekhorst, te S., (2011), *Group Living Homes for older people with dementia*, thesis Vrije Universiteit Amsterdam, geraadpleegd via Picarta
- Bolman, L.G., Deal, T.E. (2003), *Reframing organizations: Artistry, Choice, and Leadership*, San Francisco: Wiley Imprint
- Boxell, P. & J. Purcell (2003), *Strategy and Human Resource management*, London: PalgraveMacmillan.
- Brooker, D. (2004). What is person centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.
- Bunderson, J.S., Boumgarden, P. (2010), Structure and Learning in Self-Managed Teams: Why "Bureaucratic" Teams Can Be Better Learners, *Organization Science*, 21:3, pp 609-624
- Bussemakers, J. (2009), *Brief over stimuleren kleinschalig wonen*. Kenmerk: DLZ/KZ-4 2901967, Den Haag
- Centraal Bureau voor de Statistiek, 1.www.statline.cbs.nl
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296NED&D1=8-21&D2=0,5,10,15,20,25,30,35,40,45,50-58&HD=081107-1434&HDR=T&STB=G1>, geraadpleegd 17-02-2011
- Crandall, L., White, D.L., Schuldheis, S. & Talerico, K.A. (2007). Initiating person-centered care practices in long term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (11), 47-56

- Depla, M en Boekhorst, S te (2007) *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten?*, Hoorn: Koopmans' drukkerij (Uitgave van Trimbos Instituut & EMGO-VUme)
- Edvardsson, D., Innes, A. (2010), Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools, *The Gerontologist*, 50:6, pp 834-846
- Flesner, M.K. (2009), Person-Centered Care and Organizational Culture in Long-Term Care, *Nurse Care Qual*, 24:4, pp 273-276
- Gaspard, G. & Garm, A. (2009). The caring journey. *Nursing BC*, 41(1), 22-26.
- Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak: De vele gevolgen van klantgericht organiseren*, Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Gómez-Mejía, L.R., Balkin, D.B., Cardy, R.L. (2001) *Managing Human Resources edition 3*, New Jersey: Prentice Hall
- Hall, R. H. 1999. *Organizations: Structures, Processes, and Outcomes* 7th ed, Upper Saddle River: Prentice Hall
- Hoof, van J., Kort, S.H.M., Waarde, van H. (2009), Housing and care for older people with dementia: a European perspective, *Journal of the House and the Built Environment*, 24, pp 369-390
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., Yu, T.C. (2007), Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program, *JAGS*, 55, pp 832-839
- Kenniscentrum wonen en Zorg Aedes Actiz, <http://www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen>, geraadpleegd 22-02-2011
- Kluytmans, F. (2005) *Leerboek Personeelsmanagement*, Groningen|Houten: Wolters-Noordhoff
- Kozlowski, S.W.J. & Bell, B.S. (2003). Work groups and teams in organizations. In: Borman,
- Kurucz, S. (2010), Implementing Person Centered Care Strategies for those with Dementia in Residential Care: An Integrative Review of the Literature, University of Victoria, geraadpleegd via Picarta
- Ministerie VWS, www.jaaverslagenzorg.nl, geraadpleegd 14-02-2011
- Mok, A.L. (2007) *Arbeid, bedrijf en maatschappij*, Groningen| Houten: Wolters-Noordhoff
- Myers, S.E., (2009), *Culture Change in Nursing Homes: The Perception of Leaders versus Staff*, University of Kansas School of Nursing, geraadpleegd via Picarta
- Oldham, G.R., Hackman, J.R. (2010), Not what it was and not what it will be: The future of job design research, *Journal of Organizational Behavior*, 31, pp 463-479
- Onderzoeksorganisatie x (2009), *Jaarverslag 2009*
- Onderzoeksorganisatie x (2010), *Concept Bedrijfsplan Kleinschalig WONEN voor mensen met dementie binnen organisatie x*
- Onderzoeksorganisatie1: <http://www.xxx.nl/algemeen/56/278/visie-en-missie-van-xxx>, geraadpleegd 08-08-2011
- Onderzoeksorganisatie 2 : <http://www.xxx.nl/algemeen/56/253/wat-is-xxx>, geraadpleegd 08-08-2011
- Provincie Utrecht, <http://utrecht.regelingenbank.eu/regeling/toelichting/?id=478>, geraadpleegd, 15-02-2011

- Rahman, A.N., Schnelle, J.F. (2008), The Nursing Home Culture Change Movement: Recent Past, Present, and Future Directions for Research, *The Gerontologist*, 48:2, pp 142-148
- Robinson, S.B. & Rosher, R.B. (2006) Tangling with barriers to culture change, *Journal of Gerontological Nursing*, 19-25
- Robinson, J.G. (2007). Utilizing best practice in dementia care. *Canadian Nursing Home*, 18 (1), 21-27
- Scalzi, C.C., Evans, L.K., Barstow, A., Hostvedt, K. (2006), *Nurs Admin Q*, 30:4, pp 368- 372
- Syntens Innovatiecentrum, www.syntens.nl, geraadpleegd 21-02-2011
- Verbeek, H., Rossum, van E., Zwakhalen, S.M.G., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2009), Small, homelike environments for older people with dementia: a literature review, *International Psychogeriatrics*, 21:2, pp252-264
- Verbeek, H., Rossum, van E., Zwakhalen, S.M.G., Ambergen, T., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2009-2) The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study, *BMC Geriatrics*, 9:3
- Vilans Kenniscentrum langdurige zorg, www.vilans.nl, geraadpleegd 21-02-2011
- Westerbeek, A., Andriessen, P. (2010) *FWG trendrapport: zicht op zorg en functies*, Rotterdam: Veerman Drukkers
- White-Chu, E.F., Graves, W.J., Godfrey, S.M., Bonner, A., Sloane, P. (2009) Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care, *Journal of American Medical Directors Association*, 10, 370-378
- Windt, W. van der, Velde, F. van der, Kwartel, A. van der (2009), *Arbeid in zorg en welzijn 2009*, Prismant

BIJLAGE 1: TOPICLIJST MEDEWERKERS

Overkoepelend: bij ieder topic zal aandacht worden besteed aan het verschil tussen groot- en kleinschalig en hoe de medewerker dat ervaart.

Introductie

Uitleg van het onderzoek
Wat gebeurt er met de informatie
Opname interview
Inzien interview & onderzoek

Informatief

Hoe lang werkzaam in de zorg
In welke functies
Hoe lang werkzaam WZH
Start kleinschalig

Medisch vs kleinschalig model: *Wat zijn volgens jou de verschillen tussen de grootschalige en de kleinschalige zorg?*

Verskil in zorg
Veranderingen voor bewoner
Veranderingen in dagindeling
Doel van het werk
Kwaliteit van zorg

Werkzaamheden: *Kan je aangeven hoe je werk er op dit moment uit ziet? Hoe ervaar je dat? Kan je aangeven hoe je werk er eerder uit zag?*

Werkzaamheden
Taakverdeling
Regels en richtlijnen
Wens van de klant
Benodigde vaardigheden

Leidinggeven: *Kan je aangeven hoe je op dit moment wordt aangestuurd? Hoe ervaar je dat? Kan je aangeven hoe je eerder werd aangestuurd?*

Aansturing
Beslissingen nemen
Autonomie

Overgang: *Hoe heb je de overgang van het grootschalige naar het kleinschalige zorgconcept ervaren?*

Ervaring overgang
Positieve punten
Moeilijkheden

Verbeterpunten

Benodigheden medewerker

Verantwoording keuze

Verwachtingen

Verwachtingen uitgekomen

Ondersteuning

Informatievoorziening

Training etc

Keuze?

- Welke uitdagingen ervaar je in de nieuwe organisatie van het werk bij het aanbieden van kleinschalige zorg?
- Wat maakt het juist gemakkelijker om deze zorg aan te bieden?

BIJLAGE 2: TOPICLIJST MANAGEMENT

Overkoepelend: bij ieder topic zal aandacht worden besteed aan het verschil tussen groot- en kleinschalig en hoe de medewerker dat ervaart.

Introductie

Uitleg van het onderzoek

Wat gebeurt er met de informatie

Opname interview

Inzien interview & onderzoek

Informatief

Hoe lang werkzaam in de zorg

In welke functies

Hoe lang werkzaam WZH

Start kleinschalig

Rol bij de overgang

Medisch vs kleinschalig model: *Wat zijn volgens jou de verschillen tussen de grootschalige en de kleinschalige zorg?*

Verschil in zorg

Veranderingen ten opzichte van de klant

Doel van de organisatie

Uitgangspunt bij het organiseren van werk (denk aan klantgericht vs organisatiegericht)

Kwaliteit van zorg

Veranderingen op HR gebied

Overgang: *Wat was volgens jou het doel van de overgang naar het nieuwe zorgconcept? Hoe heb je de overgang van het grootschalige naar het kleinschalige zorgconcept ervaren?*

Ervaring overgang

Positieve punten

Moeilijkheden

Verbeterpunten

Verantwoording om overgang te maken

Verwachtingen: uitdagingen en kansen

Verwachtingen uitgekomen

Organisatie: *Kan je aangeven wat er in jouw ogen in de organisatie is veranderd door de kleinschalige woonvormen? Waarom is die verandering ingezet? Hoe ervaar je die veranderingen?*

Taakverdeling in de organisatie

Hiërarchie

Beslissingen nemen

Voldoen aan de wens van de klant

Teams

Carrousel: hoe is de niveau verdeling, voldoen aan kwaliteitseis

Medewerker: *Wat is volgens jou veranderd in de rol van de medewerkers? Hoe denk jij over de nieuwe rol van de medewerker?*

Werkzaamheden

Benodigde competenties

Haalbaar?

Eigen omgang met medewerkers

Aansturing: *Kan je aangeven wat er in jouw ogen is ver door de kleinschalige woonvormen? Waarom is die verandering ingezet? Hoe ervaar je die verandering?*

Aansturing

Beslissingen nemen

Autonomie van de medewerkers op de vloer

Regels en richtlijnen

- Welke uitdagingen ervaar je in de nieuwe organisatie van het werk bij het aanbieden van kleinschalige zorg?
- Wat maakt het juist gemakkelijker om deze zorg aan te bieden?

BIJLAGE 3: TOPICLIJST LEIDINGGEVENDEN

Overkoepelend: bij ieder topic zal aandacht worden besteed aan het verschil tussen groot- en kleinschalig en hoe de leidinggevende dat ervaart.

Introductie

Uitleg van het onderzoek

Wat gebeurt er met de informatie

Opname interview

Inzien interview & onderzoek

Informatief

Hoe lang werkzaam in de zorg

In welke functies

Hoe lang werkzaam WZH

Start kleinschalig

Rol in de overgang

Medisch vs kleinschalig model: *Wat zijn volgens jou de verschillen tussen de grootschalige en de kleinschalige zorg?*

Verskil in zorg

Veranderingen voor bewoner

Veranderingen in dagindeling

Doel van het werk

Kwaliteit van zorg

Overgang: *Wat is volgens jou het doel van de overgang naar een ander zorgconcept? Hoe heb je de overgang van het grootschalige naar het kleinschalige zorgconcept ervaren?*

Ervaring overgang

Positieve punten

Moeilijkheden

Verbeterpunten

Verantwoording keuze

Verwachtingen: Uitdagingen en kansen

Verwachtingen uitgekomen

Organisatie: *Kan je aangeven wat er in jouw ogen in de organisatie is veranderd door de kleinschalige woonvormen? Waarom is die verandering ingezet? Hoe ervaar je die veranderingen?*

Taakverdeling in de organisatie

Carrousel: hoe is de niveau verdeling, voldoen aan kwaliteitseis

Hiërarchie

Beslissingen nemen

Voldoen aan de wens van de klant: hoe wordt jij hier op gestuurd

Eigen team

Taakverdeling

Doel

Medewerker: *Wat is volgens jou veranderd in de rol van de medewerkers? Hoe denk jij over de nieuwe rol van de medewerker?*

Werkzaamheden

Benodigde competenties medewerkers

Haalbaar?

Eigen omgang met medewerkers

Aansturing: *Kan je aangeven wat er in jouw ogen is ver door de kleinschalige woonvormen? Waarom is die verandering ingezet? Hoe ervaar je die verandering?*

Aansturing

Beslissingen nemen

Autonomie van de medewerkers op de vloer

Regels en richtlijnen

Individueel niveau: *Wat is veranderd in jouw eigen functie als je de grootschalige zorg met de kleinschalige zorg vergelijkt en hoe ervaar je dat?*

Veranderingen in eigen takenpakket

Omgang met medewerkers

Benodigde vaardigheden

Autonomie in de eigen functie

Mogelijkheid tot het behalen van doelen kleinschalige zorg

- Welke uitdagingen ervaar je in de nieuwe organisatie van het werk bij het aanbieden van kleinschalige zorg?
- Wat maakt het juist gemakkelijker om deze zorg aan te bieden?

BIJLAGE 4: PAPER CAPITA SELECTA

Inleiding

Dit paper is geschreven in het kader van de leerkring Strategisch Human Resource Management, onderdeel van de gelijknamige master. Het doel van dit paper is het aangeven van de publieke dimensie van de thesis die zal worden geschreven ter afsluiting van de master. Gezien het feit dat de faculteit Bestuurs- en Organisationswetenschappen opleidingen aanbiedt welke behoren tot of raken aan het publieke domein lijkt het logisch dat de vraag gesteld wordt hoe een bepaald thesis onderwerp zich verhoudt tot het publieke domein. Daarnaast is in de literatuur over HRM steeds meer aandacht voor de context van een organisatie. Deze kan niet langer gezien worden als een losstaande entiteit (Paauwe, 2009; Boxall en Purcell,). Het is belangrijk om de context van een organisatie in ogenschouw te nemen omdat deze van invloed is op het ontwerpen, invoeren en beleven van het HR beleid. Een voorbeeld hiervan is dat de institutionele omgeving van een organisatie mede bepaald hoeveel speelruimte er is bij het opstellen van HR beleid (Paauwe, 2009). Het verkrijgen van inzicht in de context van de organisatie is daarom in dit onderzoek essentieel om te begrijpen waarom de vorming en uitvoering van HR beleid een bepaalde vorm krijgt.

In dit paper zal dan ook aandacht worden geschonken aan de publieke dimensie van het onderwerp van de master thesis.

Thesis

De thesis die voor deze master geschreven wordt zal gaan over de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg voor dementerenden. De vergrijzing in Nederland neemt steeds verder toe en daarmee ook het aantal dementen (te Boekhorst e.a., 2008; van Hoof e.a. 2009). Het overgrote deel van deze dementerenden wordt thuis verzorgd door mantelzorgers. Op een gegeven moment kan een situatie ontstaan waardoor een patiënt is aangewezen op professionele zorg. Redenen kunnen zijn dat een patiënt 24/7 verzorging nodig heeft of dat de stress die het verzorgen van een dementerende met zich meebrengt te hoog wordt voor de mantelzorger (te Boekhorst e.a., 2008; Verbeek e.a., 2009). Op dat moment maakt een patiënt de overgang naar de geïnstitutionaliseerde zorg.

De ideeën met betrekking tot deze geïnstitutionaliseerde zorg zijn de afgelopen jaren veranderd. Zo is te zien dat de autonomie van de patiënt centraal is gaan staan en de patiënt zo lang mogelijk in een huiselijk sfeer moet blijven wonen (Verbeek e.a., 2009). In reactie hierop is de afgelopen jaren een groeispurt te zien in het nieuwe woonconcept (te Boekhorst, 2011). Hoewel de overgang naar dit nieuwe woonconcept is ingezet ten behoeve van het welzijn van de bewoner is er nog een groep voor wie de overgang ingrijpende gevolgen heeft: de medewerker. Zo is een onderwerp wat omtrent deze overgang aan de orde komt de organisatie van de arbeid. Een andere woonvorm brengt ook een andere functieverdeling en –invulling met zich mee voor de medewerkers (Arbeid in zorg en welzijn, 2009: 94).

De vraag die in de betreffende thesis behandeld zal worden is dan ook de volgende:

Welke uitdagingen ervaren ouderenzorginstellingen met betrekking tot de organisatie van arbeid in de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen?

Het inzicht in de context zal worden gegeven door de analyse van diverse contextfactoren. Deze contextfactoren zijn afgeleid uit een model wat ontwikkeld is door Paauwe (2009).

Analyse

Als wordt gekeken naar de zorg in Nederland lijkt deze sector op basis van harde eigenschappen een publiek karakter te hebben. Zo is de professionele zorg in Nederland collectief geregeld en gefinancierd en zijn deze verplichtingen vastgelegd bij wet. Daarnaast ligt de verantwoordelijkheid van de organisatie van zorg en huisvesting in handen van het ministerie van VWS en het ministerie van VROM (van Hoof e.a., 2009; Jaarverslag 2009).

Ook geeft de overheid richtlijnen af met betrekking tot de kwaliteit van zorg welke geleverd dient te worden, bijvoorbeeld door middel van de Richtlijnen Zorgkwaliteit (Jaarverslag, 2009). Door de verplichting jaarverslagen te publiceren worden zorginstellingen gedwongen verantwoording af te leggen over de besteding van publieke gelden. (www.jaarverslagenzorg.nl).

Publieke identiteit

Bovenstaande lijkt er op te duiden dat er sprake is van een publieke organisatie. Om hier meer inzicht in te verkrijgen zal gekeken worden in hoeverre de organisatie ook voldoet aan de eigenschappen van een publieke identiteit volgens Noordegraaf & Teeuw (2003).

Als wordt gekeken naar de doelgerichtheid van de organisatie is te zien dat zij bij het invoeren van kleinschalig wonen dit niet de primaire focus is. De focus die wordt gekozen dient een meer overkoepelend doel namelijk het aanbieden van goede zorg, nu en in de toekomst. Als de organisatie door middel van kleinschalig wonen geen kwalitatief hoogstaande zorg aan kan bieden, dan liever geen kleinschaligheid. Het aanbieden van kleinschalige zorg is geen doel op zich: *“er mag niet geknaagd worden aan het fundament”* (Concept bedrijfsplan 2009). Het idee van tijd kan worden getypeerd als dynamisch. Als wordt gekeken naar het HR beleid is bijvoorbeeld te zien dat zich op dit moment al tekorten voordoen als het gaat om personeelsvoorziening. Dat is nu al een punt van aandacht maar in de zorgbranche wordt de nadruk nog sterker gelegd op de tekorten die zich over een aantal decennia voor zullen doen (Zorg voor mensen voor de zorg, 2009). Op dit moment wordt er al nagedacht over hoe hier tegen die tijd mee om te gaan en hoe dit dan te ondervangen (Jaarverslag 2009).

Ook als wordt gekeken naar het idee van orde kan worden gesteld dat hier de publieke identiteit van de organisatie terug te zien is. Er worden horizontale relaties gezien hetgeen terug te zien is in de manier waarop actoren worden betrokken bij de zorg voor een patiënt. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het opbouwen van een duurzame relatie met mantelzorgers (Concept bedrijfsplan, 2009). Hoewel het betrekken van deze partijen wellicht meer tijd kost is het op de

langere termijn effectiever om deze mantelzorgers mee te nemen in het gehele proces. Als laatste punt wordt door Noordegraaf & Teeuw (2003) de idee van oorzakelijkheid genoemd. Dit aspect is met de beschikbare informatie moeilijk te definiëren.

Daarnaast zijn er aspecten waarbij de organisatie gebruik maakt van een bedrijfsmatige vorm maar een publieke inhoud (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Er wordt gebruik gemaakt van benchmarking maar wel op een eigen manier: zo lijkt het uitgangspunt niet om te concurreren maar om te leren van andere zorginstellingen. Een punt waarin te zien is dat de organisatie bezig is met publiek ondernemen is dat gesproken wordt in termen van bedrijfsvoering, efficiency en het aanboren van nieuwe geldstromen en nieuwe segmenten.

Configuratie zorginstelling

De organisatie is samengesteld uit verschillende locaties. De locaties die bij de overkoepelende organisatie horen zijn hier veelal bijgekomen door fusies en overnames. Bepaalde organisaties hebben bijvoorbeeld van oorsprong een gereformeerde achtergrond (website organisatie). In het visiedocument van de organisatie wordt hier geen aandacht aan besteed. Alle instellingen die behoren tot de overkoepelende organisatie zouden moeten werken volgens dezelfde kernwaarden (Visie document 2010). De vraag die hierbij gesteld kan worden is of dit in de praktijk zo uit kan werken en of medewerkers zich hier prettig bij voelen. Het is immers niet mogelijk een cultuur te “resetten” en een nieuwe op te bouwen (Paauwe, 2009). Daarnaast valt op dat er zowel op de website als in jaarverslagen als in visie documenten niks te vinden is over de geschiedenis van de organisatie. In hoeverre dit wordt meegenomen in de vorming van beleid is moeilijk te zeggen.

Marktontwikkelingen

In het visiedocument van de organisatie worden verschillende ontwikkelingen in de markt door de organisatie beschreven (Visiedocument, 2010).

Zo wordt van de organisatie verwacht kostenefficiënt te werken. De prijzen en marges van geleverde diensten komen steeds verder onder druk te staan. Dit in combinatie met het wegvallen van de gegarandeerde kostendekking die de invoering van de nieuwe zorg zwaartepakketten (ZZP) met zich mee heeft gebracht, betekent het dat de organisatie steeds meer moet gaan letten op de kosten (Visiedocument, 2010). Hierdoor wordt kostenefficiëntie belangrijker. Ook de concurrentiepositie van de organisatie is veranderd. Waar vroeger überhaupt geen sprake was van concurrentie binnen de zorg komt dit steeds meer op (FWG, 2010). Zorginstellingen bevinden zich hierbij in een tweestrijd. Enerzijds wordt van de organisatie gevraagd op een meer marktgerichte aanpak aan te sturen. Dat gebeurt door de nieuwe manier van het uitvoeren van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ). Anderzijds wordt door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) juist gevraagd om samen te werken met andere zorgverleners en verzekeringsmaatschappijen (Jaarverslag, 2009).

Verder ziet de organisatie haar klantenbestand veranderen. Zo wordt de klantengroep diverser: naast de patiënt als klant van de organisatie worden bijvoorbeeld ook zorgverzekeraars klant. Door de vergrijzing neemt het aantal klanten toe en mensen hebben meer zorg nodig: men blijft zo lang

mogelijk thuis wonen tot het moment dat dat geen optie meer is. Ook de diversiteit onder klanten neemt toe. Zo hebben klanten diverse achtergronden met diverse behoeften en verdwijnt ook het taboe om zorg te differentiëren naar besteedbaar budget (Visiedocument, 2010). Hierdoor is de behoefte ontstaan aan gedifferentieerdere zorg. De twee laatst genoemde ontwikkelingen hebben ook te maken met de veranderende ideeën over zorg: Mensen blijven zo lang mogelijk in een huiselijke sfeer wonen en in de zorg is veel aandacht voor de autonomie van de patiënt (Verbeek e.a., 2009). Als wordt gekeken naar deze specifieke organisatie is bijvoorbeeld te zien dat woongroepen worden gestart die gebaseerd zijn op een bepaalde levenswijze.

Institutionele Omgeving

Ook in de institutionele omgeving van de organisatie doen zich belangrijke ontwikkelingen voor. Zo is het voor de organisatie moeilijk medewerkers te krijgen voor bepaalde functies. Zorginstellingen zullen zich moeten profileren als werkgever om voldoende personeel aan te trekken (FWG, 2010). Daarnaast zal dat de aankomende jaren alleen maar moeilijk worden door de toenemende vraag naar zorg en de afname van de beroepsbevolking (Jaarverslag, 2009). Als specifiek wordt gekeken naar de overgang van het grootschalige naar het kleinschalige zorgconcept is belangrijk om te noemen dat medewerkers eerder meer gespecialiseerde functies hadden en dit bij een overgang veranderd.

Een eigenschap van de ouderenzorgsector is dat de overheid veel wetgeving neerlegt met betrekking tot bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. Een voorbeeld hiervan is terug te zien in het BIG registratiesysteem: het is wettelijk vastgelegd dat medewerkers een specifiek diploma en een terugkerende test moeten behalen om bepaalde handelingen uit te mogen voeren (www.bigregister.nl).

Ook wordt het financieringsbeleid door de overheid vormgegeven. Deze wet- en regelgeving is zeer veranderlijk. Zo worden financieringsmodellen regelmatig gewijzigd (bijvoorbeeld invoering ZZP systeem) en zijn wonen en zorg onlangs ondergebracht bij twee verschillende ministeries waar dit eerder beide onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS viel (van Hoof e.a., 2009). Deze nieuwe wet- en regelgeving heeft implicaties voor het personeelsbeleid.

Waar in de organisatie verder rekening mee moet worden gehouden is dat er bij het opstellen en wijzigen van beleid veel stakeholders betrokken zijn, er moeten veel partijen mee worden genomen in de totstandkoming van beleid. Dat deze stakeholders als belangrijk worden gezien, is bijvoorbeeld terug te zien aan de vele voorstellen die zijn voorgelegd aan de OR en de CCR. Ook het positieve overleg met vakbonden wordt benoemd (Jaarverslag, 2009).

Als specifiek wordt gekeken naar de overgang van grootschalige naar kleinschalige woonvormen moeten er een aantal stakeholders worden benoemd. Het is belangrijk aandacht te schenken aan deze stakeholders aangezien zij bepalen in hoeverre er speelruimte bestaat bij het opstellen van beleid (Paauwe, 2009). In dit geval zullen de volgende stakeholders invloed willen en kunnen uitoefenen bij het opstellen van het beleid: OR, CCR, Overheid, Vakbonden, Management, Raad van Toezicht en HR. Uit de documenten van de organisatie lijkt het alsof de relatie met de stakeholders

goed is. Zo hebben OR en CCR met alle voorstellen ingestemd en wordt de organisatie door de vakbonden complimenten gemaakt (Jaarverslag, 2009).

Nadat de beleidsvorming heeft plaatsgevonden zal beleidsimplementatie volgen. Hierbij zijn twee stakeholders van groot belang: de medewerkers en het middenmanagement (Boselie, 2007). Het middenmanagement zal de implementatie van het beleid moet invoeren. Daarnaast zullen medewerkers het nieuwe zorgconcept gaan beleven aangezien zij er handen aan voeten aan moeten geven. Een laatste belangrijke stakeholder, zeker met betrekking tot het kleinschalige wonen, is de mantelzorger (Concept Bedrijfsplan, 2009). Het betrekken van mantelzorgers staat in de kleinschalige zorg hoog in het vaandel en er wordt aanspraak gedaan op hun hulp en medezeggenschap.

Spanningen

Hierboven zijn een aantal ontwikkelingen in de zorgsector beschreven. De strategische reactie op deze ontwikkelingen kan op gespannen voet staan met morele waarden (Paauwe, 2009). Hoe dat zich kan uitten wordt hieronder uiteen gezet.

Ook in de ouderenzorg is te zien dat er steeds meer op budgetten moet worden gelet. De kosten van de zorg lopen in rap tempo op en door de toenemende vergrijzing lijkt de zorg zoals deze eerder ingericht was niet meer houdbaar (Zorg voor mensen voor de zorg, 2009). Er moet efficiënt gewerkt worden waarbij bijvoorbeeld exact wordt aangegeven hoeveel tijd een medewerker aan welke handeling mag besteden. Anderzijds ervaren medewerkers het verzakelijken van de zorg regelmatig als een knelpunt. Om op een dergelijke manier met patiënten te werken kan in gedrang komen met de morele waarden welke medewerkers in de zorgsector hebben (van Beek, 2009).

Daarnaast wordt ingezet op meer flexibiliteit: door het invoeren van het ZZP systeem is het nodig dat er gevarieerd kan worden in het personeelsbestand: afhankelijk van hoeveel zorg wordt gefinancierd moet het personeelsbestand eigenlijk worden aangepast (Jaarverslag 2009). De vraag is of je op deze manier met medewerkers om wil gaan of je personeel meer zekerheid wil bieden. Hoewel het voor de organisatie gunstig kan zijn gebruik te maken van een grote flexibele schil is hier door de organisatie niet voor gekozen. Hiervoor kan ook een andere reden zijn maar het idee wordt gewekt dat men medewerkers voldoende vastigheid wil bieden (Jaarverslag, 2009).

Een andere ontwikkeling die te zien is in de sector is dat steeds meer toegespitst wordt op klantgerichtheid en diversiteit. In plaats van één soort zorg aan te bieden wordt dit meer gedifferentieerd naar de uiteenlopende behoeften van de patiënten. Dit vraagt veel van medewerkers aangezien zij steeds moeten schakelen tussen zeer uiteenlopende wensen van patiënten. Met betrekking tot deze ontwikkelingen blijft er aandacht voor de medewerker. Zo geeft de organisatie aan te willen investeren in haar medewerkers om tegemoet te komen aan de nieuwe uitdagingen. Wat zijn nieuwe competenties die nodig zijn en hoe kan er voor gezorgd worden dat medewerkers over deze competenties gaan beschikken? Er wordt geïnvesteerd in medewerkers om ze mee te kunnen nemen in de veranderende omgeving. Ook wat betreft deze opleiding en ontwikkeling kan spanning ontstaan met het punt van de trend naar meer kostenreductie in de zorg.

Conclusie

Het doel van dit paper was om de publieke dimensie en context van de organisatie in beeld te brengen. Als wordt gekeken naar de identiteit van de organisatie kan worden gesteld dat deze sterk neigt naar een publieke variant. De organisatie voldoet aan een groot aantal eigenschappen van de publieke identiteit zoals deze beschreven is door Noordegraaf en Teeuw (2003). Hoewel te zien is dat de organisatie ook gebruik maakt van meer bedrijfsmatige tools, zoals benchmarking, geeft zij hier haar eigen invulling aan (Jaarverslag, 2009).

Minder expliciete aandacht wordt geschonken aan de configuratie van de organisatie. Zo lijkt weinig tot geen aandacht te zijn voor de het feit dat de overkoepelende organisatie is opgebouwd uit organisaties met verschillende achtergronden. In het onderzoek moet dit wel een punt van aandacht zijn aangezien de manier waarop mensen denken over een nieuwe organisatievorm hierdoor kan worden beïnvloed.

Verder is te zien dat de organisatie zich in een dynamische omgeving bevindt. Kanttekening hierbij is wel dat de veranderingen in de zorg over het algemeen minder snel vorm krijgen dan vaak wordt gedacht (FWG, 2010). Op het gebied van marktontwikkelingen zijn veel bewegingen gaande waardoor van de organisatie een andere opstelling wordt verwacht. De nieuwe uitdagingen die worden geboden aan de organisatie hebben ook zijn weerslag op het personeelsbeleid zoals het veranderende functiehuis door het invoeren van het nieuwe zorgconcept welke een reactie is op de ontwikkelingen in de markt. Zo zullen medewerkers moeten gaan werken met uiteenlopende klantgroepen en worden door de invoering van het nieuwe zorgconcept meer verwacht van de communicatieve vaardigheden van de medewerkers (te Boekhorst e.a., 2008).

Wat verder opvalt, is dat de organisatie bij het opstellen van beleid te maken heeft met veel stakeholders. Deze zullen allemaal meegekregen moeten worden bij de overgang van het ene naar het andere zorgconcept. De hoeveelheid aan stakeholders beïnvloed de speelruimte welke het management heeft bij het tot stand komen van beleid. Hetzelfde geldt voor de verstandhouding met de verschillende stakeholders. Als wordt gekeken naar de onderzoeksvraag is het van belang in het oog te houden dat de stakeholders een van de obstakels kunnen zijn die wordt ervaren bij de overgang van het ene naar het andere zorgconcept. Van invloed hierop zijn de hoeveelheid en de kwaliteit van de relatie die bestaat met de stakeholders. Daarnaast is er een gedeelte van de institutionele omgeving welke niet door de organisatie beïnvloed kan worden maar welke de organisatie wel inkadert. Het betreft dan met name de opgelegde wet- en regelgeving waar de organisatie aan moet voldoen en die wordt opgelegd vanuit de overheid.

Als laatste punt zal in het onderzoek aandacht moeten zijn voor de spanningen die bestaan tussen wat van de organisatie gevraagd wordt en/of wat de organisatie zelf wil en hoe zij de morele waarden met betrekking tot het personeelsbeleid hoog in het vaandel kan houden. In het geval van dit onderzoek zou dat betrekking hebben op het feit dat de organisatie graag een nieuwe organisatievorm wil maar dat dit ook veel weerslag heeft op haar medewerkers. De organisatie zal bijvoorbeeld aandacht moeten besteden aan het punt wat het doet met een medewerker als zijn of haar functie drastisch veranderd.

Afsluitend kan worden gesteld dat de overgang naar kleinschalige woonvormen aansluit bij de publieke opinie over hoe zorg georganiseerd zou moeten worden. Het identificeren van uitdagingen omtrent deze overgang met het uiteindelijke doel om deze overgang te bevorderen kan worden gezien als een publieke uitdaging.

Bronnen

Artikelen

- Boekhorst, te S., Willemse, B., Depla, M.F.I.A., Eefsting, J.A., Pot, A.M. (2008), Working in Group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics, *International Psychogeriatrics*, 20:5, pp 927-940
- Boekhorst, te S., (2011), Group Living Homes for older people with dementia, thesis Vrije Universiteit Amsterdam
- P. Boselie (2007), 'HR Professional als business partner?', Tijdschrift voor HRM, jrg 10, nr. 3, pp. 34-51.
- Hoof, van J., Kort, S.H.M., Waarde, van H. (2009), Housing and care for older people with dementia: a European perspective, *Journal of the House and the Built Environment*, 24, pp369-390
- M. Noordegraaf & M. Teeuw (2003) 'Publieke identiteit: eigentijds organiseren in de publieke sector', *Bestuurskunde*, jrg 12, nr. 1, pp. 2-13
- Verbeek, H., Rossum, van E., Zwakhalen, S.M.G., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2009), Small, homelike environments for older people with dementia: a literature review, *International Psychogeriatrics*, 21:2, pp252-264

Boeken

- Boxall, P. en Purcell, J. (2007) *Strategy and Human Resource Management*, 2nd edition, Palgrave.
- Paauwe, J. (2009), *HRM and Performance*, Oxford University Press

Rapporten

- Organisatie x (2009), Jaarverslag en Jaarrekening 2009
- Organisatie x (2010), Visie document
- Organisatie x (2010), Concept Bedrijfsplan Kleinschalig WONEN voor mensen met dementie binnen organisatie x
- Westerbeek, A., Andriessen, P. (2010) FWG Trendrapport: Zicht op zorg en functies, *FWG*
- Windt, W. van der, Velde, F. van der, Kwartel, A. van der (2009), Arbeid in zorg en welzijn 2009, *Prismant*
- Zorg innovatieplatform (2009), Zorg voor mensen, mensen voor de zorg

Thesis

- Beek, F.L. van (2009), Onderzoek naar commitment van medewerkers in de ouderenzorg, scriptie
- Boekhorst, te S., (2011), Group Living Homes for older people with dementia, thesis Vrije Universiteit Amsterdam

Websites

- Jaarverslagen zorg, www.jaarverslagenzorg.nl, Geraadpleegd 8 maart 2011
- aWet en regelgeving BIG register, <http://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/>, Geraadpleegd 8 maart 2011