

‘In het hart van de generationaliseerde mythe’

Een onderzoek naar de gevolgen van de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas



Tim Kind
Studentnummer: 336550

Masterthesis Bestuurskunde (Publiek Management)

1^o lezer: Prof. Dr. J. Koppenjan

2^o lezer: Dr. F. Van der Meer

12 januari 2015

The great enemy of the truth is very often not the lie, deliberate, contrived and dishonest, but the myth, persistent, persuasive and unrealistic.

John F. Kennedy

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: De hervorming van de thuiszorg	p. 6
1.1 Inleiding	p. 6
1.2 Een beknopte geschiedenis van de thuiszorg	p.7
1.2.1 Verstatelijking van de thuiszorg	p.7
1.2.3 De verzakelijking van de thuiszorg	p.8
1.2.3 Professionalisering en vermaatschappelijking van de thuiszorg	p.9
1.3 Zorgaanbieders onder druk	p.10
1.4 De invoering van zelfsturende teams als gerationaliseerde mythe?	p.10
1.5 Probleemstelling	p.11
1.6 Leeswijzer	p. 13
Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader	
2.1 Inleiding	p. 14
2.2 Het contextualisme perspectief	p. 14
2.3 De Verandercontext	p. 15
2.3.1 De neo-institutionele benadering	p. 15
2.3.2 Institutionele logica's	p. 17
2.3.3 Relevante met betrekking tot het onderzoek	p. 18
2.3.4 De configuratiebenadering	p. 18
2.3.5 Componenten en coördinatiemechanismen	p. 19
2.3.6 De machineorganisatie	p. 20
2.3.7 De professionele organisatie	p. 20
2.3.8 De divisieorganisatie	p. 21
2.3.9 De adhocratie	p. 21
2.3.10 Hybrideorganisaties	p. 22
2.3.11 Relevantie met betrekking tot het onderzoek	p. 22
2.3.12 Beslisruimte	p. 24
2.3.13 Beslisruimte als potentieel probleem	p. 25
2.3.14 Beslisruimte als voorwaarde	p. 25
2.3.15 De omvang van de beslisruimte	p. 26
2.3.16 De benadering van de beslisruimte	p. 27
2.3.17 De invloed van de cliënt op de beslisruimte	p. 27
2.3.18 Relevantie met betrekking tot het onderzoek	p. 28
2.4 De Veranderinhoud	p. 28
2.4.1 Orden van veranderingen	p. 28
2.4.2 Formele structuur en werkprocessen	p. 29
2.4.3 Sociale relaties en overtuigingen	p. 29
2.4.4 Relevantie met betrekking tot het onderzoek	p. 29
2.5 Het Veranderproces	p. 30
2.5.1 De geplande benadering	p. 30
2.5.2 Kritiek op de geplande benadering	p. 31
2.5.3 De emergente benadering	p. 32
2.5.4 Kritiek op de emergente benadering	p. 32
2.5.5 Relevantie met betrekking tot het onderzoek	p. 33
2.6 Leiderschap	P. 33
2.6.1 Transformationeel leiderschap en transactioneel leiderschap	p. 33
2.6.2 Distributief leiderschap en emergent leiderschap	p.34
2.6.3 Relevantie met betrekking tot het onderzoek	p.34
2.7 Samenvatting en conceptueel model	p.35
Hoofdstuk 3: Methodologie en operationalisering	
3.1 Inleiding	p.38
3.2 Literatuurstudie	p.38
3.3 Case study onderzoek	p.38
3.4 Opbouw van onderzoek	p.39
3.5 Betrouwbaarheid	p.41
Hoofdstuk 4 Resultaten	
4.1 Inleiding	p.43
4.2 De context: de herstructurering van de thuiszorg	p.43
4.2.1 De Zorgverzekeringswet	p.43
4.2.2 De Wet Langdurige Zorg	p.45
4.2.3 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning	p.45

4.2.4 Toekomstbestendigheid	p.46
4.2.5 De interne context: een korte geschiedenis	p.47
4.2.6 Humanitas als divisiestructuur	p.47
4.2.7 Het voormalige organisatiemodel	p.48
4.2.8 Regionale ondersteunende diensten	p.48
4.2.9 Het centrale deel	p.50
4.2.10 Spanningen tussen centraal en regionaal	p.52
4.2.11 Een vicieuze cirkel	p.54
4.3 Het veranderproces	p.56
4.3.1 De zelfsturende teams	p.56
4.4 De Veranderinhoud	p.58
4.4.1 Formele structuur en werkprocessen	p.58
4.4.2 Sociale relaties en overtuigingen	p.59
4.5 Leiderschap	p.60
Hoofdstuk 5 Effecten	p.62
5.1 Inleiding	p.62
5.2 Rolconflicten	p.62
5.2.1 Managers	p.62
5.2.2 Wijkverpleegkundigen	p.63
5.2.3 Teamcoaches	p.64
5.2.4 Het zelfsturende teams	p.64
5.3 Uitvoerende werkzaamheden	p.65
5.3.1 De indicatie	p.65
5.3.2 Informatie strategieën	p.65
5.3.3 Het zorgplan	p.66
5.3.4 Informele strategieën	p.67
5.3.5 De Uitvoering	p.67
5.3.6 Medewerkers van niveau (4) en 5	p.67
5.3.7 Informele strategieën	p.68
5.3.8 Medewerkers van niveau 2,3 (en 4)	p.68
5.3.9 Informele strategieën	p.69
5.4 De rol van collega's	p.69
5.4.1 Beschuldigingen vanuit niveaus (4) en 5	p.70
5.4.2 Beschuldigingen vanuit niveaus 2,3 (en 4)	p.70
5.5 De dialoog als uitvoeringslogica	p.70
5.5.1 Twee zorglogica's	p.71
5.5.2 Tussen hospitaliseren en betuttelen	p.71
5.6 Organisatieleren	p.73
5.6.1 Beperkte evaluaties	p.74
5.6.2 Organisatiepolitiek	p.74
5.6.3 Beperkte participatie	p.75
5.6.4 Beperkte stuurfactoren	p.75
5.6.5 Het ontbreken van emergent leiderschap	p.76
5.7 Het in stand houden van de gerationaliseerde mythe	p.77
Hoofdstuk 6 Conclusie	p.78
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	p.81
7.1 Van een gefragmenteerde ad hocratie naar een geregisseerde ad hocratie	p.81
7.2 Interne flexibiliteit	p.81
7.3 Kwaliteit in de uitvoeringspraktijk	p.82
7.4 Conclusie	p.82
Literatuurlijst	p.83

Hoofdstuk 1: De hervorming van de thuiszorg

1. Inleiding

Als gevolg van de dubbele vergrijzing zullen het aantal 65-plussers en het aantal 80-plussers de komende jaren stijgen. Vooral bij 75-plussers ontstaat er aanzienlijk meer vraag naar zorg en nemen de uitgaven van de zorg sterk toe (Castelijns et al., 2013; WHO, 2008). Om de langdurige zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen heeft de Nederlandse overheid de langdurige zorg per 1 januari 2015 op basis van drie pijlers hervormd (Rijksoverheid, 2014).

Ten eerste is de langdurige zorg geherstructureerd. Dit betekent dat verschillende aspecten van de langdurige zorg zijn overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)¹ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Als gevolg hiervan worden verantwoordelijkheden over de uitvoering van de langdurige zorg overgedragen van de Rijksoverheid naar Gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw). De tweede speerpunt van de hervorming is vermaatschappelijking. Hiermee wordt bedoeld dat meer dan voorheen wordt ingespeeld op de eigen verantwoordelijkheid van kwetsbare burgers. Eigen verantwoordelijkheid wordt in beleidsdocumenten in een adem besproken met de concepten zelfredzaamheid en zelfregie en heeft betrekking op sociale en fysieke competenties (zelfredzaamheid) en de mate waarin burgers zelfstandig kunnen beslissen over de invulling van hun leven (zelfregie) (Linders, 2010; Vlind, 2012). Vermaatschappelijking is gerelateerd aan het proces van extramuralisering (Rijksoverheid, 2014). Dit betekent dat de Rijksoverheid het voor kwetsbare burgers mogelijk wil maken om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen, mogelijk in combinatie met ondersteuning vanuit de Wmo of de Zvw. Met andere woorden zal er een grotere nadruk worden gelegd op thuiszorg als onderdeel van de langdurige zorg (Rijksoverheid, 2014; WHO, 2008). De verschillende aspecten van de hervorming: herstructureren, vermaatschappelijken en extramuraliseren heeft zich vertaald in bezuinigingen van 0,7 miljard op de Wmo, 0,4 miljard op de Zvw en 0,5 miljard op de Wlz (SCP, 2015).

In de huidige context maken ongeveer 470.000 Nederlanders gebruik van thuiszorg. Per 1 januari 2015 wordt ongeveer 80 procent van de thuiszorg uitgevoerd door zorgverzekeraars. Het betreft hier thuiszorg aan mensen met psychogeriatrische aandoeningen (PG), lichamelijke handicaps (LG) en somatiek (SM). Een kleiner percentage van ongeveer 26.000 mensen, krijgt persoonlijke verzorging vanuit de Wmo. Het gaat hier voornamelijk om mensen met een psychiatrische aandoening (PSY) of mensen met een verstandelijke beperking (VB). Daarnaast ontvangen naar schatting 70.000 Nederlanders thuiszorg vanuit een Wlz-indicatie. Dit betreft mensen die op basis van hun zorgvraag aanspraak maken op zorg met verblijf (intramurale zorg), maar ervoor kiezen om deze zorg thuis te ontvangen. Waar de verantwoordelijkheid van de langdurige zorg onder de verantwoordelijkheid van Gemeenten, Zorgverzekeraars en de Rijksoverheid vallen, wordt de feitelijke dienstverlening uitgevoerd door zorgaanbieders. Dit zijn semi-publieke organisaties die binnen de domeinen van

¹ De AWBZ verzekert Nederlandse burgers sinds 1967 tegen langdurige onverzekerbare zorg.

de Wmo, Zvw en de Wlz diensten aanbieden, die worden ingekocht door Gemeenten, Zorgverzekeraars en Zorgkantoren (Wlz) (SCP, 2015).

1.2 Een beknopte geschiedenis van de thuiszorg

1.2.1 Verstatelijking van de thuiszorg

Om de invloed van de hervorming van de langdurige zorg op zorgaanbieders te kunnen begrijpen is het relevant om nader in te gaan op de historische ontwikkeling van de thuiszorg als publieke voorziening. Thuiszorg komt oorspronkelijk voort uit charitatieve initiatieven die op religieuze en ideologische leest geschoeid zijn. Als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de ontzuiling en individualisering verloren de ideologische fundamente van deze organisaties steeds meer aan kracht, waardoor vanaf de jaren '70 de wens ontstond om de vele kleinere organisaties te verenigen. Dit leidde in 1977 tot de oprichting van de Nationale Kruisvereniging, die werd ondergebracht bij de AWBZ (Van der Zee et al, 1994). Dit was een belangrijke ontwikkeling voor de thuiszorg, omdat deze niet langer werd gedragen door het maatschappelijk middenveld, maar door de Rijksoverheid. Er vond met andere woorden een proces van verstatelijking plaats. Binnen de Nationale Kruisvereniging lag de nadruk op wijkverpleegkundigen, die naast huisartsen verantwoordelijk waren voor het organiseren van de volksgezondheid op lokaal niveau. Het werk bestond uit verschillende activiteiten, zoals educatie (op scholen), preventieve bezoeken aan burgers met potentiële problemen, huiselijke werkzaamheden (zoals het bereiden van voedsel), psychosociale zorg, hygiënische zorg, technische verpleegkundige zorg (zoals: wondzorg, diabeteszorg en injecteren) en administratieve werkzaamheden (Van der Zee et al. 1994). In deze tijd ontstond een zucht naar professionele erkenning van wijkverpleegkundigen (Kunneman & Slob, 2007). Een streven dat werd belemmerd door drie ontwikkelingen.

Ten eerste kampte de thuiszorg met het 'gewone' karakter als publieke vervanging voor private handelingen, waardoor het onderscheid tussen formele zorg en informele zorg vaag bleef (Etzioni, 1969) en het beroep moeilijk af kwam van een 'zwakke' professionele status (Knijn & Verhagen, 2004). Ten tweede was het politieke en maatschappelijke klimaat ongunstig. In de jaren '70 stonden westerse verzorgingsstaten onder druk. Vanuit neoliberale hoek ontstond kritiek op de oplopende kosten van publieke diensten (waaronder de thuiszorg) (Van Dalen, 2012). Vanuit sociaal-culturele hoek kwam kritiek op de groeiende macht van professionals in het publieke domein (Van Foucault, 1977; Illich, 1997; Achterhuis, 1980). Met betrekking tot de gezondheidszorg stelde Illich (1977) dat in plaats van het verbeteren van de gezondheid van burgers, de gezondheidszorg deze ondermijnt. Enerzijds door de neveneffecten van medische behandelingen, anderzijds door de paternalistische inmenging van professionals op de autonomie van burgers (Illich, 1977). Daarnaast stelde Achterhuis (1980) dat publieke diensten burgers zouden afleren om voor zichzelf te zorgen. Publieke diensten zouden hospitaliserend werken, omdat de vraag naar voorzieningen zich aan het aanbod zou aanpassen en door gewenning tot een hulpafhankelijk zelfbeeld kon leiden. Ten derde zou de mondialiserende arbeidsmarkt gepaard gaan met nieuwe risico's, die traditionele mechanismen van sociale bescherming onvoldoende toereikend zou maken (Beck, 1992). In de postindustriële samenleving zouden burgers los van de instituties van de verzorgingsstaat tot zelfontplooiing moeten komen en manieren moeten vinden om met de nieuwe risico's om te gaan. Dit zou mogelijk zijn door meer aan de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de markt over te laten (Tonkens, 2010).

In reactie op deze ontwikkelingen kozen wijkverpleegkundigen (en welzijnswerkers) ervoor om begin jaren '80 met termen als empowerment, eigen kracht en het stimuleren van zelfzorg (zelfredzaamheid) de professie aan te laten sluiten op het maatschappelijke en politieke klimaat door de autonomie van burgers centraal te stellen (Van der Zee et al, 1994; Tonken, 2006; Duyvendak, 2009). Wijkverpleegkundigen bleken net als andere semiprofessionele beroepen echter onvoldoende in staat om weerstand te bieden aan de opkomst van de verzakelijking en het managementdenken (new public management), dat onder de vleugels van de neoliberale denken en sociaal-culturele kritieken op de verzorgingsstaat (en haar professionals) ingang vond tot de publieke sector (Knijn & Verhagen, 2003).

1.2.2 De verzakelijking van de thuiszorg

In de thuiszorg kwam dit tot uiting in de wens om de kosten van de AWBZ te verlagen en de kwaliteit te verhogen (Jansen et. al, 1996; Meurs & van Grinten, 2005). Beleidshervormingen leidden tot de introductie van marktgerichte prikkels en competitie binnen de thuiszorg (Dekker 2004). Het algemene idee was dat de thuiszorg doelmatiger kon worden georganiseerd door een omslag te maken van inputfinanciering naar outputfinanciering. Aanbieders van thuiszorg zouden niet langer een jaarlijkse bijdrage moeten ontvangen om de thuiszorg te organiseren, maar zouden meer prikkels moeten ervaren om de kwaliteit en doelmatigheid van de dienstverlening te verhogen. Door de introductie van 'zorgproducten' werd verondersteld dat de kosten verlaagd zouden kunnen worden door de beschikbaarheid van middelen direct te koppelen aan de financiële gevolgen van dienstverlening. Daarnaast zou de afstemming van zorgproducten op de individuele zorgvraag de kwaliteit van zorg vergroten en zou de transparantie toenemen door toegenomen vergelijkbaarheid van zorgaanbieders (Jansen et. al, 1996).² Deze beleidshervormingen hadden verschillende gevolgen.

Ten eerste hadden de beleidshervormingen de deprofessionalisering en taylorisering van het beroep van wijkverpleegkundigen ingeluid. Hiermee wordt bedoeld dat de professie van wijkverpleegkundigen werd opgedeeld in kleinere onderdelen, zoals: wassen en aankleden, steunkousen aantrekken, injecteren, incontinentiezorg en dementiezorg. Daarnaast leidde dit tot de behandeling van thuiszorgmedewerkers als productiemedewerkers en de opkomst van de macht van managers (en planners) (Tonkens, 2003). De algemene gedachte was dat verschillende elementen van de thuiszorg uitgevoerd moesten worden door de meest geschikte uitvoerende op de meest geschikte wijze. Als gevolg hiervan werden gespecialiseerde taken weggelegd voor voormalige wijkverpleegkundigen (Jansen et al. 1997).³ Daarnaast werd onder druk van cliëntenorganisaties het indiceren, het wettelijk vastleggen van de dienstverlening, losgekoppeld van zorgaanbieders, omdat de belangen van zorgaanbieders (inkomsten) en cliënten (adequate zorg) strijdig konden zijn. Dit leidde achtereenvolgens tot de oprichting van Regionale Indicatie Organen (RIO) en het Centrum Indicatie Zorg (CIZ)⁴, die tot doel hadden de zorgvraag van cliënten neutraal en objectief te beoordelen (De Blok & Van Pool, 2010). Gedurende de jaren '00 kwam er kritiek op deze ontwikkelingen.

² Bijvoorbeeld door benchmarking.

³ Specialisatie kan worden gezien als een vorm van deprofessionalisering, omdat medewerkers de zeggenschap krijgen over een kleiner aspect van het werk. Dit opknippen zou vervolgens de invloed van het management vergroten (Diefenbach, 2009)

⁴ Het ciz is een zelfstandig bestuursorgaan.

Ten eerste was de markt van de langdurige zorg geen vrije markt, maar een gereguleerde markt, waarin de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) de maximumtarieven bepaalde en toezicht hield op de kwaliteit. Als gevolg hiervan werd de strategische ruimte van zorgaanbieders beperkt. Om binnen de gereguleerde markt een stabiele marktpositie te genereren kozen veel zorgaanbieders voor schaalvergroting (fusies en overnames), omdat hierdoor de concurrentie verminderd werd, de onderhandelkracht met zorgkantoren versterkt werd⁵ en schaalvergroting kon leiden tot innovatiekracht (Almekinders, 2006). De implicatie hiervan was dat zorgaanbieders met oog op het doelmatig uitvoeren van ‘zorgproducten’ de kenmerken kregen van machineorganisaties (Ipenburg, 2011), met hoge kosten aan overhead (zoals: managers en planners), die werden bekostigd vanuit de AWBZ. Ten tweede leidde het tot een situatie waarin zorgverleners zich vooral richtten op het doelmatig uitvoeren van gestandaardiseerde zorgtaken, zoals: ‘8 minuten voor het aantrekken van steunkousen’ of ‘15 minuten voor het wassen en aankleden’. Een algemene kritiek hierop was dat de werkelijke zorgvraag van cliënten hierdoor vaak over het hoofd werd gezien, omdat coördinatie ontbrak. Hieraan gerelateerd zouden thuiszorgmedewerkers zich vervreemden van hun werk, omdat zij de verbinding met de burger en de zorg verloren (Tonkens, 2003; De Blok en Pool, 2010; Van Dalen, 2012). Daarnaast kwam er kritiek op de toegenomen bureaucratie. Enerzijds had dit betrekking op de vele verantwoordingsmechanismen vanuit toezichthouders om transparantie binnen de gereguleerde markt te vergroten. Anderzijds had dit betrekking op de onafhankelijke indicatieorganen (Ipenburg, 2011). Het op afstand plaatsen van indicaties leidde tot frustraties bij thuiszorgmedewerkers, die iedere aanpassing van een zorgvraag administratief moesten overbruggen vanuit bureaucratische criteria (Peeters & Francke, 2007). De reactie hierop, het mandateren van zorgaanbieders om zelf indicaties te stellen leidde niet tot de beoogde uitkomsten, omdat zorgaanbieders de zorgvraag van cliënten op papier verhoogden. Vooral in de thuiszorg was dit ‘upcoden’ een probleem (Zorgvisie, 2014).⁶ Bovengenoemde punten leidden tot de meer algemene kritiek dat beleidshervormingen in de jaren ’90 en ’00 onsuccesvol waren en er nieuwe manieren gevonden moest worden om de thuiszorg doelmatiger te organiseren (Tonkens & Verplancke, 2010).

1.2.3 Professionalisering en vermaatschappelijking van de thuiszorg

De hervorming van de langdurige zorg en meer specifiek de thuiszorg kan worden begrepen als een manier om de perverse effecten van de beleidshervormingen in de jaren ’90 en ’00 te verhelpen. Deze reactie kan het beste worden omschreven als een verschuiving van aanbodgericht maatwerk op basis van bureaucratische criteria en zorgproducten naar dialooggericht maatwerk op basis van professionele autonomie en eigen verantwoordelijkheid (Rijksoverheid, 2014) en wordt ook wel aangeduid als de ‘transitie’ van de langdurige zorg (Rotmans, 2012).⁷ Waar ‘zorgproducten’ op afstand konden worden beoordeeld, omdat deze vooral inzicht vereisten in de medische kenmerken van een burger, vereist eigen verantwoordelijkheid meer professionele beoordeling. In termen van Hasenfeld (1983) krijgt de thuiszorg naast een people-processingtechnologie (het beoordelen van een zorgvraag) en een people-sustainingtechnologie (het voorkomen van verslechtering) tevens een people-changingtechnologie (het beoordelen van gedragspatronen), wat om meer professionele autonomie van publiek dienstverleners vraagt (Hasenfeld, 1983). Deze verschuiving is gepaard gegaan met de reprofessionalisering van de wijkverpleegkundigen, die per 1 januari 2015 de indicaties stellen binnen het domein van de thuiszorg (Zvw) (SCP, 2015; Rijksoverheid, 2014).

⁵ Zorgkantoren kopen de zorg in namens de Rijksoverheid en zijn zelfstandige bestuursorganen.

⁶ De verdenking van ‘upcoding’ was een van de redenen waarom de onafhankelijke indicatieorganen werden opgericht.

⁷ Deze verschuiving kan begrepen worden in het licht van een bredere verschuiving van westerse verzorgingsstaten waarin steeds meer vormen van publieke dienstverlening gericht zijn op het activeren van kwetsbare burgers (o.a. Giddens, 1998; Gilbert, 2004).

1.3 Zorgaanbieders onder druk

Als gevolg van de beschreven ontwikkelingen staan zorgaanbieders, die in de jaren '90 en '00 sterk zijn gegroeid, onder druk (BSD-Groep, 2014). Ten eerste zijn veel zorgaanbieders ingericht als machineorganisaties (Ipenburg, 2011), waarin veel macht bij het management ligt en deze organisaties veelal zijn ingericht op het uitvoeren van standaardproducten. Hieraan gerelateerd is het opleidingsniveau van de uitvoerende kern van veel van deze aanbieders relatief laag en zijn uitvoerende werkzaamheden opgesplitst als gevolg van de nadruk op kostenbeheersing. De implicatie van beide is dat er professionalisering binnen een gedeprofessionaliseerde organisatie wordt gevraagd. Een tweede reden waarom zorgaanbieders onder druk staan, is de veronderstelde illegitimiteit van de organisatiestructuren van deze zorgaanbieders, waarin bureaucratie zou overheersen, hoge kosten worden gemaakt aan overhead, de coördinatie van de zorg achterblijft en medewerkers van hun werk vervreemden (bijv. Tonkens, 2003; Van Heijst, 2005; De Blok & Van Pool, 2010; Rotmans, 2012). Ten derde betreft dit de onzekerheid die het domein van de thuiszorg kenmerkt. Naast algemene onvrede over de interne structuur van zorgaanbieders heeft Buurtzorg Nederland laten zien dat zij met zelfsturende teams van relatief hoger opgeleide (wijk)verpleegkundigen met veel regelruimte, lage kosten aan overhead en de nadruk op zelfredzaamheid, de thuiszorg doelmatiger kan leveren tegen een hogere kwaliteit (KPMG, 2014; VWS, 2015). Binnen het domein van de thuiszorg wordt Buurtzorg gezien als de 'best practice' en kan de reprofessionalisering van wijkverpleegkundigen tevens worden gezien als de institutionalisering van Buurtzorg (Zorgvisie, 2014).

Terwijl de bezuinigingen van de Rijksoverheid gebaseerd zijn op de veronderstelling dat dialooggerichte zorg, professionele autonomie en eigen verantwoordelijkheid bijdraagt aan doelmatige thuiszorg, heerst er binnen het domein onduidelijkheid over het verhaal achter de cijfers (VWS, 2015; KPMG, 2015). Deze observatie staat niet op zichzelf. Vanaf de invoering van de Wmo in 2007 is er een trend te zien waarin de concepten zelfredzaamheid en zelfregie vooral als mantra's worden herhaald en vaak enkel op metaniveau worden besproken zonder nadrukkelijk stil te staan bij de praktische invulling hiervan (Vlind, 2012; Peeter & Coïnen, 2013; De Brabander, 2013; Gezondheidsraad, 2009). Het is vanuit dit perspectief niet verwonderlijk dat veel (grote) zorgaanbieders de doelmatigheidskortingen van zorgverzekeraars, die gebaseerd zijn op deze onduidelijkheden, als onredelijk ervaren (Actiz, 2015). Desalniettemin hebben veel zorgaanbieders de inkoopwettelijke en doelmatigheidskortingen (volumekortingen en tariefkortingen) van zorgverzekeraars noodgedwongen geaccepteerd. Deze combinatie van de onduidelijkheid binnen het domein en doelmatigheidskortingen kan een verklaring zijn voor de observaties van Actiz (2014;2015) en BDO-groep (2014) dat veel grote zorgaanbieders een defensieve strategie hanteren ten aanzien van de hervormingen binnen de thuiszorg door te schrappen in de overhead, het uitstellen van investeringen en het starten met zelfsturende teams.

1.4 De invoering van zelfsturende teams als gerationaliseerde mythe?

Meyer & Rowan (1977) hebben bijna veertig jaar geleden laten zien hoe interne structuren van organisaties naast de focus op doelmatigheid, tevens een symbolische functie kunnen hebben. Hiermee wordt bedoeld dat binnen een bepaalde organisatiecontext slechts enkele organisatiestructuren als doelmatig en daardoor als rationeel worden ervaren, terwijl de doelmatigheid hiervan beperkt geëvalueerd en geproblematiseerd wordt. Dit kan ertoe leiden dat de rationaliteit vooral wordt bevestigd door symbolische herhalingen op metaniveau. Indien deze worden geïnstitutionaliseerd, leidt dit tot druk voor organisaties om deze interne structuur over te nemen. Het uitblijven hiervan kan namelijk als irrationeel wordt ervaren, wat een gevaar kan vormen voor het verkrijgen van (publieke)

middelen en het voortbestaan van organisaties (Meyer & Rowan, 1977). De observatie van Meyer & Rowan (1977) is relevant met betrekking tot de hervorming van de thuiszorg, omdat de voorwaarden lijken te bestaan voor 'gerationaliseerde mythen'. Immers, er is sprake van een illegitieme organisatiestructuur (machineorganisaties), er is sprake van een legitieme organisatiestructuur (zelfsturende teams), de legitieme organisatiestructuur is geïnstitutionaliseerd (de reprofessionalisering van wijkverpleegkundigen en doelmatigheidskortingen) de legitieme organisatiestructuur is omringd door onzekerheden en beperkte evaluaties (KPMG, 2014; VWS, 2015) en er vindt symbolische reproductie plaats van beleidsconcepten (zelfredzaamheid en zelfregie).

1.5 Probleemstelling

De (verdenking) van een 'gerationaliseerde mythe' vraagt om nader onderzoek naar de implicatie van beleid op organisaties uitvoering geven aan beleid, omdat 'gerationaliseerde mythen' gerelateerd worden aan ondoelmatigheid en perverse gevolgen (Meyers & Rowan, 1977). Dit is problematisch, omdat deze (mogelijke) perverse gevolgen kunnen hebben voor meer dan 270.000 burgers die zorg ontvangen vanuit voormalige machineorganisaties (Ipenburg, 2011). In dit onderzoek wordt onderzocht of er sprake is van een gerationaliseerde mythe bij de invoering van zelfsturende teams in de thuiszorg, alsmede de effecten hiervan. Hieraan gerelateerd levert dit onderzoek op drie niveaus bijdragen aan de maatschappelijke discussie en wetenschappelijke literatuur.

Ten eerste levert dit onderzoek een bijdrage aan het 'verhaal' achter de cijfers van de thuiszorg, waar zowel binnen het domein van de langdurige zorg (VWS, 2015) als binnen de wetenschappelijke literatuur behoefte aan is (Alaison, 2009). Enerzijds heeft de dialoog binnen de thuiszorg de laatste jaren beperkte wetenschappelijke aandacht gekregen, omdat het indicatieproces binnen westerse verzorgingsstaten op afstand is geplaatst (Alaison, 2009). Anderzijds is er in de literatuur over de activerende dimensie van publieke dienstverlening vooral aandacht besteed aan het activeren van burgers richting de arbeidsmarkt (Adler, 2006; Jewell, 2007; Sainsbury, 2008; Thoren, 2008; Van der Aa, 2012). De implicatie hiervan is dat de wetenschappelijke literatuur vooral gericht is op de vraag of publieke dienstverlening binnen de activerende verzorgingsstaat gekenmerkt wordt door people changing of people processing sociale technologieën (Van der Aa, 2012), terwijl in thuiszorg ook people sustaining sociale technologieën een rol spelen (Riggio, 2004). Met andere woorden ontbreekt het in de literatuur vrijwel volledig aan onderzoek naar de praktische invulling van zelfregie zelfredzaamheid van kwetsbare burgers binnen de thuiszorg. De implicatie hiervan is dat deze concepten in wetenschappelijke en bestuurlijke discussies vaak enkel vanuit aannames op metaniveau besproken worden en een 'black box' van beleidsimplementatie vormen (De Brabander, 2013; Vlind, 2012; Gezondheidsraad, 2009; Lipsky, 1980). Door te vertrekken vanuit een street-level-bureaucracyperspectief (Lipsky, 1980) wordt getracht de betekenis van deze aspecten in de praktijk te onderzoeken.

Ten tweede werpt dit onderzoek licht op de professe van de thuiszorg, die zoals eerder aangegeven een ontwikkeling van deprofessionalisering naar reprofessionalisering doormaakt. Dit is relevant, omdat verwacht kan worden dat deze professe een zwakke professionele status kenmerkt door de vage grens tussen de formele en informele dimensie van de dienstverlening (Knijn & Verhagen, 2004; Martin-Matthews, 2007; Hasenfeld, 1993) en de deprofessionalisering van de thuiszorg in de jaren '90 en '00. Hieraan gerelateerd biedt dit onderzoek inzicht in organisatiecontext waarbinnen de thuiszorg wordt uitgevoerd. Veel aanbieders worden gekenmerkt als machineorganisaties (De Blok & Van Pool, 2010). Er kan verwacht worden dat de thuiszorg momenteel wordt uitgevoerd binnen een complexe organisatiecontext. Het is onduidelijk hoe professionele elementen en

bureaucratische elementen zich hierbinnen tot elkaar verhouden. Vanuit deze focus levert de thesis een bijdrage aan de literatuur rondom ‘organized professionalism’ (Noodergraaf, 2011) waarin dit spanningsveld centraal staat.

Ten derde levert dit onderzoek een bijdrage aan de literatuur over verandermanagement in de publieke sector. Alhoewel beleidshervormingen in de (semi)publieke sector en vooral binnen de langdurige zorg een veelvoorkomend verschijnsel zijn, wordt er binnen de bestuurskundige literatuur weinig aandacht besteed aan het veranderproces binnen publieke organisaties (Kickert, 2010; Kuipers et al., 2014). Naast enkele voorbeelden (bijv. Karp & Helogo, 2008; Sminia & Van Nistelrooij, 2006) staat de literatuur rondom beleidshervormingen los van de literatuur over verandermanagement. Hierdoor worden beleidshervormingen vooral op sectorniveau of op nationaal niveau bestudeerd (bijv. Politt & Bouckaert, 2004), terwijl beleidshervormingen en de gevolgen hiervan voor uitvoerende organisaties met elkaar verbonden zijn (Friedman, 2006). Een tweede probleem betreft de observatie dat de literatuur over verandermanagement veelal gericht is op organisatieveranderingen binnen de private sector, terwijl de specifieke karakteristieken van publieke organisaties andere eisen stellen aan verandermanagement (Boyne, 2006; McNulty & Ferlie, 2004; Isset et al., 2013; Fernandez & Rainey, 2006). Er is op basis van het voorgaande behoefte aan onderzoek dat de specifieke context van de publieke sector op het veranderproces van (semi) publieke organisaties centraal stelt (Kickert, 2014; Van der Voet et al., 2014).

Om in bovenstaande maatschappelijke en theoretische behoeften te voorzien is gekozen om in deze thesis te vertrekken vanuit het contextualismeperspectief op organisatieveranderingen (Pettigrew, 1985;1990). Dit wetenschappelijke perspectief heeft de laatste jaren in zowel de private sector (bijv. Beulens & devos, 2006) als de publieke sector (bijv. Kuipers et al., 2014) veel aandacht gekregen. In het contextualismeperspectief staan ‘generieke mechanismen’ centraal die het gevolg zijn van de interactie tussen het veranderproces, de verandercontext en de veranderinhoud (Pettigrew, 1985). Later is door verschillende auteurs leiderschap als vierde variabele toegevoegd (bijv. Higgs & Rowland, 2010; De Witte & Jonker, 2012). Iedere variabele is gerelateerd aan een vraag (Eisenbach et al., 1999):

- Waarom verandert een organisatie? (de context)
- Hoe verandert een organisatie? (het proces)
- Wat verandert er binnen een organisatie? (de inhoud)
- Wie verandert er binnen een organisatie? (leiderschap)

De algemene doelstelling van het contextualisme is om onderzoeken rondom organisatieveranderingen minder te baseren op veronderstellingen over veranderingen en meer op het proces van verandering binnen een specifieke context (Pettigrew, 1985).

In dit onderzoek wordt het contextualismeperspectief toegepast op Stichting Humanitas (hierna: Humanitas), een zorgaanbieder in de Regio Rotterdam met een marktaandeel van 10-20 procent (Nza, 2013) Humanitas is een voorbeeld van een grote zorgaanbieder, die als gevolg van beleidshervormingen in de jaren '90 en '00 is gegroeid tot een machineorganisatie⁸. Daarnaast is Humanitas in 2013 gestart met de invoering van zelfsturende teams in de thuiszorg, waarbinnen de nadruk op zelfredzaamheid en zelfregie wordt gelegd (Stichting Humanitas, 2015). In deze thesis zullen de effecten van deze organisatieverandering centraal staan, waarbij de volgende probleemstelling is geformuleerd.

⁸ Hierme wordt bedoeld dat Humanitas de kenmerken had van een hiërarchische structuur met boven de uitvoerende kern een raad van bestuur: teamleiders, managers, directeuren en een raad van bestuur (Ipenburg, 2011).

Hoe kan de verandercontext, het veranderproces, de veranderinhoud en leiderschap bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas worden beschreven? Welke ‘generieke mechanismen’ zijn hiervan het gevolg?

Deze probleemstelling kan zoals eerder aangegeven, worden opgedeeld in verschillende deelvragen (Eisenbach et al. 1999).

- Deelvraag 1: Waarom implementeert Stichting Humanitas zelfsturende teams in de thuiszorg?
- Deelvraag 2: Wat verandert er bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?
- Deelvraag 3: Hoe verandert Stichting Humanitas bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg?
- Deelvraag 4: Wie zijn betrokken bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?
- Deelvraag 5: Welke ‘generieke mechanismen’ zijn het gevolg van de verandercontext, de veranderinhoud, het veranderproces en leiderschap bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?

1.6 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch raamwerk gepresenteerd, dat richting zal geven aan het empirisch onderzoek. Hierin zal eerst een bespreking volgen van het contextualismeperspectief van Pettigrew (1985), welke vervolgens zal worden ingekaderd door bestaande theorieën. In iedere paragraaf zal de relevantie van de theorie besproken worden ten aanzien van de casus. Tot slot zullen de theoretische concepten worden samengevat in een conceptueel model. In hoofdstuk 3 zal een bespreking volgen van de methodologie en operationalisering, waarin zal worden stilgestaan bij de strategieën die zijn toegepast om de probleemstelling te beantwoorden. In hoofdstuk 4 zal een bespreking volgen van de resultaten van het onderzoek, waarin afzonderlijk zal worden stilgestaan bij de rol van de verandercontext, het veranderproces, de veranderinhoud en leiderschap (deelvraag 1/tm 4). In hoofdstuk 5 worden de ‘generieke mechanismen’ gepresenteerd die hier en gevolg van zijn (deelvraag 5). In hoofdstuk 6 volgt de conclusie van deze thesis. Tot slot worden er in hoofdstuk 7 aanbevelingen gepresenteerd voor Stichting Humanitas.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een bespreking van het theoretisch kader. In de volgende paragraaf zal eerst een uiteenzetting volgen van het contextualismeperspectief. In de paragrafen die hierop volgen, zal worden ingegaan op meer specifieke benaderingen, die binnen dit perspectief gehanteerd worden.

2.2 Het contextualismeperspectief

Vanuit het contextualismeperspectief wordt de wereld gezien als een collectie van gebeurtenissen in hun unieke setting. Het erkent het lokale karakter van de waarheid, in zowel tijd als ruimte, waarbij de waarheid wordt gevonden door kwalitatieve bevestiging van betrokkenen. Pettigrew (1985) ziet proces als de opeenvolging van gebeurtenissen die zowel uit continuïteit als verandering bestaan (Pettigrew, 1985;1990). Het verklaren van effecten van veranderingen komt neer op het identificeren van een onderliggende logica van een specifiek en herhaaldelijk proces, die generieke mechanismen worden genoemd (Pettigrew, 1990). In abstracte termen gaat de benadering van Pettigrew uit van de structuratietheorie van Giddens (1982) om herhaaldelijke patronen in een proces te zien. De structuratietheorie gaat uit van het idee dat sociale processen gevormd worden door sociale structuren, maar sociale processen tevens een effect hebben op het reproduceren en veranderen van de sociale structuur. Generieke mechanismen kunnen worden gezien als een meer algemene lezing van een sociaal proces, binnen een lokale en tijdgebonden sociale structuur (Tsoukas, 1989).

Een belangrijk kenmerk van het contextualisme is dat de benadering niet samengaat met een duidelijk omschreven methodologie. Het contextualisme kenmerkt zich door een schetsmatig karakter, waarin zowel inductieve methoden als deductieve methoden van onderzoek worden gehanteerd. Een puur inductieve benadering, waarin alles binnen een casus wordt vastgelegd, doet recht aan de contextuele aard van het veranderproces, maar kan ook leiden tot dataverstikking (Sminia, 2009). Een sterk deductieve benadering kan leiden tot onderzoeken, die te veel zijn gebaseerd op veronderstellingen en te weinig recht doen aan de contextuele aard van veranderprocessen (Pettigrew, 1990). De oplossing van Pettigrew (1985) is het introduceren van een theoretisch vocabulair dat de onderzoeker kan helpen om zich te gidsen door de contextuele rijkdom van een organisatie. Hierbij ziet hij de verandercontext, de veranderinhoud en het veranderproces als noodzakelijke aspecten, die afhankelijk van de context van een organisatie ingekaderd kunnen worden door meer specifieke theorieën. Samen met het leiderschapsaspect, zullen deze in de volgende paragrafen worden uiteengezet.

2.3 De Verandercontext

De verandercontext is een variabele die gericht is op de vraag ‘waarom’ veranderingen binnen organisaties plaatsvinden (Eisenbach et al., 1999). Betreffende de context maakt Pettigrew (1985;1990) onderscheid tussen de externe context en de interne context van organisaties. De externe context verwijst naar de sociale, economische en regulatieve omgeving waarin organisaties zijn ingebed. De interne context verwijst naar de organisatie zelf en meer specifiek de structuur, cultuur, organisatiepolitiek en de verdeling van middelen (Pettigrew, 1990).

Om de externe context te bespreken wordt de neo-institutionele benadering (bijv. Meyer & Rowan, 1977; Di Miaggio & Powell, 1983) en de literatuur over institutionele logica's (bijv. Pache & Santos, 2012) besproken, omdat deze de laatste jaren de meest dominante benaderingen zijn bij het bestuderen van de externe context van publieke organisaties (Kuipers et al., 2014). Om de interne context te bestuderen zal gebruik worden gemaakt van de configuratietheorie van Mintzerg (1983), die binnen de publieke sector vaak wordt gebruikt om organisatiestructuren en organisatiepolitiek te bestuderen. Daarnaast wordt de street-levelbureaucracy literatuur besproken (Lipsky, 1980), omdat verwacht kan worden dat de interne structuur van zorgaanbieders slechts deels de effecten van organisatieveranderingen bepalen. Immers, thuiszorgmedewerkers werken een groot deel van hun tijd buiten de muren van een organisatie en binnen de private thuisomgeving van burgers, waarin zij een mate van beslisruimte ervaren (Hasenfeld, 1993).

2.3.1 De neo-institutionele benadering

De institutionele benadering heeft zich ontwikkeld in twee fases. In de eerste fases (het ‘oude institutionalisme’) worden organisaties gezien als instituties met specifieke betekenissen, waarden en legitimiteit ten aanzien van het handelen door medewerkers en besluitvormers (Selznick, 1957). Later ontstond het ‘neo-institutionalisme’ (Di Miaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977) dat gericht is op externe actoren die organisaties confronteren met waarden en verwachtingen. Als gevolg hiervan verschoof het niveau van analyse van de organisaties (en wat daarbinnen gebeurt) naar het organisatieveld (het netwerk) van organisaties en de nadruk op de verspreiding van systemen van normen, regels en praktijken over verschillende organisaties. De algemene observatie van deze benadering is dat besluitvormers binnen organisaties beperkt worden, omdat slechts een beperkt aantal handelingen als legitiem worden ervaren binnen een organisatieveld. Bijvoorbeeld, omdat deze beantwoorden aan ideeën over rationeel handelen of maatschappelijke trends (DiMiaggio & Powell, 1983). Als gevolg hiervan opereren organisaties niet enkel vanuit interne doelmatigheid, maar tevens vanuit een symbolische dimensie, waarin het extern legitimeren van de organisatie centraal staat (Scott, 2001). Indien ideeën over rationaliteit en feitelijke rationaliteit verward worden, kunnen er gerationaliseerde mythen ontstaan. Dit zijn organisatiestructuren die als rationeel worden bestempeld binnen een organisatieveld, maar waarvan het grotendeels onduidelijk is of deze in de praktijk tot vergrote doelmatigheid leiden en deze bovendien nauwelijks worden geëvalueerd of geproblematiseerd (Meyer & Rowan, 1977). De verklaring hiervoor is dat de waarheid van de mythe bevestigd wordt door de reproductie van overtuigingen en het institutionaliseren hiervan. Het falen van het incorporeren van gerationaliseerde elementen kan worden gezien als nalatig en irrationeel handelen van organisaties en kan een gevaar vormen voor langdurige overleving, omdat publieke middelen (bijv. subsidies of contracten), vaak enkel worden verstrekt aan organisaties die sociaal aanvaard handelen (Scott, 2001). De

implicatie van de symbolische dimensie van de context van organisaties is dat in veel domeinen vaak een zekere stabiliteit ontstaat, omdat organisaties zich gaan structureren naar legitiem geachte organisatiestructuren en afstand doen van illegitiem geachte organisatiestructuren. Dit proces wordt in de literatuur isomorfisme genoemd en kan op drie wijzen ontstaan (Powell & DiMaggio, 1983)

- Dwingend isomorfisme: Het eerste mechanisme dat leidt tot isomorfisme is dwingend isomorfisme. Dit betekent dat actoren in de externe omgeving, zoals de politiek, zorgverzekeraars of andere toezichthouders de beschikking hebben over middelen die organisaties nodig heeft om te kunnen overleven. Dit leidt tot situaties waarin organisaties hun structuur in lijn brengen met deze machtige actoren (Di Miaggio & Powell, 1983). Daarnaast verwijst dit naar de situatie waarin een organisatie moet voldoen aan culturele en normatieve verwachtingen vanuit de gemeenschap. Indien deze dwingende institutionele druk invloed heeft op verschillende organisaties binnen hetzelfde domein, kan dit leiden tot een proces van isomorfisme (Powell & DiMiaggio, 1983).⁹
- Mimetisch isomorfisme: Het tweede mechanisme dat aanzet tot isomorfisme is mimetisch isomorfisme. Dit betekent dat organisaties de organisatiestructuur van de meest legitiem geachte organisatie uit onzekerheid overnemen (Di Miaggio & Powell, 1983). Mimetisch isomorfisme is gerelateerd aan de eerder genoemde 'gerationaliseerde mythe', waarin uit onzekerheid een interne structuur wordt overgenomen, zonder dat vooraf precies duidelijk is hoe deze tot vergrote doelmatigheid zal leiden (DiMiaggio & Powell, 1983).
- Normatief isomorfisme: Het derde mechanisme dat aanzet geeft tot isomorfisme is normatief isomorfisme. Dit verwijst naar de situatie waarin professionals binnen (publieke) organisaties hun kennis, expertise en socialisatie binnen een beroepsgroep binnen brengen in een organisatie. Dit kan vervolgens leiden tot isomorfisme, omdat deze extern gevormde professionals verspreid worden over organisaties binnen hetzelfde organisatieveld.

⁹ Dwingend isomorfisme is gerelateerd aan de bronafhankelijkheidsbenadering. Deze benadering stelt dat organisaties geneigd zijn om te beantwoorden aan de eisen van actoren die schaarse middelen verdelen. Door het beantwoorden aan deze eisen wordt geprobeert om als organisatie te overleven (Pfeffer en Salancik, 1978).

2.3.2 Institutionele logica's

Recent onderzoek heeft de neo-institutionele benadering genuanceerd. Volgens Thornton et al., (2012) worden organisatievelden weliswaar gedomineerd door legitiem geachte handelingen en symbolische reproducties, maar kunnen deze organisatievelden van publieke organisaties tevens teruggebracht worden tot een set van institutionele sectoren, namelijk: de markt, de staat, de gemeenschap, de familie, de professie en de corporatie. Iedere sector heeft zijn eigen logica of rationaliteit. Hiermee wordt bedoeld dat iedere logica gebaseerd is op onderscheidende culturele symbolen, materiële praktijken, waarden en overtuigingen, die individuen binnen organisaties aanzetten tot bepaalde handelingen (Thornton et al., 2012). Deze logica's zijn verankerd in bronnen van legitimiteit, autoriteit en identiteit. De implicatie van deze benadering is dat door instituties te theoretiseren als pluraal, de analyse van de externe context van organisaties minder deterministisch van aard wordt en zich meer richt op de wijze waarop organisaties beantwoorden aan verschillende logica's. Dit leidt er tevens toe dat de aandacht van het organisatieveld zich meer richt naar de interne context van organisaties, waarin verschillende logica's worden beheerst (Pratt & Foreman, 2000; Kraatz & Block, 2008).¹⁰ Organisaties kunnen vanuit deze benadering worden gezien als sociale entiteiten, waarin institutionele logica's interacteren met de actoren binnen organisaties (Meyer & Hammerschmidt, 2006). Omdat institutionele logica's normatieve betekenis verlenen worden waarden en overtuigingen binnen organisaties verschillend ervaren. Zo kan de marktlogica de nadruk leggen op inkomsten en een stabiele marktpositie, terwijl de professionele logica meer vertrekt vanuit een beroepsethiek. Tot slot legt de benadering nadruk op historische contingentie (Friedland & Alford, 1991). De dominante logica, zijn manifestatie in een organisatie, de ruimte die het geeft voor strategisch gedrag en de materiële en symbolische aspecten worden beïnvloed door een ruimtelijke en tijdelijke setting. Een voorbeeld hiervan is de veranderde relatie tussen de logica van de markt en de staat, die veranderde met de opkomst van het new public management in de thuiszorg. In de literatuur rondom institutionele logica's hebben Fossetol et al. (2015) een typologie gepresenteerd, die onderzoekers handvatten biedt om de verschillende manieren waarop organisaties antwoord geven op verschillende institutionele logica's te beschrijven.

- Het negeren van een logica: Een eerste reactie is het reduceren van de complexiteit van verschillende logica's door de focus te leggen op een dominante logica en anderen te negeren, te ontwijken of deze symbolisch te volgen. Deze categorie heeft als gevolg een gebrek aan hybridisering, en het kan ertoe leiden dat een logica dominant wordt door de tijd heen. Hier vindt geen hybriditeit plaats, wat vergeleken kan worden met de 'generationaliseerde mythe' (lees: Meyer & Rowan, 1977).
- Het scheiden van logica's: De tweede reactie betreft het scheiden van logica's binnen een organisatie, ofwel hier onafhankelijk van elkaar aan beantwoorden. Deze categorie kan leiden tot spanningen, wanneer logica's niet volledig van elkaar gescheiden zijn binnen een organisatie. Dit wordt ook wel negatieve hybriditeit genoemd.
- Het integreren van logica's: De derde reactie betreft het integreren van logica's binnen uitvoerende processen door de complexiteit creatief te managen en aan te passen binnen een organisatiecontext. Dit wordt ook wel positieve hybriditeit genoemd.
- Ad hoc beantwoorden aan logica's: De vierde reactie betreft het ad hoc beantwoorden aan de logica die

¹⁰ De literatuur over institutionele logica's wordt ook wel een synthese tussen het neo-institutionalisme en het oude institutionalisme genoemd (Dennis et al., 2015).

het meeste van de organisatie eist op een bepaald moment. Dit wordt ook wel ad hoc hybriditeit genoemd.

2.3.3 Relevantie met betrekking tot het onderzoek

In hoofdstuk 1 is reeds aangegeven dat de implementatie van zelfsturende teams binnen veel grote zorgaanbieders aan voorwaarden voldoet die kunnen leiden tot ‘gerationaliseerde mythen’ (Meyer & Rowan, 1977). Hieraan gerelateerd kunnen verschillende vormen van isomorfisme een rol spelen binnen zorgaanbieders. Zo kan de introductie van wijkverpleegkundigen binnen het domein van de Zvw begrepen worden als gedwongen isomorfisme, omdat zorgaanbieders verplicht zijn gesteld om wijkverpleegkundigen in dienst te nemen (Rijksoverheid, 2014). Hetzelfde geldt voor de situatie waarin zorgaanbieders grotendeels gedwongen zijn om zich aan te passen aan de inkoop-eisen en doelmatigheidskortingen van zorgverzekeraars (Actiz, 2015). De aanstelling van wijkverpleegkundigen kan tevens worden begrepen als normatief isomorfisme, omdat zorgaanbieders verplicht worden om hen aan te stellen en daardoor deze professionals (en hun normen en waarden) te incorporeren in de organisatiestructuur. Het is bovendien goed mogelijk dat de implementatie van zelfsturende teams binnen aanbieders van thuiszorg kan worden begrepen als mimetisch isomorfisme, omdat de implementatie hiervan begrepen kan worden vanuit het imiteren van de meest legitiem geachte organisatiestructuur (lees: Buurtzorg).

Daarnaast kan verwacht worden dat institutionele logica's een rol spelen, omdat de huidige context van zorgaanbieders een domein is waarin verschillende logica's kunnen worden geobserveerd. Ten eerste wordt de markt van zorgaanbieders gekenmerkt als een gereguleerde markt (Ipenburg, 2011), waarin de logica's van de staat (neutraliteit, objectiviteit en universele toegang) en de logica van de markt (vraag en aanbod) met elkaar verweven zijn (Ipenburg, 2011). Dit heeft zich onder andere vertaald in een dominante rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), die de maximumtarieven bepaalt binnen het domein van de thuiszorg en toezicht houdt op de kwaliteit van zorg. Daarnaast bevinden zorgaanbieders zich in een proces van professionalisering, waarin meer wordt ingezet op de autonomie van uitvoerenden en verwacht kan worden dat de professionele logica (de standaardisatie van kennis en vaardigheden en professionele controle) een rol speelt binnen de thuiszorg. Ten derde wordt thuiszorg oudsher verbonden met nabijheid en naastenliefde, waardoor tevens verwacht kan worden dat een persoonlijke of familiale logica een rol kan spelen binnen de context van zorgaanbieders, omdat de grenzen tussen formele en informele zorg binnen de thuiszorg vaag zijn (Etzioni, 1969; Knijn & Verhagen, 2003). Tonkens & Verplancke (2010) hebben reeds gewezen op de kwetsbaarheid en ambiguïteit die de thuiszorg kenmerkt als gevolg van de vage grenzen tussen de verschillende institutionele logica's. Bijvoorbeeld, omdat de focus op de logica van de staat en de markt (het systeem), de professionele en familiale logica (de leefwereld) in de weg kan staan. Op basis van het voorgaande is het relevant om in het empirisch onderzoek stil te staan bij de wijze waarop de verschillende logica's zich tot elkaar verhouden binnen Humanitas.

2.3.4 De configuratiebenadering

Ongeveer 70 procent van de thuiszorg wordt geleverd vanuit organisaties die voorheen de structuur van machineorganisaties en een divisiestructuur kenmerken (Ipenburg, 2011). Hiermee wordt verwezen naar de literatuur omtrent organisatiestructuren van Mintzberg (1983). De theorie van Mintzberg (1983) vertrekt vanuit

de contingentietheorie of de rationeel adaptieve benadering op verandermanagement (Rainey & Fernandez, 2006). Deze benadering gaat uit van de veronderstelling dat beslissingen omtrent het ontwerp van een organisatie gebaseerd zijn op kenmerken in de omgeving van een organisatie, waarbij wordt verondersteld dat de organisaties van wie het ontwerp en de interne structuur het beste aansluiten op de uitdagingen in de externe omgeving het meest succesvol zijn. Een algemene kritiek op de contingentiebenadering is dat deze zich vooral richt op structurele elementen in de externe omgeving en de symbolische elementen (lees: neo-institutionele benadering) onderschat (Suddaby, 2010).

Desalniettemin heeft de contingentiebenadering bruikbaarheid voorbij haar beoogde doelstellingen, omdat het technische karakter van de literatuur handvatten biedt om de interne context van publieke organisaties te beschrijven. De configuratiebenadering van Mintzberg (1983) kan worden beschreven als een synthese van verschillende contingentierelaties, ontwerpvariabelen en machtstructuren en kan worden onderscheiden in drie onderdelen: een vijfcomponententypologie met gerelateerde coördinatiemechanismen, contingentierelaties en het synthetiseren hiervan in vijf configuraties (Sminia, 2009).

2.3.5 Componenten en coördinatiemechanismen

Volgens Mintzberg (1983) kan iedere organisatie worden teruggebracht tot vijf componenten. Ten eerste bestaan organisaties volgens Mintzberg (1983) uit een strategische top, waarmee wordt verwezen naar het bestuur van een organisatie die de strategie van een organisatie bepaalt en het systeem overziet. Het tweede kenmerk is de technostructuur. Dit zijn organisatieonderdelen waarin werkprocessen en controlemechanismen worden ontworpen en uitgevoerd, zoals: regels en procedures of prestatie-indicatoren. Ten derde onderscheidt Mintzberg (1983) de ondersteunende diensten. Dit zijn diensten die verschillende afdelingen ondersteunen met randzaken, zoals: communicatie, loonadministratie en facilitaire diensten. Verder bestaat iedere organisatie uit een uitvoerende kern. Dit zijn de medewerkers die de producten of diensten van een organisatie leveren. Tot slot bestaat onderscheidt Mintzberg (1983) het middenkader. Dit zijn de managers of directeuren, die de schakel vormen tussen de strategische top en de uitvoerende kern.

Daarnaast maakt Mintzberg (1983) onderscheid tussen verschillende coördinatiemechanismen. Ten eerste kan coördinatie ontstaan middels wederzijdse afstemming. Dit betekent dat personen binnen een organisatie op basis van het delen van informatie en het voeren van een dialoog handelingen op elkaar afstemmen. Daarnaast kan er direct toezicht ontstaan. Dit betekent dat een persoon, die hiërarchisch boven een ander persoon staat, instructies geeft over uit te voeren handelingen. Ten derde kunnen werkprocessen gestandaardiseerd worden. Dit betekent dat er van medewerkers verwacht wordt dat zij bepaalde regels en procedures naleven, zoals deze formeel zijn opgesteld. Verder wijst Mintzberg (1983) op de standaardisatie van output. Hierin staat het specificeren van de uitkomst van een productieproces centraal. De implicatie hiervan is dat actoren vrijgelaten worden om te handelen en enkel de uitkomsten van hun handelen hoeven te verantwoorden. Ten vijfde noemt Mintzberg (1983) de standaardisatie van kennis en vaardigheden. Dit betekent dat coördinatie wordt bereikt door te vertrouwen op professionele kennis en vaardigheden, zodat medewerkers hun eigen werk kunnen coördineren. Tot slot noemt Mintzberg (1983) de standaardisatie van normen. Dit betekent dat bepaalde overtuigingen wenselijke handelingen voortbrengen. De afstemming tussen de componenten en coördinatiemechanismen bestaan uit configuraties. Deze worden in de volgende paragraaf besproken.

2.3.6 Machineorganisatie

De machineorganisatie kan worden vergeleken met de klassieke werken van Frederick Taylor (*The principles of Scientific Management*, 1913) en Max Weber (*Wirtschaft und Gesellschaft*, 1922). Het tayloristische model kwam voort uit de fabrieksproductie, waarin de veronderstelling was dat het uitvoerende werk kon worden geoptimaliseerd door het werk zo adequaat mogelijk te standaardiseren, te verdelen en te controleren binnen een strikte hiërarchie. Het bureaucratische model van Weber (1922) kwam voort uit de kantoren van overheidsdiensten, waarin werd verwacht dat de bureaucratie de meeste adequate vorm om publieke diensten te laten functioneren, omdat het zou uitgaan van neutraliteit, objectiviteit en doelmatigheid (Weber, 1922). In plaats van de bureaucratische structuur te relateren aan de dominantie van a priori mensbeelden, heeft Mintzberg (1983) de bureaucratie (of de machineorganisatie) besproken in relatie tot contingentiefactoren. Ten eerste ontstaan machineorganisaties in omgevingen die gekenmerkt worden door stabiliteit en voorspelbaarheid, omdat regels en procedures niet voortdurend aangepast hoeven te worden. Daarnaast stelt Mintzberg (1983) dat machineorganisaties worden gevonden in organisaties die groot en volwassen zijn. Een organisatie moet groot genoeg zijn om het werk te kunnen standaardiseren en voldoende ervaring hebben om het werk adequaat te kunnen standaardiseren. Verder ontstaan de machineorganisatie, wanneer het werk in de uitvoerende gekenmerkt wordt door routinematige handelingen die niet complex zijn. Tot slot ontstaan machineorganisaties in omgevingen die wordt gekenmerkt door vijandigheid, waarin veel externe controle besaat vanuit meerdere stakeholders. Met betrekking tot het voorgaande is het relevant om op te merken dat naast zorgaanbieders (Ipenburg, 2011), publieke organisaties in het algemeen gekenmerkt worden als als bureaucratisch (of machineorganisatie), omdat zij opereren in een continue vijandige omgevingen en een sterke mate van interne formalisatie kenmerken (Rainey, 2014).

2.3.7 De professionele organisatie

De professionele organisatie (Mintzberg, 1983) ontstaat in omgevingen waarin de beoordeling van uitvoerende werkzaamheden zodanig complex zijn dat deze moeilijk te standaardiseren zijn in werkprocessen. Mintzberg (1983) spreekt net als bij de machineorganisatie over een bureaucratie, omdat beiden uitgaan van de standaardisatie van werkzaamheden als het belangrijkste coördinatiemechanisme. Het verschil tussen beiden is dat in een professionele organisatie de standaardisatie wordt geïmporteerd door medewerkers die bepaalde opleidingen en trainingen hebben genoten en daardoor vertrouwd kunnen worden om hun werk adequaat uit te voeren (vgl. normatief isomorfisme), terwijl in een machineorganisatie het werk wordt gestandaardiseerd vanuit de organisatie zelf (lees: technestructuur). Een belangrijke coördinatiemechanisme binnen de professionele organisatie is wederzijdse afstemming in de uitvoeringspraktijk, waarin professionals elkaar controleren ("peer control").¹¹ Binnen de professionele organisatie vormt de uitvoerende kern het dominante organisatieonderdeel.¹²

¹¹ Hier kan de vergelijking worden getrokken met wat Ouchi (1980) 'clan control' noemt.

¹² Binnen de publieke sector wordt professionalisme gerelateerd aan het bureau-professionalisme, wat opkwam in de eerste decennia van de verzorgingsstaat (de jaren '50 en '60). In de inleiding is reeds gewezen op de opkomst van de verzakelijking van de publieke sector in de jaren '80 als reactie op de veronderstelde irrationaliteit van deze regimes (Ellis et al., 2011; Clarke & Newman, 1997).

2.3.8. De divisie configuratie

De divisieorganisatie verschilt van de andere configuraties, omdat deze geen complete structuur vormt, maar veeleer een structuur bovenop een andere structuur vormt (Mintzberg, 1983). Een divisieorganisatie ontstaat vaak in organisaties die gekenmerkt worden door een complexe omgeving of organisaties die een grote omvang hebben. De divisiestructuur ontstaat meestal vanuit machineorganisaties, die een zekere flexibiliteit nodig hebben om in te spelen op een dynamische (lokale) omgeving of de interne bestuursbaarheid willen vergroten. Om dit te bereiken krijgen divisies resultaatverantwoordelijkheden, die worden samengehouden door een centrale structuur. Binnen de divisiestructuur is het dominante organisatieonderdeel het middenkader dat veelal op de standaardisatie van output wordt gestuurd (Mintzberg, 1983).

2.3.9 De adhocratie

Volgens Toffler (1971) zouden bureaucratistische organisaties uiteindelijk vervangen worden door een meer, organische structuur die hij de adhocratie noemde. Aanleiding voor deze voorspelling was de waargenomen opkomst van (tijdelijke) projectteams en werkgroepen, die hiërarchie en specialisatie deels vervingen. Mintzberg (1983) ziet deze ontwikkeling niet zwart-wit, maar als het gevolg van contingentiefactoren. Volgens Mintzberg (1983) ontstaan ad hocratieën, wanneer een organisatie wordt geconfronteerd met een complexe en dynamische omgeving, die om een flexibele coalitie van experts vraagt. In de adhocratie is het dominante organisatieonderdeel de ondersteunende diensten, waarin het dominante coördinatiemechanisme wederzijdse afstemming tussen medewerkers (experts) is.

Complexiteit wordt naast vijandigheid beschreven als een relevant organisatiekenmerk van publieke organisaties en verwijst naar het aantal factoren waarvan organisaties afhankelijk zijn en de mate waarin deze factoren ongelijk verdeeld zijn. Daarnaast is het relevant om op te merken dat de complexiteit van een organisatie geen objectief concept is, maar afhankelijk is van de manier waarop leden van een organisatie worden geconfronteerd met hun omgeving. Sommige delen van een organisatie kunnen de omgeving als relatief complex ervaren, terwijl andere delen in een overzichtelijke omgeving opereren (Duncan, 1972; Van der Voet & Kuijpers, 2014).

2.3.10 Hybride organisaties

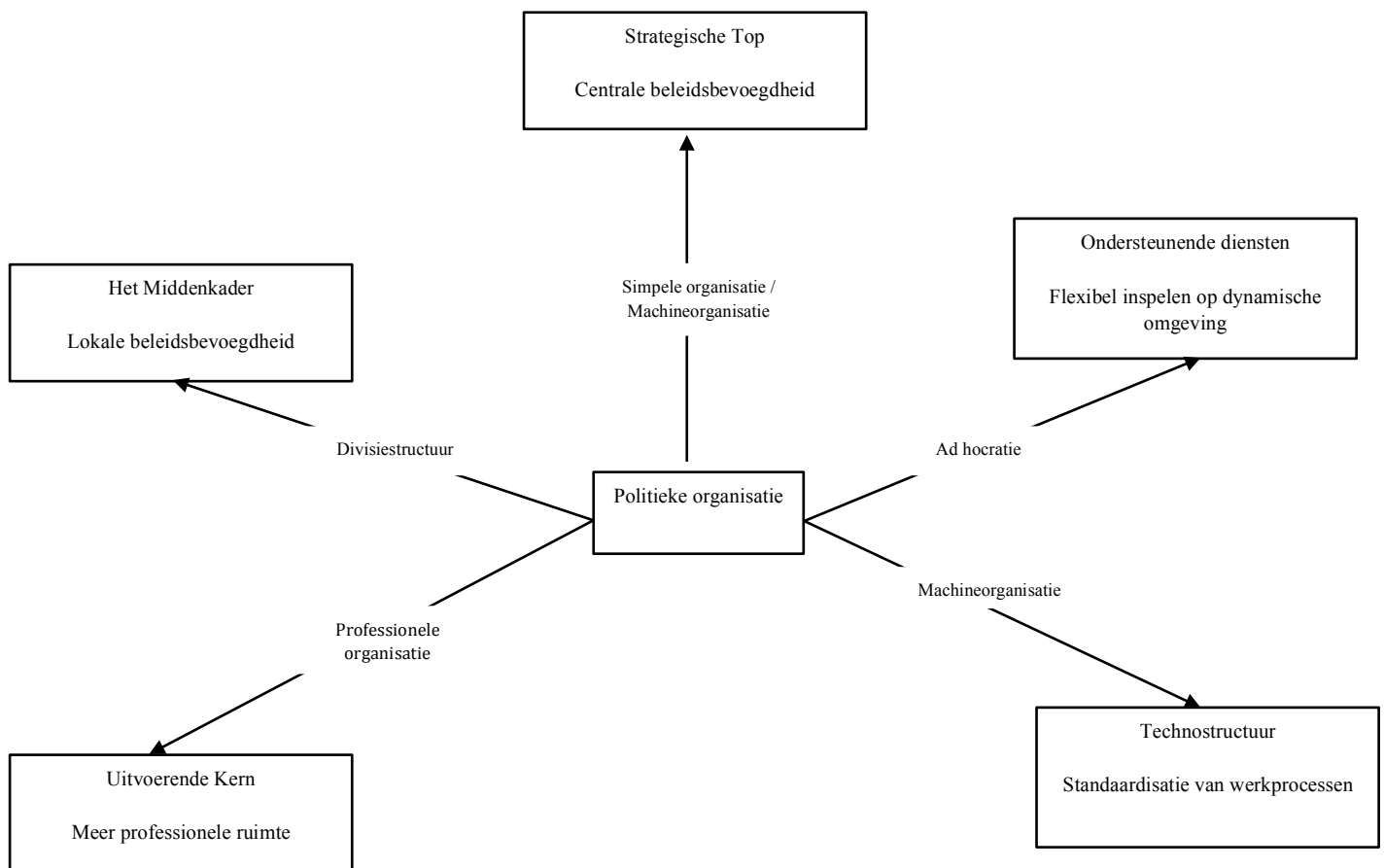
Volgens Mintzberg (1983) bestaat zijn configuratiebenadering uit 'ideaaltypische' (lees: Weber, 1922) configuraties die in de praktijk hybride vormen kunnen aannemen. Deze hybride vormen worden niet enkel gekenmerkt door contingentiefactoren, maar tevens door machtsstructuren. Indien verschillende 'pulls' bij een organisatieverandering de componenten van de organisatie tegelijkertijd de organisatie in hun richting op sturen, wordt de configuratie politiek.

2.3.11 Relevantie met betrekking tot het onderzoek

Voorgaande observaties zijn relevant met betrekking tot deze thesis, omdat zorgaanbieders binnen de huidige context in een spanningsveld lijken te staan tussen verschillende configuraties. Ten eerste kenmerkt Humanitas

zich als een machineorganisatie en een divisiestructuur (Ipenburg, 2011), waardoor verwacht kan worden dat het middenkader een dominante rol heeft binnen de organisatie. Daarnaast kan verwacht worden dat Humanitas wordt geconfronteerd met een complexe en vijandige externe omgeving, waardoor de ondersteunende diensten, de technostructuur en de strategische top een dominante rol kunnen spelen. Enerzijds kan het inspelen op externe ontwikkelingen (de ondersteunende diensten) en het verankeren hiervan in werkprocessen (de technostructuur) een belangrijke rol spelen. Anderzijds legt raad van bestuur (de strategische top) eindverantwoordelijkheid af over de prestaties van Humanitas. Tot slot kan verwacht worden dat de uitvoerende kern professionaliseert en daarmee een dominantere rol krijgt binnen de organisatie. Vanuit het theoretisch kader van Mintzberg (1983) kan met andere woorden verwacht worden dat verschillende ‘pulls’ tegelijkertijd een rol spelen en Humanitas gekenmerkt wordt door een politieke configuratie (lees: Mintzberg, 1983).¹³

¹³ Het raamwerk van Mintzberg (1983) wordt in de literatuur rondom institutionele logica's geprezen, omdat het concepten levert om hybriditeit te kunnen benoemen binnen organisaties. Tegelijkertijd wordt de benadering als beperkt ervaren, omdat het te weinig inzicht geeft in de mechanismen die aanzetten tot verschillende ‘pulls’ van organisatieonderdelen. In deze thesis wordt deze beperking doorbroken door deze benadering te koppelen aan de veranderinhoude en het veranderproces (lees: Pettigrew, 1985)



Figuur 1: de 'pull' van organisatieonderdelen

2.3.12 Beslisruimte

De onduidelijkheid over de interne context van zorgaanbieders (zie: figuur 1) en de onduidelijkheid over uitvoerende werkzaamheden, maken het relevant om de literatuur over street-level bureaucracy en de sociologie van professies te incorporeren in dit onderzoek. Immers, de interne context van zorgaanbieders kan slechts deels verklaren hoe beleid wordt uitgevoerd in de praktijk, omdat thuiszorgmedewerkers grotendeels buiten de organisatiecontext acteren en binnen de private grenzen van de thuisomgeving (Hasenfeld, 1983; Sims-Gould, 2010). Vanuit een street-level-bureaucracy-perspectief is beslisruimte de ruimte die ontstaat wanneer regels en richtlijnen niet in staat zijn om alle handelingen van frontlijnwerkers te sturen (Lipsky, 1980). Dit kan worden begrepen vanuit de term 'street-level bureaucracy': bureaucratie ('bureaucracy') staat voor de gelijke behandeling van burgers door neutrale frontlijnwerkers die op basis van regels en procedures burgers op gelijke basis behandelen (Weber, 1922; Clarke & Newman, 1997), de frontlijn ('street-level') staat voor de locatie aan de grenzen van de organisatie waar responsiviteit gewenst is ten aanzien van de individuele situatie van burgers (Lipsky, 1980). Volgens Loyens & Maeschalck (2010) hebben de vele definities van beslisruimte met elkaar gemeen dat zij gaan over een spanning tussen algemene en abstracte regels enerzijds en specifieke situaties anderzijds. Met andere woorden tussen uniformiteit en flexibiliteit (Maynard-Moody, 2010). Er zijn volgens Lipsky (1980) twee redenen waarom het moeilijk is om beslisruimte te reduceren. Ten eerste bestaat het werk van frontlijnwerkers uit situaties die zo heterogeen en specifiek zijn, dat het onmogelijk is om regels te formuleren waarin alle mogelijke situaties zijn gevat (Adler & Asquith, 1981). Daarnaast vereist het werk

reacties op de menselijke dimensie van situaties. De taken van frontlijnwerkers vragen om sensitieve observaties en oordelen die niet gereduceerd kunnen worden tot regels en protocollen (Lipsky, 1980).

2.3.13 Beslisruimte als potentieel probleem

Binnen de ‘street-level bureaucracy’ literatuur wordt beslisruimte gerelateerd aan een potentieel probleem (Vinzant & Crothers, 1998). Er wordt van frontlijnwerkers verwacht dat zij beleid tot uitvoering brengen, maar zij worden tegelijkertijd geconfronteerd met vage doelen en verwachtingen en beperkte middelen (Lipsky, 1980). Als reactie hierop ontwikkelen frontlijnwerkers informele strategieën om hun werk beheersbaar te houden. Het zijn volgens Lipsky (1980) deze informele strategieën die uiteindelijk bepalen hoe beleid wordt uitgevoerd in de praktijk. In een overzicht van de literatuur omtrent deze informele strategieën maken Tummers et al. (2015) onderscheid tussen drie groepen:

- **Richting cliënten bewegen:** Frontlijnwerkers kiezen er in veel gevallen voor om zich pragmatisch richting de behoeften van een cliënt te bewegen, met het ultieme doel hen te helpen. Om dit te doen kiezen frontlijnwerkers ervoor om regels te breken (‘rule breaking’) of regels te buigen (‘rule bending’).
- **Van cliënten af bewegen:** Frontlijnwerkers kunnen van de cliënt af bewegen door het werk te ‘routiniseren’. Door cliënten op een gestandaardiseerde wijze te behandelen proberen frontlijnwerkers dezelfde standaard van dienstverlening aan een groot aantal burgers te leveren. Een andere manier binnen deze groep is ‘rantsoeneren’. Hier wordt de toegang tot publieke diensten moeilijker voor cliënten, bijvoorbeeld door informatie achter te houden. Hieraan gerelateerd kunnen frontlijnwerkers ervoor kiezen om voorkeursbehandelingen te verlenen aan ‘makkelijke cliënten’ (‘afoming’).
- **Tegen cliënten in bewegen:** Tot slot kunnen frontlijnwerkers ervoor kiezen om tegen cliënten in te gaan. Voorbeelden hiervan zijn het inflexibel vast houden aan regels en procedures (‘rigid rule following’) of agressief gedrag te vertonen richting cliënten (Tummers et al. 2015).

Volgens Vedung (2015) ervaren frontlijnwerkers relatief weinig risico om ontdekt te worden bij het toepassen van informele strategieën. Ten eerste zijn zij fysiek gescheiden van hun opdrachtgevers. Daarnaast zijn er onvoldoende middelen om adequate, frequente en directe supervisie uit te voeren. Ten derde zijn er geen precieze indicatoren die de complexiteit van uitvoerende werkzaamheden kunnen omvatten (Lipsky, 1980). Deze drie mechanismen leiden er volgens Vedung (2015) toe dat er een aanzienlijke informatieassymetrie in het voordeel van frontlijnwerkers bestaat.

2.3.14 De beslisruimte als voorwaarde

Waar beslisruimte vanuit een street-level bureaucracy perspectief als een potentieel probleem kan worden gezien, wordt beslisruimte vanuit een professionalisme perspectief als een voorwaarde gezien. Om professionele standaarden succesvol toe te kunnen toepassen, trekken professionals beslisruimte naar zich toe om zelf oordelen te kunnen vellen en besluiten te nemen over de uitvoering van het werk (Evetss, 2003). Beslisruimte is een noodzakelijkheid, omdat het werk van professionals slechts beperkt routinematig uitgevoerd kan worden. Het werk vereist interpretaties en weging van verschillende vormen van informatie over zowel individuele casussen als specifieke behandelmogelijkheden. Het is met andere woorden een complex cognitief proces dat autonomie van

denken en handelen vereist (Noordergraaf, 2006; Evetts, 2009). Onderzoek naar beslissruimte richt zich vanuit een professionalisme perspectief niet op de informele strategieën van frontlijnwerkers, maar op de mogelijkheid om professionele autonomie in uitvoering te kunnen brengen. Daarbij speelt vertrouwen in de professionele normen van professionals een belangrijke rol. De algemene gedachte is dat bij een gebrek aan vertrouwen in de professionele uitvoering van de beslissruimte, professies vatbaar zijn voor ‘nietprofessionele’ inperkingen van autonomie. Een voorbeeld hiervan is de deprofessionalisering van de thuiszorg onder invloed van het new public management in de jaren '90 en '00. In dit kader wordt in de literatuur veelal verondersteld dat organisaties en professies strijdende logica's (vgl. institutionele logica's) zijn, waarin de organisatie de professie probeert binnen te dringen en de de professie weerstand te biedt tegen organisatorische beperkingen (Evetts 2011; Muzio and Kirkpatrick 2011). Recent onderzoek omtrent georganiseerd professionalisme ('organized professionalism') (Evetts 2009; Muzio and Kirkpatrick 2011; Noordegraaf 2011) problematiseert dit onderscheid. Deze onderzoekers laten zien dat het onderscheid tussen organisatorische en professionele logica's steeds meer vervaagt, omdat professionals moeten beantwoorden aan nieuwe verwachtingen van publieke dienstverlening van cliënten, organisaties en de staat (Hupe & Hill, 2007; Noordegraaf 2007, 2011; Evetts 2009). Volgens Noordergraaf (2011) worden management en organisatorische taken steeds meer gezien als professionele zaken. Met andere woorden zouden professionele en organisatorische logica's co-existeren in de praktijk en kunnen managementnormen worden geïnternaliseerd in de professie (Evetts, 2009; Falconbridge and Muzio 2008). De invoering van zelfsturende teams in de thuiszorg, waarin uitvoerenden meer regeltaken krijgen komt hier duidelijk in beeld.

2.3.14 De organisatiecontext: de omvang van de beslissruimte

Beslissruimte is een relatief concept, een frontlijnwerker kan meer of minder beslissruimte hebben (Lipsky, 1980). In dit deel worden verschillende aspecten van de organisatiecontext besproken, omdat deze voor een groot gedeelte de grenzen van de beslissruimte bepalen (Thoren, 2008). In de eerste plaats is het belangrijk om te begrijpen hoe het primaire proces en de verantwoordelijkheden van frontlijnwerkers is vormgegeven. In termen van Mintzberg (1983) gaat het vooral om keuzes met betrekking tot horizontale en verticale specialisatie van het werk. Onder horizontale specialisatie verstaat hij de verdeling van taken tussen medewerkers op hetzelfde hiërarchische niveau. Met verticale specialisatie doelt Mintzberg (1983) op de verdeling van beslissbevoegdheden in de hiërarchische lijn. Met andere woorden betreft dit keuzes ten aanzien van de specifieke taken waarover frontlijnwerkers beslissruimte kunnen hebben. Ten tweede betreft dit keuzes ten aanzien van wat Mintzberg (1983) de coördinatie van het werk noemt, de wijze van afstemming van de uitvoering van het werk met organisatiedoelen. Daarbij kan in het verlengde van Mintzberg (1983) onderscheid worden gemaakt tussen drie coördinatievormen. In de eerste plaats zijn dit regels en richtlijnen, waardoor het werk bureaucratischer wordt. Ten tweede kan ervoor gekozen worden om te sturen op resultaten. Hierdoor komt niet zozeer de invulling van de beslissruimte op zich centraal te staan, maar de uitkomst van deze invulling (Taylor & Kelly, 2006). Tot slot kan er worden gestuurd op de standaardisering van kennis en vaardigheden, waardoor de beslissruimte kan toenemen (lees: Mintzberg, 1983). Een derde aspect betreft de aard van de dienstverlening. Er kan verwacht worden dat de afstemming tussen de besproken sociale technologieën afhankelijk is van het type zorgvraag van burgers. Er kan verwacht worden dat de omvang de beslissruimte toeneemt, indien de dienstverlening een meer gebaseerd is op het beoordelen van gedragspatronen ('people changing technologieën') (Hasenfeld, 1983; Van Berkel, 2011). Het is echter de vraag of alle zorgvragen wel duidelijk binnen dit type dienstverlening passen, omdat het voorkomen van verslechtering ook een rol speelt ('people sustaining technologieën'). Een vierde onderwerp dat, vooral in de street-level bureaucracy literatuur veel aandacht krijgt zijn de beperkte tijd en middelen die frontlijnwerkers hebben om hun beslissruimte in te vullen (Van

der Veen, 1990; Lipsky, 1980; Jewell & Glaser, 2006; Jewell, 2007). Daarnaast is een belangrijk thema in de literatuur de observatie dat organisatiedoelen, standaarden en regels in veel publieke organisaties veelal vaag, ambigu of conflicterend zijn. De algemene gedachte is dat door interpretatieruimte die omvang van de beslisruimte kan toenemen (Lipsky, 1980; Van der Veen, 1990). Verschillende auteurs wijzen daarnaast op de rol van technologie, ICT, applicaties en beoordelingsinstrumenten bij de beoordeling van burgers. In de literatuur wordt gesproken over een verschuiving van ‘street-level bureaucracy’ naar ‘system-level bureaucracy’ (Hill & Buffait, 2013). De beslisruimte van frontlijnwerkers zou minder belangrijk worden, omdat professionele methoden en normen van beoordeling steeds vaker worden geïnternaliseerd in systemen, die de beslisruimte inperken (Bovens & Zouridis, 2002; Jewell, 2007; Jesse & Tufte, 2014; Hoybye-Mortensen, 2014). Tot slot kunnen managers worden gezien als belangrijke reguleerders van discretionaire ruimte. Zij kunnen op pragmatische wijze de discretionaire ruimte reguleren waar deze potentieel problematisch zijn en deze toelaten waar het werkt (Lipsky, 1980). Met andere woorden kunnen managers de omvang van de beslisruimte actief beïnvloeden (Evans, 2010).

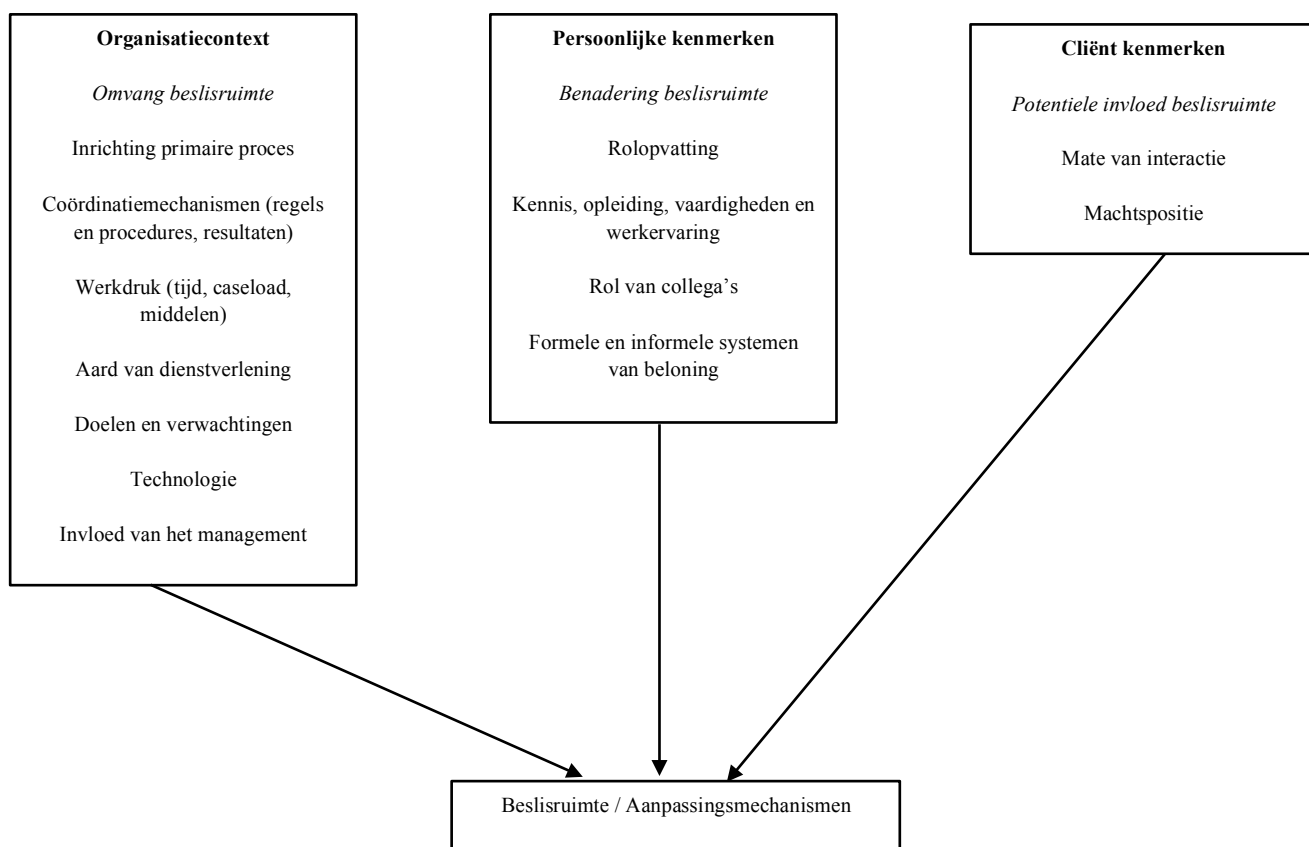
2.3.15 Persoonlijke kenmerken: de benadering van de beslisruimte

Naast een relatief concept is beslisruimte ook een subjectief concept, de omvang van de beslisruimte kan worden ervaren of niet (Maynard-Moody & Musheno, 2003). Om dit onderscheid te duiden gebruikt Evans (2010) het onderscheid tussen ‘de facto’ discretionaire ruimte en ‘de jure’ discretionaire ruimte. ‘De jure’ beslisruimte heeft betrekking op officieel erkende beslisruimte, bij ‘de facto’ beslisruimte is deze officiële erkenning er niet (Evans, 2010). In deze paragraaf worden enkele persoonlijke factoren bij frontlijnwerk besproken, omdat deze een belangrijk licht werpen op de benadering van de beslisruimte door frontlijnwerkers (May & Winter 2009; Brodtkin, 2011). Ten eerste wijzen Jewell & Glaser (2006) op het belang van rolopvattingen in de uitvoering van het werk. Roloopvattingen verwijzen naar de wijze waarop de doelen en verwachtingen van beleidsprogramma’s worden belichaamd in de percepties van frontlijnwerkers en hun houding ten aanzien van het werk en cliënten. Volgens Maynard-Moody & Musheno (2003) worden handelingen van frontlijnwerkers gevormd door hun persoonlijke overtuigingen en normen met betrekking tot de dienstverlening. In dit kader kunnen frontlijnwerkers naast streetlevel bureaucrats ook als ‘citizen-agents’ worden bestempeld. Frontlijnwerkers kunnen de regels en procedures van beleidsmaatregelen actief beïnvloeden (Maynard-Moody & Musheno, 2003). In deze context wordt er gesproken over beleidsvervreemding (‘policy alienation’) (Tummers, 2011) en ondergrondse weerstand (Smith, 2007) van frontlijnwerkers door buiten het zicht van managers om de regels te breken en handelingen te camoufleren door impressie management (‘impression management’). Daarnaast wijzen Jewell & Glaser (2006) op het belang van kennis, training en werkervaring (lees: Mintzberg, 1983). Kennis en training verwijzen naar de manier waarop werknemers de regels, doelen en mogelijkheden van de dienstverlening begrijpen en weten welke vaardigheden ingezet kunnen worden om de uitvoering van dienstverlening te faciliteren (Jewell & Glaser, 2006; Hupe & Hill, 2007). Daarnaast speelt werkervaring een belangrijke rol. In de literatuur wordt ook wel gesproken over patroonherkenning of professionele intuïtie: frontlijnwerkers kunnen op basis van kennis en praktijkervaring ‘zonder na te denken’ oordelen over specifieke situaties (Van der Laan, 2003). Daarnaast kunnen collega’s een belangrijke rol spelen bij de benadering van de beslisruimte. Vanuit een professionalismeperspectief richt de rol van collega’s zich vooral op de mate en kwaliteit van het system van interprofessionele controle (‘peer control’) bij het bewaken van de kwaliteit van dienstverlening (Mintzberg, 1983; Hupe & Hill, 2007). Vanuit een street-level bureaucracyperspectief richt de invloed van collega’s zich vooral op het uitwisselen van strategieën om het werk beheersbaar te houden (Meyers & Vorsanger, 2010). In deze context wijst Smith (2007) op verborgen coalities. Wanneer beleid als onwelkom wordt ervaren kunnen uitvoerenden ervoor kiezen om buiten het zicht van managers

steun te zoeken bij collega's. Tot slot bespreken Jewell & Glaser (2006) de rol van formele en informele systemen van beloning en sanctionering. Doorgaans ervaren medewerkers prikkels om zich te richten op de taken waarop zij beoordeeld worden, teneinde negatieve aandacht van managers te voorkomen. Op individueel niveau kan er echter ook gedacht worden aan persoonlijke voldoening en intrinsieke beloningen, bijvoorbeeld door cliënten een gunst te verlenen (lees: richting cliënten bewegen).

2.3.16 De rol van de cliënt: de potentiële invloed op de beslisruimte

Zoals eerder aangegeven, is de betrokkenheid van burgers bij het beoordelingsproces een belangrijk element binnen activeringsbeleid (Bosselaar, 2013). In dit gedeelte zullen twee relationele concepten worden besproken die kunnen helpen om de (potentiële) invloed van burgers te begrijpen. Gerelateerd aan het idee van werkervaring kan de mate van interactie een rol spelen (Van Berkel, 2007). Immers, als de interactie tussen frontlijnwerker en burger toeneemt, kan dat leiden tot patroonherkenningen, die de deelname aan de dialoog kunnen bevorderen of beperken. Daarnaast is machtsongelijkheid een belangrijk thema binnen de street-levelbureaucracyliteratuur (Lipsky, 1980; Thoren, 2008; Rice, 2012; Taylor & Kelly, 2006; Van der Aa, 2012), omdat machtsverhoudingen tussen frontlijnwerkers en burgers invloed kunnen hebben op de wijze waarop de beslisruimte wordt ingevuld. Met betrekking tot de dialoog als uitvoeringslogica zijn verschillende auteurs sceptisch over de mogelijkheid om gelijke partners te zijn in de dialoog. Met name de kennisachterstand van cliënten zou ertoe leiden dat er een ongelijke machtsverhouding ontstaat tussen frontlijnwerker en cliënten (Bosselaar, 2013; Peeters & Drost, 2011; Tonkens, 2006).



Figuur 2: De omvang van de beslisruimte, de benadering van de beslisruimte en de potentiële invloed op de beslisruimte van frontlijnwerkers.

2.4 De veranderinhoud

In de voorgaande paragrafen is deels aandacht besteedt aan de aspecten van organisaties die kunnen veranderen, zoals coördinatiemechanismen en de inrichting van het primaire proces (zie: figuur 2). Desalniettemin is het relevant om dieper in te gaan op de literatuur rondom de veranderinhoud tijdens organisatieveranderingen.

2.4.1 Orden van veranderingen

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen eerste-ordeveranderingen, tweede-ordeveranderingen en derde-ordeveranderingen (Kuipers et al., 2014). Eerste-ordeveranderingen verwijzen naar veranderingen op kleine schaal, die de organisatie helpt om interne doelmatigheid te vergroten. Het gaat om veranderingen die bedoeld zijn om de organisatie op operationeel vlak te verbeteren, zoals de introductie van nieuwe structuren of systemen. Deze veranderingen tasten de kern van een organisatie niet aan en vinden veelal plaats in een subsysteem van een organisatie. Tweede-ordeveranderingen zijn vaak organisatiebreed en raken veelal de kernwaarden en overtuigingen van een organisatie en haar medewerkers en bestaan vaak uit complexe transformaties van een organisatie. Derde-ordeveranderingen zijn veranderingen op sectorniveau en raken meerdere organisaties binnen een domein (Kuipers et al., 2014).¹⁴Het verschil tussen eerste-ordeveranderingen en tweede-ordeveranderingen kan het best begrepen worden als het verschil tussen veranderingen in werkprocessen en formele structuren (eerste-ordeveranderingen) en sociale relaties en overtuigingen (tweede-ordeveranderingen) (Huy, 2001).¹⁶

2.4.2 Formele structuur en Werkprocessen

Formele structuren en werkprocessen kunnen worden begrepen als tastbare aspecten van veranderingen (Mintzberg & Westley, 1992). De formele structuur verwijst naast de verdeling van autoriteit en de verdeling van verantwoordelijkheden binnen een organisatie (Huy, 2001). Betreffende de formele structuur bespreekt Mintzberg (1983) de mate van centralisatie, groeps grootte en de specialisatie van werkzaamheden binnen een organisatie. Werkprocessen verwijzen naar de wijze waarop werknemers hun werkzaamheden uitvoeren en de mate waarin deze werkzaamheden worden geformaliseerd en gecontroleerd (Huy, 2001). Mintzberg (1983) bespreekt in dit kader gedragsformalisatie door regels, procedures en protocollen, en het systeem van planning en controle.

¹⁴ Er kan hier een vergelijking worden gemaakt met een transitie (Rotmans, 2012) of isomorfisme (lees: Powell & DiMaggio, 1983). ¹⁶ In de literatuur zijn er veel verschillende verandermodellen, die in dezelfde richting wijzen. Ik heb gekozen voor het model van Huy (2001), omdat deze de grootste gemene deler heeft met andere modellen. Voorbeelden van andere modellen zijn Theorie E en Theorie O (Beer & Nohria, 2000), Ontwerpen en Ontwikkelen (Boonstra, 2000) en het kleurendenken (De Caluwe en Vermaak, 2006).

2.4.3 Sociale relaties en overtuigingen

Sociale relaties en overtuigingen kunnen worden begrepen als abstracte kenmerken van veranderingen (Mintzberg & Westley, 1992). Sociale relaties verwijzen naar de aard en kwaliteit van interpersoonlijke relaties binnen een organisatie (Huy, 2001). Mintzberg (1983) verwijst hieromtrent naar afstemmingsinstrumenten om sociale relaties te kunnen optimaliseren. Overtuigingen verwijzen naar de cognitieve systemen waarop handelingen gebaseerd zijn (Huy, 2001).¹⁷ Mintzberg (1983) verwijst naar opleidingen die kennis en vaardigheden van werknemers kunnen standaardiseren en programma's en technieken (indoctrinatie) om wenselijke normen binnen organisaties te standaardiseren. ¹⁸In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende aspecten die kunnen veranderen binnen een organisatie.

Kuipers et al. (2014) Mintzberg & Westley (1992)	Huy (2001)	Mintzberg (1983)
1 ^e -ordeverandering Deel van organisatie (concreet)	Formele structuur	Centralisatie, Specialisatie en groeps grootte
	Werkprocessen	Gedragsformalisatie, Planning en controle systeem.
2 ^e -orde verandering Gehele organisatie (abstract)	Overtuigingen	Opleiding, Indoctrinatie
	Sociale relaties	Afstemmingsinstrumenten

Tabel 1: De veranderinhoud bij organisatieveranderingen

2.4.4 Relevantie met betrekking tot het onderzoek

De hervorming van de thuiszorg wordt een transitie genoemd (Rotmans, 2012), wat begrepen kan worden als een derde-ordeverandering. Vooral de verschuiving van 'maatwerk op basis van zorgproducten' naar 'maatwerk op basis van zelfredzaamheid en zelfregie' en de invoering van zelfsturende teams kan ertoe leiden dat er binnen zorgaanbieders tweede-ordeveranderingen plaatsvinden. Er kan ten eerste verwacht worden dat de formele structuur van organisaties zal veranderen, bijvoorbeeld, wanneer er meer regeltaken worden overgeheveld naar de zelfsturende teams of teamleiders worden ontslagen. Daarnaast kan verwacht worden dat sociale relaties en overtuigingen zullen veranderen, bijvoorbeeld, omdat er meer wordt ingezet op de samenwerking tussen uitvoerenden en er van medewerkers wordt verwacht dat zij meer vertrekken vanuit (professionele) overtuigingen.

2.5 Het veranderproces

Het veranderproces geeft antwoord op de vraag 'hoe' een organisatie verandert (Eisenbach et al., 1999). In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de geplande benadering en de emergente benadering (bijv. By, 2005). In de volgende paragrafen zullen deze benaderingen worden besproken, alsmede de kritieken hier op.

2.5.1. De Geplande benadering

De geplande benadering gaat uit van een teleologisch verandermodel (Van der Ven & Poole, 1995), waarbij actoren binnen een organisatie vanuit een cyclisch proces van diagnose, handelen, evalueren en verder handelen naar een eindstaat bewegen (Van der Ven & Poole, 1995). Met de geplande benadering wordt bedoeld dat het behalen van een doel gepland kan worden. Er is binnen de literatuur consensus over de observatie dat het verandermodel van Lewin (1951) de basis vormt van deze benadering (Kickert, 2010). Dit model bestaat uit drie fases: unfreeze-move-freeze. In de eerste plaats moet er behoefte voor verandering ontstaan vanuit de ontevredenheid over de status quo (unfreeze). Ten tweede moeten middelen geactiveerd worden die nodig zijn om de verandering tot stand te brengen (move). Tot slot moet verandering verankerd worden in een nieuwe manier van werken (freeze) (Lewin, 1951). Het model van Lewin gaat uit van de veronderstelling dat er een balans van krachten bestaat die een situatie binnen een organisatie stabiel of instabiel maken en dat het de taak van de verandermanager is om deze krachten zodanig te balanceren, dat er een nieuwe stabiele positie ontstaat. In de loop der jaren zijn er verschillende verfijningen aangebracht ten aanzien van het model van Lewin (1951). Met betrekking tot de publieke sector hebben Fernandez & Rainey (2006) een gepland verandermodel gepresenteerd dat het meest geschikt zou zijn om veranderingen in publieke organisaties mee te implementeren.

- 1) De behoefte voor veranderingen verzekeren: leiders moeten ervoor zorgen dat er een aantrekkelijke visie op de toekomst ontstaat, omdat hierdoor behoefte aan verandering ontstaat.
- 2) Een plan opstellen: leiders moeten een veranderstrategie ontwerpen om de verandering te implementeren.
- 3) Het verzekeren van interne steun voor verandering en het voorkomen van weerstand: leiders moeten interne steun voor de verandering creëren en de weerstand reduceren door brede participatie van uitvoerenden in het veranderproces.
- 4) De steun en betrokkenheid van het top-management verzekeren: een individu of groep binnen de organisatie moet de oorzaak voor verandering uitdragen. De steun en betrokkenheid van topmanagement speelt een belangrijke rol bij het succes hiervan.
- 5) De externe steun verzekeren: het is belangrijk om steun voor de verandering te krijgen van politieke toezichthouders en externe stakeholders.
- 6) Het leveren van middelen om te kunnen veranderen: succesvolle verandering vereist voldoende middelen om het proces te ondersteunen.
- 7) Het institutionaliseren van de verandering: om een verandering te laten slagen, moeten de leden van een organisatie nieuw beleid en innovaties verwerken in hun dagelijkse routines.

- 8) Het creëren van samenhang in de verandering: leiders moeten ervoor zorgen dat de verandering samenvalt met andere praktijken binnen een organisatie.¹⁹

2.5.2 Kritiek op de geplande benadering

Uit de literatuur volgt dat het model van Lewin (1951)¹⁵ veelvuldig wordt gebruikt door wetenschappers en verandermanagers, maar dat de veronderstellingen waarop dit model gebaseerd is, onderhevig zijn aan kritiek.

Ten eerste bekritisieren auteurs de metafoer van de organisatie als een blok ijs (Grey, 2003). Immers, door medewerkers binnen organisaties voor te stellen als watermoleculen, worden mensen voorgesteld als objecten en niet als subjecten. Medewerkers worden voorgesteld als passieve ontvangers van veranderingen en niet als actoren die verschillend kunnen reageren op veranderingen en deze (mogelijk) kunnen tegenwerken. Met andere woorden gaat de geplande benadering uit van een ondergesocialiseerd mensbeeld (Pettigrew, 1985), waarin de rol van weerstand en organisatiepolitiek bij organisatieveranderingen wordt onderschat (Burnes, 2004; Bamford & Forrester, 2003).¹⁶

Ten tweede wordt gesteld dat de geplande benadering, in de nadruk op kleine, afgewogen, incrementele stappen (Fernandez & Rainey, 2006) niet toepasbaar is in situaties die vragen om snelle en transformationele verandering, zoals crises (Burnes, 1996; 2009). De geplande benadering zou vooral geschikt zijn binnen een stabiele en eenvoudige omgeving, terwijl de huidige omgeving van publieke organisaties wordt gekenmerkt door snelle veranderingen en complexiteit (Rainey, 2014). Binnen deze omstandigheden is het onmogelijk om veranderingen voor te stellen als lineair, omdat opdelen en versimpelen van de werkelijkheid in lineaire stappen ertoe leidt dat er te weinig rekening wordt gehouden met de complexiteit, ambiguïteit en paradoxen die inherent zijn aan een veranderproces. Door doelen, fases en methoden vooraf te bepalen wordt het proces te afhankelijk van verandermanagers, terwijl deze in de praktijk geen volledige grip hebben op de consequenties van hun handelen (Weick & Quinn, 1999).

Verschillende auteurs die vanuit de Organization Development (OD) benadering publiceerden, hebben geprobeerd om in reactie op deze kritieken, aspecten als macht en politiek te incorporeren in de geplande verandering (Cummings & Worley, 1997). Desalniettemin bleef er kritiek bestaan op deze benadering, met name, omdat veel implementaties van organisatieveranderingen faalden (Kickert, 2010).

2.5.3 De emergente benadering

De emergente benadering van organisatieverandering is gebaseerd op de veronderstelling dat de omgeving van organisaties zodanig complex en dynamisch is, dat een geplande benadering inadequaat is (Bamford & Forrester, 2003). Het is onwenselijk om de werkelijkheid op voorhand te versimpelen in een gepland organisatiemodel, indien organisaties worden geconfronteerd met een continue vraag om te veranderen. In complexe omgevingen is het daarom wenselijker om de organisatie continu aan te passen op de externe omgeving (Orlikowski, 1999).

¹⁵ Ik noem het model van Lewin (1951) als de basis, omdat vele andere verandermodellen (bijv. Fernandez & Rainey, 2006; Kanter et al., 1992; Kotter, 1995) allen herleid kunnen worden tot dit model.

Volgens Weick (2000) krijgt het model van Lewin (1951) vanuit dit perspectief een nieuwe invulling, namelijk: freeze-rebalance-unfreeze. Om in een wenselijke richting te veranderen is het ten eerste belangrijk om patronen te herkennen in de externe omgeving en de interne omgeving (freeze). Daarnaast is het belangrijk om de invloed hiervan op de organisatie te formuleren (rebalance). Tot slot moet de organisatie een continue gerichtheid op de context behouden (unfreeze).

Een emergent veranderproces kan vanuit het voorgaande eerder worden begrepen in termen van de ontvankelijkheid voor en facilitatie van veranderingen, dan het bepalen van specifieke vooraf bepaalde stappen (Weick, 2000). Binnen de emergente benadering worden organisatie beschreven in termen van het 'organiseren' van informatie of 'open-leersystemen', waarin verschillende actoren een rol spelen bij het verwerken, interpreteren en reduceren van informatie en het betekenis verlenen aan informatie. De implicatie hiervan is dat de wijze waarop informatiestromen georganiseerd zijn en de constructies waarbinnen communicatie hierover plaatsvindt, de snelheid, directie en het karakter van veranderingen bepaalt (Dawson, 1994). De implicatie hiervan is dat organisatiepolitiek binnen de emergente benadering een belangrijke rol speelt, omdat het delen, verwerken en communiceren van informatie 'gekleurd' kan worden door het eigen belang van individuele actoren binnen een organisatie. Organisationspolitiek wordt in de literatuur gerelateerd aan een gevaar bij organisatieveranderingen, omdat het eigen belang van individuele actoren het algemeen belang van de organisatie kan tegenwerken (Kickert, 2010).

2.5.4. Kritiek op de emergente benadering

Waar de emergente benadering wordt gezien als een antwoord op de problematische veronderstellingen die ten grondslag liggen aan de geplande benadering, is ook de emergente benadering niet gevrijwaard van kritiek (By, 2005).

Ten eerste is de emergente benadering gebaseerd op de veronderstelling dat alle organisaties opereren in een dynamische omgeving die continue verandering noodzakelijk maakt. Deze veronderstelling ontkent het bestaan van stabiele omgeving. Er zijn echter contexten waarin 'fine-tuning' van werkprocessen de orde van de dag is (lees: eerste-ordeverandering). Bovendien kunnen bepaalde delen van een organisatie een relatieve stabiliteit opereren, terwijl het voor andere actoren meer dynamisch (Davis, 1974).

Ten tweede leggen aanhangers van de emergente benadering de nadruk op politieke en culturele aspecten van verandering. Verschillende auteurs waken voor de overschatting van deze aspecten, omdat het kan leiden tot de verschuiving van een ondergesocialiseerde benadering op organisatieverandering (lees: de geplande benadering) naar een overgesocialiseerde benadering op organisatieverandering, waarin alles verklaard kan worden door politiek en cultuur (Kickert, 2010; By, 2005).

Tot slot gaan aanhangers van de emergente benadering uit van een kritiek op de geplande benaderingen. Verschillende aanhangers van de emergente benadering van organisatieverandering, zoals: Dawson (1994), Kotter (1996) en Pettigrew et al. (1992) spreken echter over organisatieveranderingen die een begin, een midden en een eind hebben. Het blijkt voor veel auteurs moeilijk om, alhoewel zij anders redeneren, los te komen van het driefases-model van Lewin (1951) (Hendry, 1996; Coram & Burnes, 2004).

2.5.6 Relevantie met betrekking tot het onderzoek

Het bovenstaande onderscheid is relevant, omdat enerzijds verwacht kan worden dat zelfsturende teams geplande veranderingen betreffen die zijn geïnitieerd vanuit de strategische top (lees: Mintzberg, 1983). Daarnaast kan verwacht worden dat zorgaanbieders geconfronteerd worden met emergente veranderingen, omdat zorgaanbieders continu moeten beantwoorden aan eisen en verantwoordingsmechanismen vanuit zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren. Tot slot kan verwacht worden dat organisatiepolitiek een rol speelt, omdat verschillende componenten van de organisatie een belangrijke rol spelen bij de transitie van de thuiszorg (lees: 2.3: hybride organisatiestructuur).

2.6 Leiderschap

De rol van leiderschap is essentieel tijdens de implementatie van organisatieveranderingen (bijv. Fernandez & Rainey, 2006; Kotter, 1996; Burke, 2002) en kan begrepen worden als de 'wie'-vraag bij organisatieveranderingen. Pettigrew et al. (1992) bespreken leiderschap als onderdeel van de veranderinhoud. Op basis van recente inzichten op de rol van leiderschap in organisaties wordt de rol van leiderschap binnen het contextualisme organisaties steeds meer als een aparte categorie bestudeerd (De Witte & Jonker, 2013; Higgs & Rowland, 2011). Er worden in de literatuur verschillende benaderingen op leiderschap beschreven. Binnen deze thesis wordt onderscheid gemaakt tussen transformationeel leiderschap, transactioneel leiderschap, emergent leiderschap en distributief leiderschap.

2.6.1 Transformationeel leiderschap en transactioneel leiderschap

In de literatuur wordt leiderschap veelal verbonden aan de geplande benadering van organisatieveranderingen, omdat organisatieveranderingen deze vaak worden geïnitieerd en gestuurd vanuit de strategische top van organisaties. Als gevolg hiervan richt de literatuur zich vaak op de gedragingen en kenmerken van bestuurders of top-managers bij organisatieveranderingen (Fernandez & Rainey, 2006). De belangrijkste leiderschapstheorie tijdens geplande organisatieveranderingen is transformationeel leiderschap (Bass, 1985; Eisenbach et al., 1999). De kern van deze benadering is dat door het articuleren van een visie, het bevorderen van de acceptie van doelstellingen en het betrekken van medewerkers bij veranderingen de gewenste waarden, overtuigingen en gedragingen worden uitgedragen door medewerkers (Bass, 1985; Podsakoff, Mackenzie & Bommer, 1996). Transformationeel leiderschap stimuleert medewerkers om innovatieve oplossingen voor organisatieproblemen te accepteren door medewerkers intellectueel uit te dagen (Oreg & Berson, 2011). Binnen de publieke sector is er onduidelijkheid over de rol van transformationeel leiderschap, omdat de context van publieke organisaties enerzijds transformationeel leiderschap wenselijk acht, maar deze tegelijkertijd overbodig kan maken. De complexe externe context van publieke organisaties kan transformationeel leiderschap enerzijds wenselijk maken, omdat het articuleren van een visie op de toekomst de complexiteit kan reduceren. Anderzijds kan de interne context die wordt gekenmerkt door formalisatie, transformationeel leiderschap overbodig maken, omdat duidelijkheid wordt verschaft in regels, richtlijnen en protocollen (Van der Voet et al., 2013). Deze onduidelijkheid kan genuanceerd worden door de observatie dat organisatieveranderingen op basis van regels, richtlijnen en protocollen vaak eerste-ordeveranderingen zijn, terwijl tweede-ordeveranderingen gaan over sociale relaties en overtuigingen en daardoor meer gerelateerd zijn aan transformationeel leiderschap. Desalniettemin

heeft de literatuur over institutionele logica's laten zien dat organisaties aspecten van organisatieveranderingen symbolisch kunnen aanhouden en deze in de dagelijkse praktijk negeren (Kus Fossestol, 2015). Dit betekent dat bij tweede-ordeveranderingen ook transactioneel leiderschap kan worden geobserveerd. Transactioneel leiderschap verwijst naar leiders die vooral gericht zijn op het naleven van werkprocessen, belonen, sanctioneren, monitoring en budgettering (Clegg et al, 2010).

2.6.2 Distributief leiderschap en emergent leiderschap

Waar leiderschap bij geplande benaderingen vooral wordt beschreven in termen van de rollen en gedragingen van het top-management, is er de laatste jaren meer aandacht ontstaan voor 'distributief leiderschap', waarin de aandacht verschuift van het individu naar leiderschap als een collectief en sociaal proces van meerdere actoren binnen een organisatie (Uhl-Bien, 2006). Vanuit dit perspectief is leiderschap een verzameling van groepsactiviteiten binnen de context van een organisatie (Bennet et al., 2003). De implicatie hiervan is dat leiderschap een meer holistische en systemische invulling krijgt, waarin 'gesitueerde leiderschapspraktijken' centraal staan. Volgens Spillane (2006) bestaat distributief leiderschap uit twee aspecten. Ten eerste betreft dit het 'leider-plusaspect', wat veronderstelt dat alle medewerkers in een organisatie bijdragen aan leiderschap in een organisatie. Ten tweede betreft dit het 'praktijk'-aspect, waarin leiderschap het resultaat is van interacties tussen managers, volgers en hun situatie (Spillane, 2006). Grönn (2002) heeft in dit kader drie relevante concepten aangereikt om de verdeling van leiderschap te kunnen beschrijven. Ten eerste beschrijft Grönn (2002) spontane collaboratie. Dit verwijst naar een situatie waarin individuen uit verschillende niveaus van de organisatie hun kennis en ervaring bundelen rondom een specifiek probleem. Ten tweede beschrijft Grönn (2002) intuïtieve werkrelaties. Dit betreft het ontstaan van nauwe banden tussen leden van een organisatie die gerelateerd zijn aan gedeelde rolopvattingen en wederzijds vertrouwen tussen medewerkers. Ten derde onderscheidt Grönn (2002) geïnstitutionaliseerde praktijken, wat betekent dat verdeeld leiderschap kan worden gezien als de neiging om sociale relaties te institutionaliseren in overlegstructuren en besluitvormingsstructuren. Distributief leiderschap is niet de enige benadering van leiderschap die zich afzet tegen de meer op het individu gerichte benaderingen van leiderschap.

Een voorbeeld hiervan is 'emergent leiderschap' (bijv. Weick & Quinn, 1999). Waar de rol van leiderschap bij geplande veranderingen uitgaat van een centrale actor die op basis van expertise en macht het veranderproces bijstuurt, bestaat de rol van de verandermanager in de emergente benadering van leiderschap vooral uit het beheersen van taal, dialoog, ideniteit, (externe en interne) betekenisgeving en het voorkomen van organisatiepolitiek (Weick & Quinn, 1999). Waar distributief leiderschap vooral gericht is op de wijze waarop gezamenlijke leiderschapspraktijken ontstaan, richt emergent leiderschap zich op de wijze waarop kennis beheerst wordt. Beide benaderingen hebben een gemene deler: om leiderschap in een organisatie te begrijpen is een meer systematisch begrip nodig van leiderschap als sociaal proces (Barker, 2001).

2.6.3 Relevantie met betrekking tot het onderzoek

Humanitas is heeft de kenmerken van een machineorganisatie, waarin de eindverantwoordelijkheid over prestaties zijn gecentraliseerd in een raad van bestuur (de strategische top). Hierdoor kan er zowel

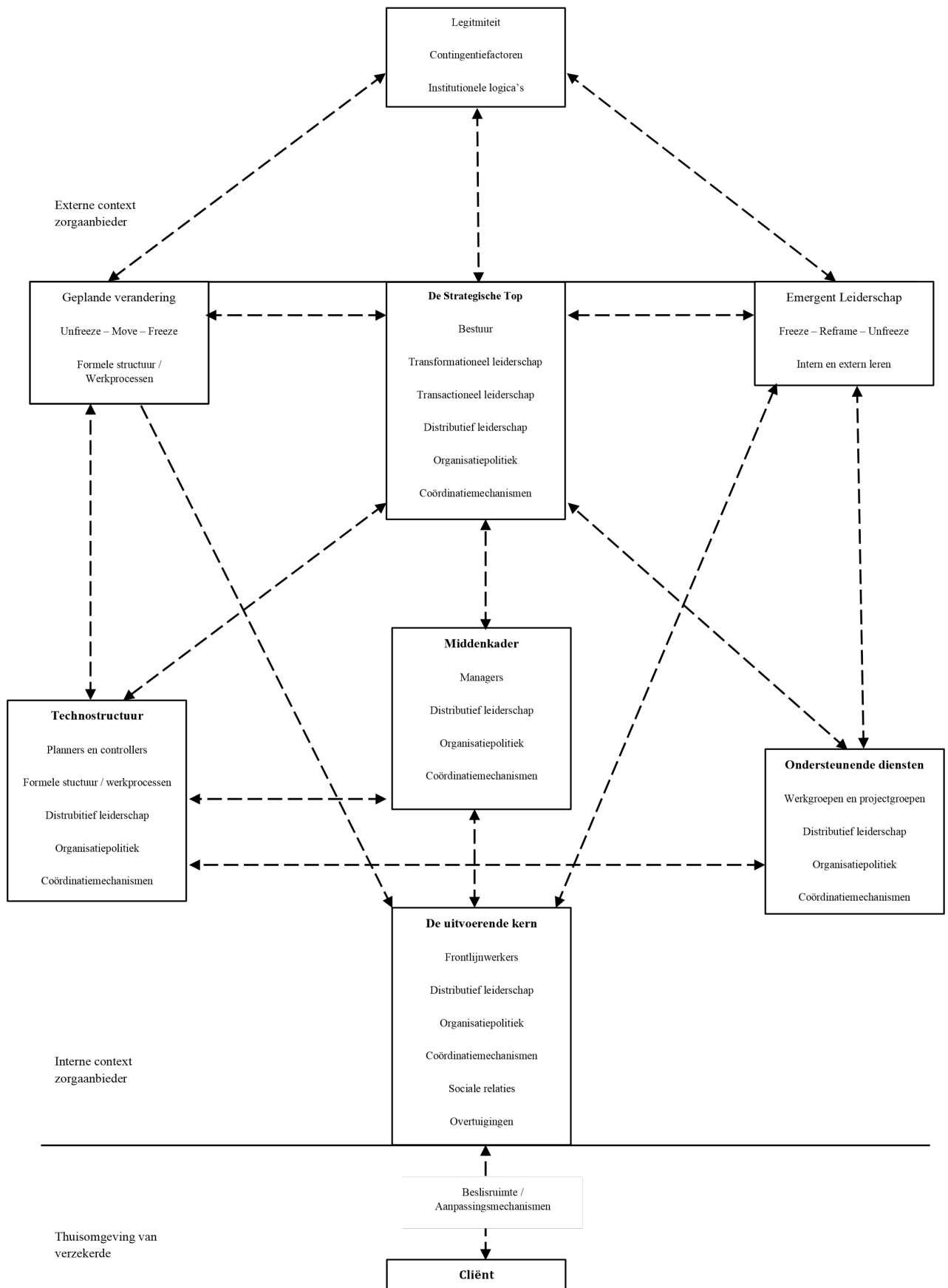
transformationeel leiderschap als transactioneel leiderschap worden verwacht. Het is bovendien relevant om te onderzoeken welke rol emergent leiderschap en distributief leiderschap spelen binnen de organisatie, omdat verwacht kan worden dat zorgaanbieders een complexe interne structuur kenmerken, waardoor leiderschapspraktijken verspreid kunnen zijn over verschillende onderdelen van de organisatie en het onbekend is hoe informatiestromen tussen de verschillende componenten georganiseerd zijn. Vooral, omdat verwacht kan worden dat organisatiepolitiek een rol speelt binnen de organisatie.

2.7 Samenvatting en Conceptueel Model

Op basis van de hiervoor beschreven theoretisch vocabulair kunnen verschillende theoretische verbanden met elkaar gekoppeld worden in een conceptueel model dat relevant wordt geacht bij de analyse van de organisatieverandering bij Stichting Humanitas. Met andere woorden is het conceptueel model een samenvatting van het 'theoretisch vocabulair' (Pettigrew, 1985), dat adequaat wordt geacht bij de bestudering van de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Humanitas.

- De neo-institutionele theorie en de literatuur over institutionele logica's kan gekoppeld worden aan de configuratietheorie, omdat het verantwoord is naar de externe omgeving en het beheersen van institutionele logica's binnen verschillende delen van de organisatie kan plaatsvinden.
- Emergent leiderschap, het coördineren van kennis over de interne en externe context kan gerelateerd worden aan de strategische top en de ondersteunende diensten (de ad hocratie). Het kan gerelateerd worden aan de strategische top, omdat deze emergent leiderschap kan organiseren. Het kan gerelateerd worden aan de ondersteunende diensten, omdat dit volgens Mintzberg (1983) de plaats in de organisatie is waarin wordt ingespeeld op externe ontwikkelingen.
- Externe eisen kunnen vertaald worden in formele procedures en protocollen, waardoor verwacht kan worden dat de technestructuur een belangrijke rol speelt bij het incorporeren van externe eisen binnen de organisatie.
- Het onderscheid tussen de technestructuur en de ad hocratie kan vaag zijn, omdat externe ontwikkelingen (ad hocratie) en formalisatie (technestructuur) gerelateerd zijn.
- De strategische top en de technestructuur zijn gerelateerd aan de geplande benadering van verandering, omdat de strategische top wordt geassocieerd met transformatieel leiderschap en transactioneel leiderschap, die centraal staan in de geplande benadering en de technestructuur het organisatieonderdeel vormt waarin werkprocessen worden ontworpen en planning en controle wordt uitgevoerd.
- Formele structuur en werkprocessen kunnen slechts deels de invulling van de beslissruimte verklaren, omdat de benadering op de beslissruimte en de potentiële invloed van cliënten hier ook invloed op heeft.
- Tot slot kan de organisatiecontext 'politiek' zijn, omdat verschillende organisatieonderdelen de macht naar zich toe kunnen trekken. Dit laat tevens het belang zien van de verdeling van leiderschapspraktijken (distributief leiderschap), coördinatiemechanismen en emergent leiderschap, omdat deze mede bepalen hoe informatieasymmetrie tussen verschillende componenten in de organisatie overbrugt worden.

De pijlen en stippellijnen in het conceptueel model kunnen zowel worden gelezen als handvatten om verschillende aspecten van de verandering te kunnen beschrijven (lees: deelvraag 1 t/m 4), als de verbanden waartussen 'generieke mechanismen' kunnen worden geobserveerd (lees: deelvraag 5).



Figuur 3: Het conceptueel model

Hoofdstuk 3: Methodologie en operationalisering

3.1 Inleiding

Zoals eerder aangegeven vertrekt deze thesis vanuit de wetenschapsfilosofische stroming die het ‘contextualisme’ wordt genoemd. Het doel van dit onderzoek is om vanuit de contextuele rijkdom van een organisatie ‘generieke mechanismen’ te ontdekken. Deze mechanismen kunnen begrepen worden vanuit een breder begrip van de wetenschapsfilosofische fundamenteën van de benadering. Het contextualismeperspectief op verandermanagement heeft zijn wetenschappelijk fundament in het kritisch realisme (Sminia, 2009). Deze stroming gaat uit van een interpretatieve epistemologie (Balihar, 2003), waarin de werkelijkheid buiten het individuele, subjectieve begrip van de werkelijkheid bestaat. Desalniettemin laat de werkelijkheid zich tonen, via onderliggende mechanismen van zich terugkerende procespatronen van individueel en subjectief handelen (Pettigrew, 1990). Dit noemt Pettigrew ‘generieke mechanismen’. Deze mechanismen volgen in abstracte zin de structuratietheorie van Giddens (1979) om herhaaldelijke patronen in processen te zien. De structuratietheorie ziet sociale processen als het resultaat van handelen als het gevolg van sociale structuren, maar het handelen van actoren heeft tevens een effect hebben op de reproductie en het veranderen van de sociale structuur. De implicatie hiervan is dat de werkelijkheid, de ‘generieke mechanismen’ tijd en context gebonden zijn en kwalitatieve bevestiging van betrokken vereist. Met andere woorden wordt verondersteld dat de aard van de sociale werkelijkheid uit meerdere sociaal geconstrueerde werkelijkheden bestaan, die niet of nauwelijks worden bepaald door wetmatigheden. Het is de rol van de wetenschapper om het geheel van deze subjectieve constructies te verenigen in een meer verfijnde constructie van de werkelijkheid. Dit staat in deze thesis centraal.

3.2 Literatuurstudie

Om de contextuele rijkdom van zorgaanbieders te kunnen duiden is eerst gekozen om beleidsdocumenten te analyseren, teneinde de hervorming van de langdurige zorg inzichtelijk te maken. Dit wordt relevant geacht omdat de externe context van zorgaanbieders een belangrijke rol speelt bij de analyse van organisatieveranderingen (Pettigrew, 1985). Er zijn in dit kader verschillen beleidsdocumenten van de Rijksoverheid, zorgverzekeraars en Gemeenten, alsmede documenten van onder andere branchorganisaties en toezichthouders bestudeerd.

3.3 Case study onderzoek

Vervolgens is ervoor gekozen om casusonderzoek te verrichten bij Stichting Humanitas. Een case study is een benadering die geschikt is voor deze thesis, omdat de theoretische en maatschappelijke kennis omtrent het onderwerp van deze thesis beperkt is. Binnen casusonderzoek is het belangrijk om rekening te houden met de interne validiteit van het onderzoek, omdat anders dan bij een wetenschappelijk experiment exogene ontwikkelingen niet te controleren zijn (Braster, 2000). De consequentie hiervan is dat het de vraag is of een

gevolgtrekking terecht is, of het gevolg is van alternatieve verklaringen en mogelijkheden. Omdat de causaliteitsvraag in casestudy onderzoek moeilijk te beantwoorden is, moet casestudy onderzoek het veeleer hebben van ‘plausibiliteit’ van aannemelijke verbanden van oorzaak en gevolg. Via ‘pattern matching’ en ‘explanation building’ kan de interne validiteit van het onderzoek zo groot mogelijk worden (Yin 1994,). Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met alternatieve interpretaties. Om de interne validiteit van het onderzoek te vergroten is gekozen voor een meervoudige case study benadering. Het belangrijkste voordeel om meer dan één casus te onderzoeken is dat resultaten gezien kunnen worden als overtuigender, omdat casussen op verschillende aspecten van elkaar verschillen, waardoor generalisaties tussen casussen duidelijker zijn. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van ‘patroonherkenning’ door empirische bevindingen te vergelijken met theoretische concepten. Daarnaast is er gebruik gemaakt van ‘ explanation building’ door observaties te toetsen aan eerdere bevindingen. Dit wordt ook wel een replicatielogica genoemd (Yin, 1994). Door een continue reflectie op eerdere bevindingen en theoretische concepten werd het mogelijk om inzicht te krijgen in generieke mechanismen (Pettigrew, 1985). Bij case study onderzoek is het belangrijk dat een casus zorgvuldig gekozen wordt (‘purposive sampling’) (Yin, 1994).

Het onderwerp van deze thesis, de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg, biedt twee methodologische voordelen. Ten eerste wordt een groot gedeelte van de markt gekenmerkt door machineorganisaties (Ipenburg, 2011), waardoor veel zorgaanbieders een geschikte casus zouden vormen. Ten tweede kenmerken deze organisaties tevens een divisiestructuur (Ipenburg, 2011). Dit impliceert dat zorgaanbieders vertrekken vanuit een algemene visie en strategie, maar tegelijkertijd flexibel moeten inspelen op lokale contexten (Mintzberg, 1983). Hierdoor kan verwacht worden dat binnen een organisatie met een divisiestructuur de verschillende divisies niet enkel van elkaar verschillen op geografische, demografische en ruimtelijke kenmerken, maar ook op organisatiatorische kenmerken (Mintzberg, 1983). Indien dezelfde mechanismen in verschillende regio’s gevonden worden versterkt dit de interne validiteit van bevindingen, omdat patronen naar elkaar verwijzen en daardoor de interne validiteit vergroten. Met andere woorden is het mogelijk om een meervoudige case study uit te voeren binnen een organisatie.

Naast de eerder besproken interne validiteit en externe validiteit is het ook belangrijk om rekening te houden met de constructvaliditeit (Yin, 1994). Construct validiteit, ook wel begripsvaliditeit genoemd, heeft betrekking op de adequate vertaling van theoretische begrippen naar empirische variabelen. De algemene gedachte is dat een onderzoek moet voorkomen dat het onderzoek te veel gebaseerd is op theoretische veronderstellingen, omdat dit kan leiden tot het te sterk beperken van de contextuele rijkdom (Pettigrew, 1985), terwijl een te beperkt theoretisch kader kan leiden tot dataverstikking, dat empirische generalisaties praktisch onmogelijk maakt en ertoe kan leiden dat belangrijke observaties worden gemist (Sminia, 2009). Als gevolg hiervan is het wenselijk om vanuit zo adequaat mogelijke attenderende begrippen (‘sensitizing concepts’) of een theoretisch vocabulair (Pettigrew, 1985) te hanteren om de empirie te benaderen. Om deze begrippen te toetsen aan de empirie is een triangulatie van dataverzameling wenselijk (Braster, 2000). Dit betekent dat niet één methode geschikt is om een probleemstelling te beantwoorden, maar gezocht moet worden naar een adequate combinatie van methoden (Braster, 2000). Met behulp een triangulatie van methoden kan worden geverifieerd of theoretische concepten op een correctie wijze in de empirie zijn vastgelegd. Triangulatie moet leiden tot een zekere convergentie, de conclusies van de verschillende onderzoeksmethoden moeten in dezelfde richting wijzen. In deze thesis zal gebruik gemaakt worden van vorm van triangulatie die, data-triangulatie wordt genoemd: er is gebruik gemaakt van participerende observaties, interviews, de bestudering van bedrijfsdocumenten en member-checks.

3.4 Opbouw van het onderzoek

Het huidige onderzoek is opgebouwd uit vier onderdelen. In de eerste plaats is dit onderzoek het resultaat van een stage bij Stichting Humanitas, waarin een onderzoek is gedaan naar de afstemming tussen de centrale ondersteunende diensten en de regionale ondersteunende diensten. Dit onderzoek is uitgevoerd tussen februari 2015 en juli 2015, waarin zowel bedrijfsdocumenten zijn bestudeerd, als gesproken is met 26 medewerkers, waaronder regiodirecteuren, medewerkers van centrale diensten en medewerkers van regionale diensten.

Ten tweede is een participerende observatie uitgevoerd in vier regio's bij Stichting Humanitas (Hillegersberg, Alexanderpolder, Hoogvliet, Spijkenisse en IJsselmonde (member checks)), omdat dit de meest geschikte methode is om te ontwaren hoe frontlijnwerkers zich gedragen binnen een natuurlijke en specifieke context. Door het observeren en documenteren werden handelingen van frontlijnwerkers zichtbaar, die niet zichtbaar zouden zijn door middel van formele interviews. Het veldwerk vond plaats tussen mei 2015 en juli 2015. Meer dan 86 observatie-uren werden uitgevoerd, waaronder 122 ontmoetingen tussen medewerkers en cliënten. Daarnaast zijn verschillende ontmoetingen tussen medewerkers onderling geobserveerd en gedocumenteerd. De werkzaamheden vonden plaats op een reguliere dag, zonder manipulatie van het onderwerp of de volgorde van werkzaamheden, teneinde de onderzoeksstrategie te bewaken. De observaties van verschillende formele ontmoetingen werden vergroot door verschillende observaties van informele discussies en conversaties tussen medewerkers onderling en met cliënten. Om de interpretatie van de observaties te controleren en om de betekenis van de dagelijkse routines te verhelderen werden verschillende informele conversaties gevoerd met frontlijnwerkers en cliënten. Daarnaast werden 17 vervolginterviews gehouden met zowel uitvoerende medewerkers als direct betrokkenen, zoals managers en teamcoaches.

Het is relevant om te vermelden dat dit onderdeel van de empirie eerder gebruikt is voor mijn thesis sociologie (arbeid, organisatie en management) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit onderzoek kan worden gezien als de voortzetting van dit onderzoek door het binnen een bredere context te plaatsen (lees: Pettigrew, 1985). Wanneer aspecten van mijn vorige thesis gebruikt worden, zal ik verwijzen naar mijn vorige thesis met '(Kind, 2015)'.

Ten derde is onderzoek verricht naar het verandermanagement met betrekking tot de invoering van zelfsturende teams en bedrijfsbureaus. In de periode van augustus 2015 tot december 2015 zijn 30 interviews afgenomen met onder andere projectleiders, managers, directeuren, wijkverpleegkundigen en hoofden van centrale diensten.

Tot slot zijn de gevonden 'generieke mechanismen' voorgelegd aan medewerkers op zowel centraal niveau als regionaal niveau, teneinde te voldoen aan de ' kwalitatieve bevestiging' van actoren (Pettigrew, 1985). In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de respondenten per onderzoeksfase.

Respondenten	Fase 1: ondersteunende diensten (feb-juli 2015)	Fase 2: Uitvoering (jun-aug-2015) (inclusief informele gesprekken)	Fase 3: verandermanagement (aug-dec 2015)	Fase 4: member checks
Directeuren	4	3	4	1
Managers	3	5	3	1
Teamcoaches	-	6	4	1
Wijkverpleegkundigen	-	9	5	1
Medewerkers regionale diensten	8	-	3	1
Medewerkers centrale diensten	10	3	7	1
Projectleiders	2	2	4	1
Teamleiders		2		1
Verpleegkundigen en verzorgenden	-	20	-	1
Totaal	27	50	30	9

Tabel 2: Respondenten per onderzoeksfase

3.5 Betrouwbaarheid

Aanvankelijk werden de veldnotities, getranscribeerde interviews en bedrijfsdocumenten gecategoriseerd op basis van de concepten die besproken zijn in het theoretisch kader. Vervolgens was het mogelijk op per concept (bijv. concrete veranderingen, werkprocessen e.d.), de data te categoriseren. Hierbij is gebruik gemaakt van constante vergelijking. Wanneer nieuwe data verzameld waren, werden deze vergeleken met eerdere data en tussentijds geanalyseerd. Dit maakte het mogelijk om patronen te herkennen in de geanalyseerde data. Na de codering en categorisering van bedrijfsdocumenten, kon ieder interview hierdoor scherper benaderd worden. Uiteindelijk was het mogelijk om de verschillende concepten samen te voegen en te splitsen en deze op een abstracter niveau in ‘ generieke mechanismen’ te formuleren (Pettigrew, 1985; Wester & Peters, 2004).

Tot slot wordt de betrouwbaarheid van case study’s in twijfel getrokken (Braster, 2000). Dit heeft met name te maken met de flexibiliteit die case study’s eigen is. Een voorbeeld hiervan zijn de iteratieve processen om theorie te ontwikkelen. Desalniettemin moet onderzoek controleerbaar zijn, waardoor de mogelijkheid bestaat om kritiek te leveren op de uitkomsten. Dit betekent dat de resultaten van het onderzoek zo precies en zo helder mogelijk geformuleerd moeten worden. Alleen langs deze weg is het mogelijk dat de onderzoeksuitkomsten

geverifieerd (of gefalsifieerd) kunnen worden en dat het verloop van het onderzoeksproces te reconstrueren is door derden. Met betrekking tot case study's wordt daarom aanbevolen om met oog op de betrouwbaarheid te beschikken over (Yin, 1994): 1) Een case study protocol, waarin de uitvoering van het onderzoek is vastgelegd achtergronden en doelstellingen, de onderzoeksvragen, de selectie van onderzoekseenheden, de veldoperaties, de interviewschema's, e.d. 2) Een case study database op te bouwen, waarin primaire en secundaire onderzoeksgegevens zijn opgenomen, waaronder onderzoeksnotities en verslagen, interviewverslagen, documenten, codeboeken e.d. De auteur heeft aan beide aanbevelingen beantwoord door enerzijds een protocol te volgen en daarnaast ook de observaties en informele en formele gesprekken met respondenten zo adequaat mogelijk te documenteren en te categoriseren.

Hoofdstuk 4: Resultaten

4.1 Inleiding

In de volgende paragrafen zal de beantwoording van deelvragen 1 t/m 4 volgen.

Deelvraag 1: Waarom implementeert Stichting Humanitas zelfsturende teams in de thuiszorg?

Deelvraag 2: Wat verandert er bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?

Deelvraag 3: Hoe verandert Stichting Humanitas bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg?

Deelvraag 4: Wie zijn betrokken bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?

De antwoorden op deze deelvragen zijn beschrijvend van aard en kunnen worden begrepen als de methodologische handvatten die leidend zijn bij het vinden van de ‘generieke mechanismen’ (lees: deelvraag 5) die centraal staan in dit onderzoek (Pettigrew, 1985; Sminia, 2009). Daarnaast zullen de antwoorden op deze deelvragen helpen om de ‘generieke mechanismen’ voor de lezer inzichtelijk te maken.

4.2 De externe context: de herstructurering van de thuiszorg

Thuiszorg heeft binnen beleidsdocumenten verschillende benamingen, zoals extramurale zorg, verpleging en verzorging thuis en wijkverpleging. In deze thesis wordt hieronder het beoordelen van uitvoeren van verpleegkundige en verzorgende handelingen bij kwetsbare burgers bedoeld. Per 1 januari 2015 zijn delen van de thuiszorg overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige zorg (Wlz). Het leeuwendeel van de thuiszorg wordt uitgevoerd door Zorgverzekeraars en het gaat hier over thuiszorg aan mensen met psychogeriatrische aandoeningen (PG), lichamelijke handicaps (LG) en somatische cliënten (SM) en het gaat om ongeveer 358.000 burgers. Een kleiner percentage van ongeveer 26.000 mensen, krijgt persoonlijke verzorging vanuit de Wmo. Het gaat hier voornamelijk om mensen met een psychiatrische aandoening (PSY) of mensen met een verstandelijke beperking (VB). Daarnaast hebben naar schatting 70.000 mensen thuiszorg vanuit een Wlz-indicatie. Het gaat om mensen die op basis van hun medische kenmerken aanspraak maken op zorg met verblijf (intramurale zorg), maar ervoor kiezen om deze zorg thuis te ontvangen, bijvoorbeeld door een volledig pakket thuis (VPT). De verschillende wetten verschillen op verschillende aspecten van elkaar (SCP, 2015, Rijsoverheid, 2015).

4.2.1 De Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeraars dragen op dit moment nog maar een beperkte financiële verantwoordelijkheid voor de thuiszorg. Omdat er geen goed werkend ex ante risicovereveningssysteem voor de thuiszorg bestaat, speelt ex post compensatie voor dit deel van de Zvw een belangrijke rol en hebben zorgverzekeraars weinig prikkels om de uitgaven voor thuiszorg te beperken. De zorgverzekeraars worden echter wel geconfronteerd met een

taakstelling van 400 miljoen euro naar een verlaagd budget van 3,1 miljard euro. In de huidige situatie wordt deze taakstelling doorvertaald in doelmatigheidskortingen (volumekortingen en tariefkortingen) naar zorgaanbieders. Bij overschrijding van dit budget treedt een Macro Beheers Instrument (MBI) in werking, waarbij gecontracteerde aanbieders in gelijke mate worden gekort. Zorgverzekeraars hebben in de huidige context relatief weinig wettelijke mogelijkheden om keuzes te maken op het gebied van indicatiestelling en inkoop. Ten eerste hebben zij een zorgplicht, hierdoor mogen zij hun premie niet afhankelijk maken van de persoonlijke kenmerken van verzekerden. Om een uniforme premie mogelijk te maken heeft de overheid een systeem ontwikkeld dat zoveel mogelijk een gelijk speelveld creëert voor verzekeraars door rekening te houden met risicokenmerken van hun specifieke groep verzekerden, het zogehete ex ante risicovereveningssysteem. Ten tweede wordt de indicatie gesteld door een wijkverpleegkundigen in dienst van een zorgaanbieder, waardoor de zorgverzekeraar alleen indirect de indicatie kan beïnvloeden. Zo kan een verzekeraar bij de inkoop erop hameren dat aanbieders inzetten op de zelfredzaamheid van verzekerden. Ten derde moeten zorgverzekeraars bij de inkoop van de wijkverpleging voldoen aan beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), zoals maximumtarieven van de zorg. Tot slot verloopt de inkoop nog in representatie: de grootste zorgverzekeraar in een regio koopt in voor alle cliënten. Dit geeft minderheidsverzekeraars weinig mogelijkheid om invloed uit te oefenen, zowel wat betreft inkoopcontracten als eigen accenten. Wel is het mogelijk dat deze zorgverzekeraars onderzoeken instellen naar de kwaliteit van de zorgverlening (SCP, 2015, Rijsoverheid, 2015).

De thuiszorg vanuit de Zorgverzekeringenwet bestaat uit twee segmenten. Segment 1 bestaat uit wijkverpleegkundigen die net als de huisarts, de eerste toegang zijn tot professionele zorg en de verbindende schakel vormt tussen zorgvragers en zorgaanbieders van zorg, wonen en welzijn. De wijkverpleegkundige voert binnen segment 1 collectieve wijktaken uit die niet toewijsbaar zijn aan een individuele verzekerde, zoals het signaleren en aangaan en onderhouden van contacten uit het (sociale) wijknetwerk. De wijkverpleegkundige is rechtstreeks toegankelijk en gericht op ‘case finding’. Het resultaat van segment 1 bestaat uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders binnen het domein van de Wmo of de Zvw in goede afstemming met het sociaal wijknetwerk. Het leeuwendeel¹⁷ van de thuiszorg die valt onder de Zorgverzekeringwet bestaat uit het verrichten van verpleegkundige en verzorgende handelingen. Daarnaast vallen er taken onder als indiceren, stimuleren, signaleren en coördineren. Deze taken dragen ertoe bij dat de zorg op maat en doelmatig geleverd wordt aan een verzekerde en het betreft samenhangende zorg op individueel niveau verzekerdeniveau bij meervoudige gezondheidsproblemen, waarbij tussen afstemming tussen medisch en sociaal domein nodig is. In beleidsdocumenten worden deze taken aangeduid als segment 2¹⁸(CZ, 2014; Achmea, 2014; Menzis, 2014). Wanneer binnen het (sociale) wijknetwerk door de wijkverpleegkundige (segment 1) is vastgesteld dat er een verwijzing dient plaats te vinden naar de Zvw in het kader van aanspraak wijkverpleging (segment 2), kiest de verzekerde een zorgaanbieder om de zorg van te ontvangen. Binnen de zorgaanbieder stelt de wijkverpleegkundige (segment 2) de aard, inhoud en omvang van de zorgvraag vast, alsmede de handelingen die de cliënt zelf nog kan uitvoeren (lees: zelfredzaamheid). De indicatie wordt vervolgens door de zorgaanbieder vervat in een met de verzekerde afgestemd zorgplan. Hierin worden de specifieke handelingen beschreven die thuiszorgmedewerkers uitvoeren bij cliënten thuis (CZ, 2014; Achmea, 2014; Menzis, 2014)

¹⁷ Voor Segment 1 is een budget van 40 miljoen euro beschikbaar, terwijl er voor Segment 2 3,1 miljard euro beschikbaar is.

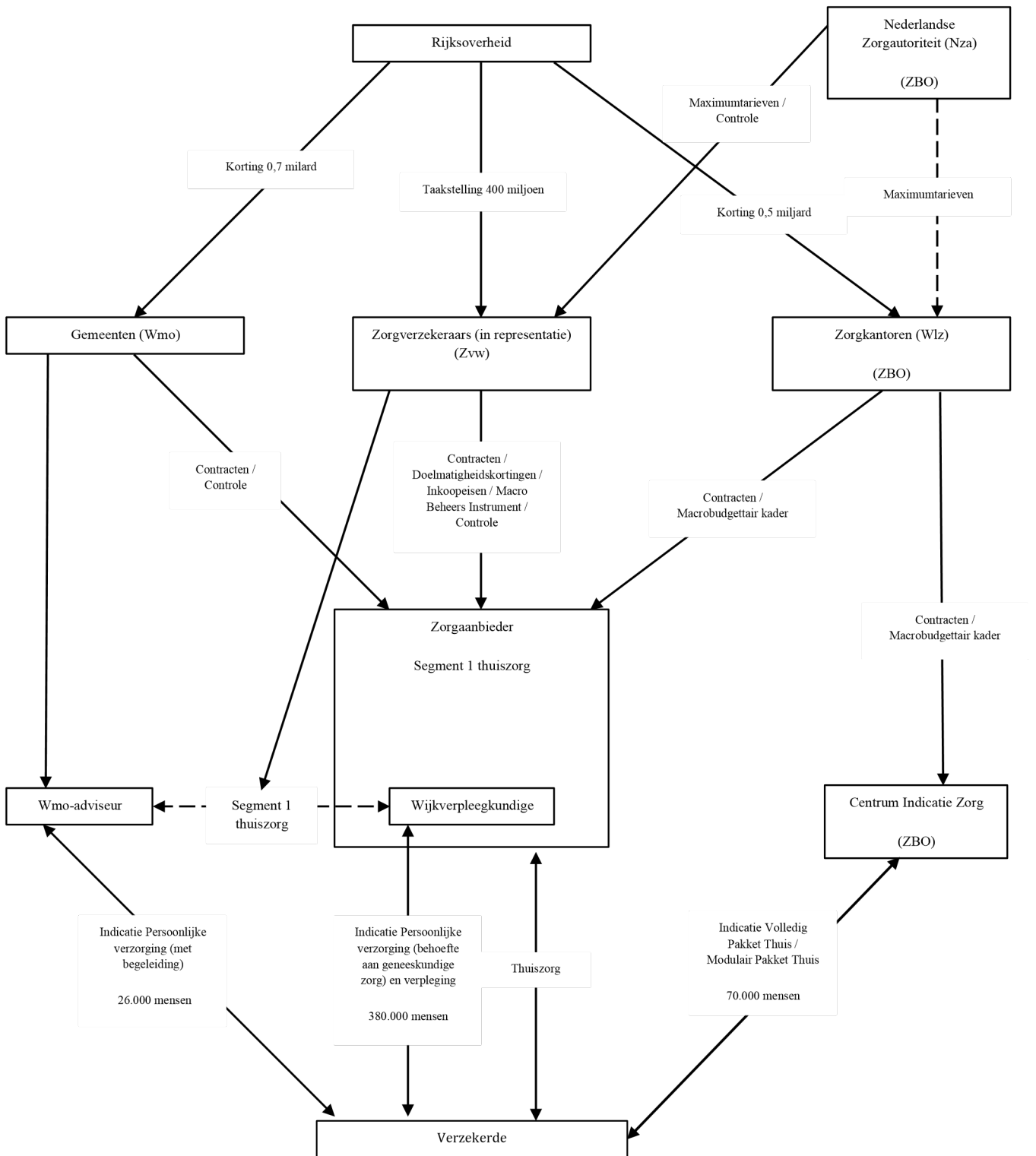
¹⁸ De Segment 2 wijkverpleging staat centraal in dit onderzoek.

4.2.2 De Wet Langdurige Zorg

De Wlz wordt net als de AWBZ uitgevoerd door zorgkantoren, die functioneren als zelfstandig bestuursorganen. Zorgkantoren kopen zorg in bij zorgaanbieders. Indicaties worden binnen de Wlz gesteld door het centrum indicatie zorg (ciz), waarbij landelijke regels voor indicatiestelling gevolgd wordt. Bij de indicatiestelling voor de Wlz speelt in tegenstelling tot de indicatiestelling bij de Zvw, zelfredzaamheid en zelfregie een minder grote rol en betreft het vooral de medische kenmerken van een cliënt. Daarnaast zijn deze indicaties veelal geldig voor onbeperkte tijd. Het ciz en de zorgkantoren zijn niet risicodragend en hebben daardoor geen sterke financiële prikkel om de zorg doelmatig te organiseren. Zorgkantoren hebben wel een macrobudgettair kader, dat gebaseerd is op historische uitgaven, waar zij zo veel mogelijk binnen moeten blijven. In 2015 is er 0,5 miljard bezuinigd op de Wlz, naar een verlaagd budget van 19,5 miljard. Net als de zorgverzekeraars zijn zorgkantoren gebonden aan beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), zoals maximumtarieven voor bepaalde prestaties (SCP, 2015; Rijksoverheid, 2015)

4.2.3 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De Wmo wordt uitgevoerd door Gemeenten, die in tegenstelling tot zorgverzekeraars en zorgkantoren volledig risicodragend zijn. De meeste indicaties betreffende de thuiszorg worden gesteld door Wmo-adviseurs en worden aangeduid als ‘maatwerkvoorzieningen’. Gemeenten kopen deze zorg vervolgens in bij zorgaanbieders. Betreffende de volledige Wmo (inclusief maatschappelijke ondersteuning) zijn Gemeenten met 0,7 miljard gekort naar een totaal budget van 8,0 miljard. In figuur 4.5 wordt een overzicht gegeven van de externe context van aanbieders van thuiszorg (SCP, 2015; Rijksoverheid, 2015).



Figuur 4: De externe omgeving van Stichting Humanitas

4.2.4 Toekomstbestendigheid

Uit verschillende interviews en bedrijfsdocumenten volgt dat Humanitas zich bewust is van een kwetsbare positie op de markt van de thuiszorg, omdat het organisatiemodel niet past bij een organisatiemodel dat flexibel en snel op veranderde wet-en regelgeving (externe eisen) en veranderde klantvragen wil en moet reageren. Intern is de vergelijking gemaakt met Free Record Shop en Vroom & Dreesman. Beide organisaties waarvan het een

lange tijd ondenkbaar was dat deze in de financiële problemen zouden raken, maar toch op de rand van een faillissement belandden. Als gevolg van de onvoorspelbaarheid van het nieuwe stelsel (de externe context) is het voor Humanitas moeilijk om een strategisch beleidsplan te ontwikkelen en kan de strategie van Humanitas het beste worden omschreven als het continu inspelen op externe ontwikkelingen, teneinde een stabiele marktpositie te behouden (Stichting Humanitas, 2015).

Binnen deze strategie zijn toekomstbestendigheid (de marktpositie) en legitimiteit met elkaar verbonden. Humanitas is zich ervan bewust dat zij enkel 'bestaansrecht' kan behouden als de interne structuur verandert, omdat deze binnen de huidige context als illegitiem wordt ervaren. Vooral door het succes van Buurtzorg, de nadruk op meer professionele autonomie en regelruimte in de uitvoerende kern en de trend binnen het domein (Actiz, 2014; Actiz, 2015), heeft Humanitas het starten van zelfsturende teams ervaren als een noodzakelijkheid om mee te kunnen gaan in het veranderde stelsel. Uit verschillende interviews volgt dat het starten met zelfsturende teams kan worden begrepen als een signaal naar belangrijke stakeholders, zoals: zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en andere toezichthouders dat Humanitas flexibel op de veranderde context kan inspelen. Deze externe verantwoording wordt belangrijk geacht, omdat deze partijen de inkomsten (contracten) en kwaliteit (toezichthouders) bepalen en hiermee de belangrijkste actoren zijn binnen de gereguleerde markt. Dit sluit aan bij de observatie dat symbolisch handelen kan worden gerelateerd aan externe legitimering en het verkrijgen van (publieke) middelen (Meyer & Rowan, 1977).¹⁹ Betreffende de literatuur volgt tevens dat de zelfsturende teams voortkomen uit de ervaren illegitimiteit met betrekking tot de interne structuur. Dit heeft vervolgens geleid tot mimetisch handelen door de organisatiestructuur van de meest legitieme organisatie (Buurtzorg) te kopiëren (vgl. mimetisch isomorfisme). Het is relevant te vermelden dat dit niet alleen geldt voor de zelfsturende teams, maar ook voor de regionale ondersteunende diensten, die bedrijfsbureaus worden genoemd. Verder is het relevant om te vermelden dat Humanitas gedwongen is om wijkverpleegkundigen in dienst te nemen, omdat deze per 1 januari 2015 de indicaties stellen binnen de thuiszorg (zie: figuur 5). Hierdoor is Humanitas gedwongen om professionals in dienst te nemen (vgl. dwingend isomorfisme en normatief isomorfisme). Tot slot is het relevant om te vermelden dat Humanitas de doelmatigheidskortingen van zorgverzekeraars als onredelijk heeft ervaren, maar tevens weinig andere keuzes zag dan deze te accepteren (vgl. dwingend isomorfisme) (DiMaggio & Powell, 1983).

4.2.5 Interne context: Een korte geschiedenis

De oorsprong van Stichting Humanitas ligt net als bij vele andere aanbieders van thuiszorg in charitatieve initiatieven. In de winter van 1944/1945 ontstond onder sociaal-democraten bezorgdheid over het welzijn van burgers in de tijd na de oorlog. Kort na de bevrijding werd vanuit deze bezorgdheid de Stichting Humanitas Maatschappelijk Werk op Humanistische Grondslag opgericht (later de landelijke vereniging Humanitas genoemd). Deze stichting werd opgericht vanuit de behoefte aan modern maatschappelijk werk en ondersteuning, vooral voor het niet-kerkelijke deel van de bevolking, dat niet in aanmerking kwam voor kerkelijke charitatieve initiatieven. Direct na de oprichting werd begonnen met de vormgeving van afdelingen door het hele land. Om de bestuurbaarheid van de stichting te vergroten werd later gekozen om de landelijke vereniging Humanitas op te splitsen in zes werkstichtingen, die zich vervolgens hebben opgesplitst in

¹⁹ Externe legitimiteit is verweven met het verkrijgen van middelen en een stabiele marktpositie, omdat er sprake is van een gereguleerde markt, waarin de mechanismen van vraag en aanbod slechts beperkt werken (Ipenburg, 2011).

verschillende stichtingen. De huidige Stichting Humanitas (Rotterdam) is een fusie tussen drie stichtingen: de Stichting Humanitas Thuiszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Rotterdam (1996), de Stichting Humanitas Ouderenzorg (1959) en de Stichting Humanitas huisvesting (1992). Stichting Humanitas biedt huisvesting, zorg, en maatschappelijke diensten op en vanuit bijna 40 locaties in de regio Rotterdam, aan ongeveer 6.000 ouderen. De organisatie heeft ruim 3.500 medewerkers. Met betrekking tot deze thesis is het relevant dat Humanitas een geïntegreerde zorgaanbieder is, die zowel Wmo-ondersteuning, Zvw-zorg als Wlz-zorg levert. Met betrekking tot de thuiszorg levert Humanitas zorg aan ongeveer 2.400 cliënten in de regio Rotterdam, omdat Humanitas zich vooral op de doelgroep ouderen richt wordt persoonlijke verzorging met begeleiding (Wmo) zeer beperkt geleverd²⁰. Daarnaast heeft Humanitas weinig cliënten met een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (vmt). Als gevolg hiervan bestaat het cliëntenbestand binnen de thuiszorg voor ongeveer 92% uit persoonlijke verzorging (met behoefte aan geneeskundige zorg) en verpleging (Zvw) (zie: figuur 5). Een belangrijke observatie met betrekking tot dit onderzoek is dat de eigen verantwoordelijkheid van burgers als kernwaarde wordt beschouwd binnen de organisatie. Deze zijn namelijk de volgende: 1) eigen regie (zelfregie) 2) ‘use it or lose it’ (zelfredzaamheid) 3) ‘extended family’ 4) ja-cultuur. De implicatie hiervan is dat beleidsconcepten van de Rijksoverheid en Zorgverzekeraars verankerd zijn in de statuten van de organisatie (Stichting Humanitas, 2014). In het volgende zal nader worden ingegaan op de organisatiestructuur voor de invoering van zelfsturende teams bij Humanitas.

4.2.5. Humanitas als divisiestructuur

Een eerste relevant kenmerk van de interne context van Humanitas is dat de organisatie, net als vele andere grote zorgaanbieder gekenmerkt wordt door een divisiestructuur (Ipenburg, 2011). Dit betekent dat er een intern onderscheid bestaat tussen het hoofdkwartier (hierna: centraal) en divisies (hierna: regionaal). Conform de observatie van Mintzberg (1983) is de divisiestructuur ontstaan door schaalvergrotingen en fusies, die de organisatie vanaf de jaren ‘90 verdrievoudigde in omvang. Humanitas kenmerkt zich door acht regio’s die elk bestaan uit meerdere regio’s. Bijvoorbeeld: ‘Hillegersberg, Schiebroek en Overschie’ of ‘Charlois en Feyenoord’. Aan het hoofd van de regio’s staan regiodirecteuren, die zeswekelijks verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur over de resultaten (output) van hun divisie. Deze output bestaat uit verschillende stuurfactoren, zoals: productie, kwaliteit, verzuim en tevredenheid. Daarnaast leggen regiodirecteuren jaarlijks verantwoording af op basis van een jaarlijks financieel resultaat.

4.2.6 Het voormalige organisatiemodel

Binnen de regio’s staan managers aan het hoofd van subregio’s, bijvoorbeeld: Charlois (binnen Charlois en Feyenoord) en Hillegersberg (binnen Hillegersberg, Schiebroek en Overschie), die op dezelfde resultaten worden afgerekend als de regiodirecteur, namelijk: het deelbudget en verschillende stuurfactoren. Vóór de invoering van de zelfsturende teams had de manager de beschikking over teamleiders en planners. De teamleiding hield zich bezig met randzaken, zoals productierapporten, monitoring, klachten, werkoverleg en functioneringsgesprekken. De planner hield zich bezig met het plannen, roosteren en het opvangen van verzuim. Onder de teamleiding stond de uitvoerende kern. Deze bestond uit ongeveer dertig medewerkers van meestal

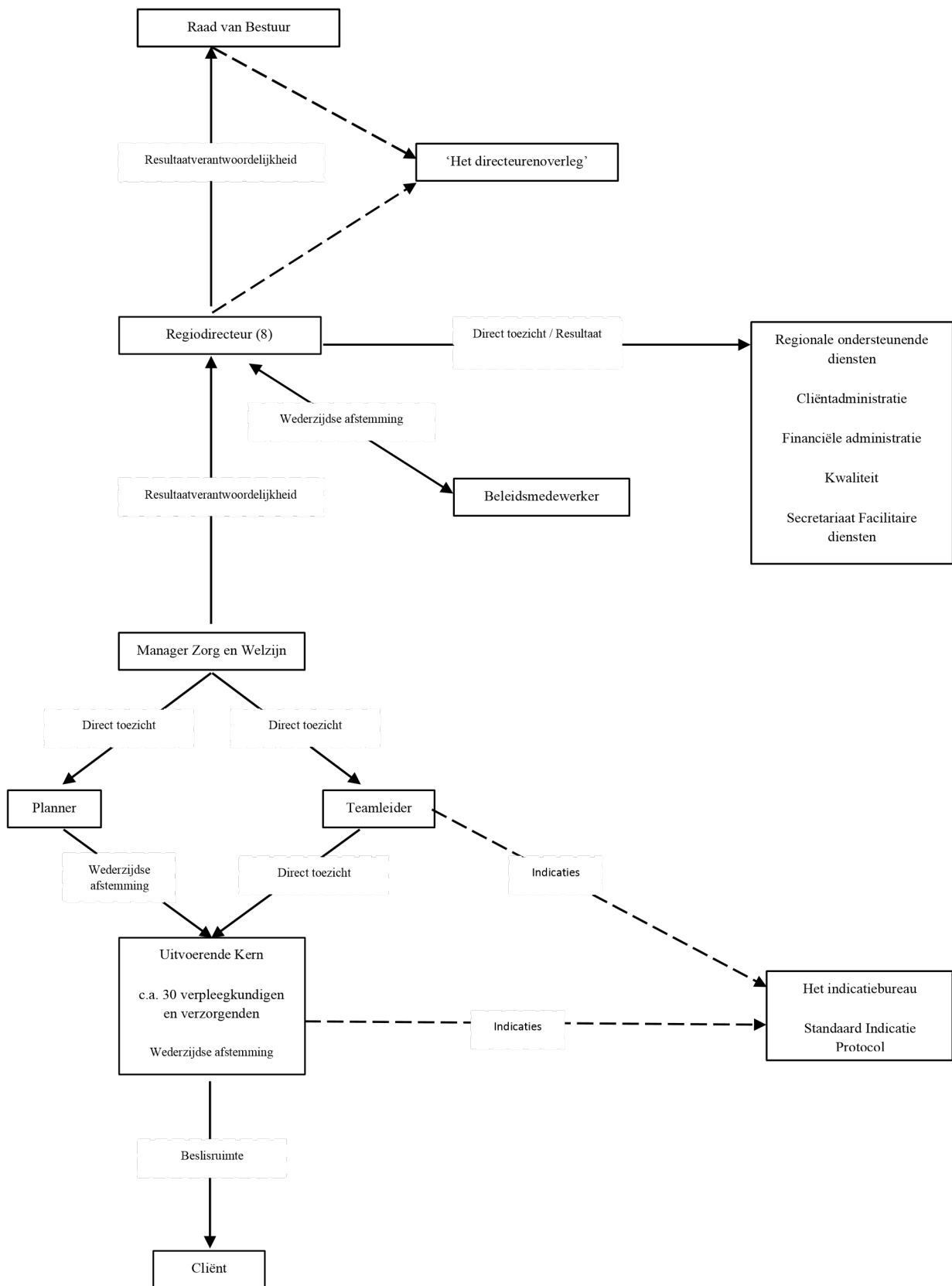
mbo-niveaus 2 of 3. Binnen de organisatie gold de ongeschreven regel dat de goedkoopst mogelijke medewerker idealiter zo duur mogelijke handelingen moest uitvoeren, omdat hierdoor het verschil tussen inkomsten en uitgaven zo hoog mogelijk was. De taak om dit adequaat uit te voeren lag bij de planning en de teamleiding, die de medewerkers van een rooster en looplijsten voorzagen, waarop het adres, de tijd, en taken met betrekking tot het uitvoeren van verpleegkundige en verzorgende handelingen stond beschreven. Bij de uitvoering werd gehamerd op de productie en productiviteit (lees: stuurfactoren). Productie betekent dat medewerkers de declareerbare indicatietijd zo volledig mogelijk trachten uit te voeren en zowel onderproductie (te kort bij cliënten werken) en overproductie (te lang bij cliënten werken) kunnen leveren. Productiviteit verwijst naar het aantal minuten dat medewerkers bij cliënten werken als percentage van het aantal contracturen. Zowel de productie als de productiviteit konden worden bepaald op basis van In/Outs. Dit zijn digitale tijdregistratieinstrumenten, die bij binnenkomst en vertrek langs een aan de cliënt gekoppeld pasje werden gehaald.

Voor de hervorming van de langdurige zorg (1 januari 2015) werd de zorgvraag van cliënten bepaald via het taakmandaat en het standaardindicatieprotocol (SIP). Dit betekende dat uitvoerenden of teamleiders een indicatie bij het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) konden aanvragen via een vragenlijst die werd afgenomen bij het indicatiebureau (lees: centrale dienst). De uitkomst hiervan was een indicatie ('een zorgproduct'), dat gekoppeld was aan een specifiek aantal declarabele zorgminuten per week. De uitkomst hiervan werd vervolgens gecommuniceerd naar het CIZ (zie: figuur 5), dat de indicaties wettelijk verankerde.

Vanuit het voorgaande volgt dat de regionale organisatiestructuur de kenmerken had van een machineorganisatie (Mintzberg, 1983), waarin het uitvoerende werk gestandaardiseerd is en opgedeeld is in verschillende functies. Daarnaast had Humanitas de kenmerken van een street-level bureaucracy (Lipsky, 1980), omdat medewerkers binnen de 'zorgproducten' een zekere beslissruimte hadden bij de uitvoering hiervan. Bovendien hadden medewerkers invloed op de totstandkoming van indicaties, omdat zij de informatie leverden aan het indicatiebureau, waarop indicaties gebaseerd werden.

4.2.7 Regionale ondersteunende diensten

Verder hadden regiodirecteuren voor de invoering van de zelfsturende teams de beschikking over verschillende ondersteunende diensten, waaronder: cliëntadministratie, financiële administratie, kwaliteit, facilitaire diensten, inkoop, een secretariaat en afhankelijk van de omvang van een regiobeleidsmedewerkers. De relatie tussen de regiodirecteur en deze ondersteunende diensten werd gekenmerkt door direct toezicht en resultaatverantwoordelijkheid. Medewerkers stonden onder direct toezicht van de regiodirecteur, maar deze had vaak weinig verstand van de materie (bijvoorbeeld: de administratieve systemen) en bovendien weinig tijd om sturing te geven. Deze constructie leidde ertoe dat de meeste medewerkers van de regionale diensten beoordeeld werden op basis van het uitblijven van klachten of problemen en bij sommigen (bijv. beleidsmedewerkers) door te wijzen op ontwikkelingen, innovaties of kostenbesparingen. De verschillende regio's zijn verbonden in de geïnstitutionaliseerde structuur (Grönn, 2002), die 'het directeurenoverleg' wordt genoemd. Het directeurenoverleg is zowel een overlegstructuur waarin alle regiodirecteuren iedere zes weken samenkomen, als een orgaan met beleidsbevoegdheid. Deze beleidsbevoegdheid kan worden begrepen als een 'pull' (lees: Mintzberg, 1983) vanuit de regiodirecteuren (het middenkader), die bij de fusie tussen Stichting Humanitas en Humanitas Thuiszorg (2009) ontstaan is. In figuur 5 volgt een schematisch overzicht van de organisatiestructuur in het voormalige model.



Figuur 5: Het voormalige model

4.2.9 Het centrale deel

Tussen het regionale deel en het centrale deel van Humanitas bestaat een financiële constructie, die al meer dan tien jaar van kracht is. Het centrale deel van de organisatie wordt namelijk bekostigd vanuit een afdracht van 5,5 procent op de jaarlijkse begroting van verschillende regio's. De implicatie hiervan is dat het centrale deel van Humanitas jaarlijks een budgettair plafond heeft. Humanitas heeft de volgende centrale diensten: beleid en kwaliteit, financiën, personeel en organisatie, het indicatiebureau, facilitaire diensten, inkoop, ICT, functioneel beheer, bedrijfsmaatschappelijk werk en communicatie. Aan het hoofd van iedere dienst staat een hoofd (of directeur), die verantwoording aflegt aan de raad van bestuur. Het is relevant om te vermelden dat deze diensten contingent zijn aan veranderingen in de externe context. Zo is 'het indicatiebureau' voortgekomen uit het mandateren van zorgaanbieders om indicaties te stellen en is de afdeling beleid en kwaliteit ontstaan vanuit het centrale inkoopbeleid van zorgkantoren en gemeenten.

Aangezien de output van veel van deze diensten veelal vaag is, bestaat verantwoording uit direct toezicht, maar tevens uit resultaatverantwoordelijkheid (Mintzberg, 1983). De Raad van Bestuur staat namelijk boven de centrale diensten, maar heeft tegelijkertijd een kenniskloof ten aanzien van de dagelijkse werkzaamheden van deze diensten. Hierdoor worden de hoofden van deze diensten beoordeeld op basis van het uitblijven van klachten of problemen en het wijzen op relevante ontwikkelingen, innovaties of kostenbesparingen.²⁶ Een geïnstitutionaliseerde overlegstructuur (Gronn, 2002) waarin ontwikkelingen besproken worden, is 'het maandagochtendoverleg', waarin iedere maandagochtend de Raad van Bestuur, het hoofd financiën, het hoofd van personeel en organisatie, het hoofd van de ICT en het hoofd van kwaliteit en beleid samenkomen.²¹ Humanitas heeft zoals eerder aangegeven, gekozen voor een strategie waarin de aanpassing aan externe ontwikkelingen en het streven naar legitimiteit centraal staat. Als gevolg hiervan staat verantwoording en extern leren centraal.

Het is opvallend dat het inspelen op externe ontwikkelingen is ondergebracht in verschillende constructies, die het beste kunnen worden omschreven als een gefragmenteerde adhocratie (lees: Mintzberg, 1983). De eerste constructie betreft de situatie waarin ontwikkelingen in de externe omgeving neerdalen bij centrale diensten. Zo kan de afdeling kwaliteit en beleid zich ontfemen over nieuwe vormen van monitoring of contractering, kan het indicatiebureau geconfronteerd worden met nieuwe vormen van cliëntadministratie, kan de functioneel beheerder geconfronteerd worden met aanpassingen in functionele systemen en kan personeel en organisatie zich bezighouden met veranderde opleidingstrajecten. Met andere woorden, worden ontwikkelingen opgevangen door bestaande medewerkers bij de centrale diensten. Het is relevant om te vermelden dat het ad hoc karakter van externe ontwikkelingen ertoe kan leiden dat functies vervagen. Omdat de centrale diensten een budgetplafond kennen en iedere centrale dienst gefinancierd wordt vanuit een deel van dit budgetplafond, kan dit ertoe leiden dat bij noodsituaties in een van de diensten, bijvoorbeeld rondom financiële administratie, mankracht vanuit andere diensten worden overgeheveld.

De tweede constructie betreft het starten van een 'werkgroep', die zich ontfemt over een bepaalde ontwikkeling. Werkgroepen worden vaak gestart vanuit de beleidsbevoegdheid van 'het directeurenoverleg' en bestaan uit

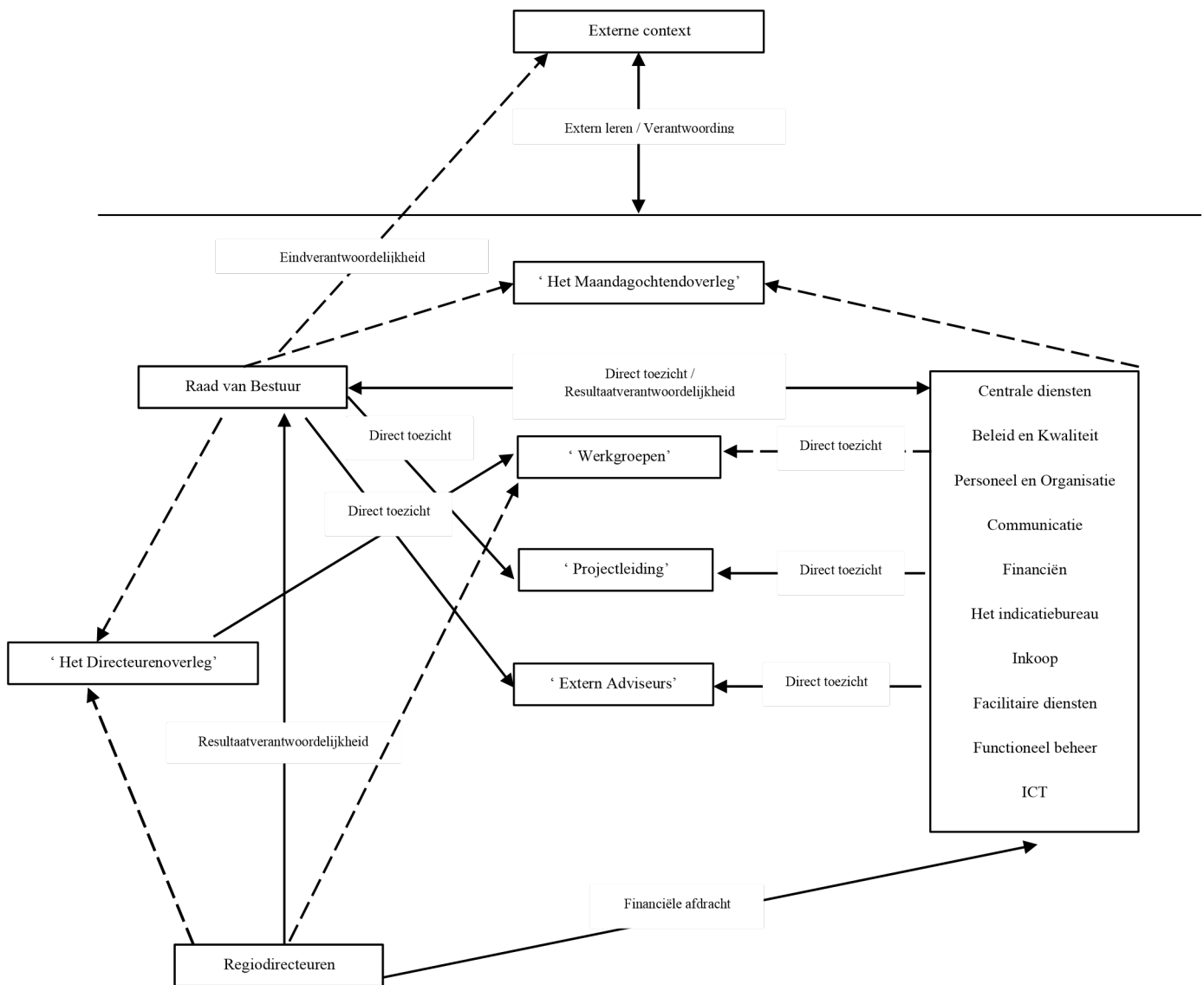
²¹ De precieze afstemming hiertussen kan wekelijks verschillen. Het is tevens mogelijk dat relevante derden worden uitgenodigd om hierbij te zijn.

relevant geachte medewerkers met betrekking tot een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld: omtrent het inzetten van vrijwilligers in de zorg, ontwikkelingen rondom de wijkverpleging of een platform voor technische innovaties.

De derde constructie betreft het starten van een 'project' met projectleiding. Projectleiders worden meestal opgestart vanuit de raad van bestuur in combinatie met 'het maandagochtendoverleg' en bestaan uit medewerkers, die zich ontfemen over een specifieke ontwikkeling voor een langere tijd, zoals het starten van de zelfsturende teams. Vaak worden deze medewerkers ondergebracht bij een probleemgerelateerde centrale dienst, zoals beleid en kwaliteit.

De vierde constructie betreft het uitbesteden van ontwikkelingen door externe adviseurs in te huren. Deze constructie ontstaat veelal uit de verwachting dat de bestaande centrale diensten een ontwikkeling niet kunnen verwerken, omdat deze specialistische kennis en expertise vereist. Deze externe adviseurs leggen verantwoording af aan de opdrachtgever, zoals een hoofd van een centrale dienst of de raad van bestuur.

Het is relevant om te vermelden dat er tussen deze vier constructies overlap kan bestaan. Zo kan een projectgroep ontstaan uit een werkgroep, kan een externe adviseur worden opgestart vanuit een werkgroep, kunnen centrale diensten (via 'het maandagochtendoverleg') een projectgroep starten, maar ook externe adviseurs inhuren. Er is tevens geobserveerd dat projectleiders, werkgroepen en extern adviseurs zich tegelijkertijd over dezelfde ontwikkelingen ontfemen. Zo was het ontwerpen van regionale bedrijfsbureaus (regionale ondersteunende diensten) ondergebracht bij projectleiders, maar ook in een werkgroep die vervolgens een extern adviseur inhuurde. In figuur 6 wordt een overzicht gegeven van het centrale deel van Humanitas. Het is relevant om te vermelden, dat waar er sprake is van een gefragmenteerde adhocratie met betrekking tot externe ontwikkelingen, de eindverantwoordelijkheid voor de uitkomsten hiervan gecentraliseerd is in de raad van bestuur, die verantwoording aflegt over de totale prestaties van Humanitas.



4.2.10 Spanningen tussen centraal en regionaal

In het voorgaande is beschreven dat Humanitas vóór de invoering van zelfsturende teams gekenmerkt kon worden als een machineorganisatie met een divisiestructuur en een gefragmenteerde adhocratie. Tussen de divisies en de gefragmenteerde adhocratie bestaat binnen Humanitas verwarring. In termen van Mintzberg (1983) kan dit worden begrepen als de verwarring tussen de ondersteunende diensten en de technostructuur. Ten eerste worden centrale diensten bekostigd vanuit een vanuit afdracht van regio's, die ondersteuning verwachten voor het geld dat zij afdragen. Daarnaast zijn de uitkomsten van de centrale diensten, net als de gefragmenteerde adhocratie in het algemeen vaak regels, procedures en protocollen die bedoeld zijn om externe ontwikkelingen, zoals veranderde administratieve stromen of vormen van verantwoording te verankeren in de regio's. Met andere woorden richten centrale diensten zich sterk op externe ontwikkelingen en de formalisatie hiervan in de regio's, terwijl regio's adequate ondersteuning verwachten. Dit leidt tot spanningen.

Ten eerste wordt er niet op alle facetten van de organisatie beleid gemaakt. Dit kan ertoe leiden dat er omtrent bepaalde aspecten, zoals functieomschrijvingen of de kasregistratie lokaal beleid wordt gemaakt. Ten tweede kan

de regiodirecteur met oog op het verbeteren van de resultaten van een regio de noodzaak ervaren om beleid te maken, bijvoorbeeld om de kwaliteit te verhogen of de financiële positie te verbeteren. Regiodirecteuren kiezen er vaak voor om met deze vragen aan te kloppen bij centrale diensten. Het zijn vaak deze specifieke ondersteuningsvragen, die afketsen op centraal niveau, omdat centrale diensten vooral gericht zijn op externe ontwikkelingen en lokaal beleid de verantwoordelijkheid van regiodirecteuren zelf vinden. Vooral, omdat zij een budgettaire verantwoordelijkheid dragen. Als gevolg hiervan stellen regiodirecteuren (binnen hun budgettaire ruimte) beleidsmedewerkers aan of huren zij externe adviseurs in om lokaal beleid te ontwerpen. Ten derde betreft dit werkzaamheden van regionale ondersteunende diensten. Er is eerder aangegeven dat het resultaat van de gefragmenteerde adhocratie het standaardiseren van werkprocessen is zoals nieuwe vormen van kwaliteitsbeoordeling of protocollen rondom cliëntadministratie. De organisatiestructuur van regio's beperkt de effectiviteit hiervan. Er is eerder aangegeven dat medewerkers van regionale ondersteunende diensten beperkt worden aangestuurd door regiodirecteuren en hoofdzakelijk worden beoordeeld op het uitblijven van klachten of problemen (lees: 4.2.7). Deze situatie leidt door een gebrek aan direct toezicht tot een situatie waarin medewerkers kunnen afwijken van (centrale) regels en protocollen. Enerzijds gebeurt dit indien centrale regels en protocollen als onwerkbaar worden ervaren en deze worden aangepast aan persoonlijke werkwijzen. Een voorbeeld hiervan is een medewerker van de lokale financiële administratie, die haar eigen vormen van administratie heeft ontwikkeld, omdat dit voor haar een overzichtelijkere situatie opleverde. Anderzijds gebeurt dit, indien het inadequaat uitvoeren van handelingen door andere werknemers de persoonlijke resultaatverantwoordelijkheid in gevaar kan brengen. Een voorbeeld hiervan is een medewerker van de lokale cliëntadministratie, die uit angst voor fouten in het AO/IC-dossier taken overneemt van teamleiders, verpleegkundigen en het indicatiebureau. Tot slot betreft dit de ondersteuning van de centrale ondersteunende diensten. Aangezien de externe omgeving van Humanitas voortdurend in ontwikkeling is, veranderen veel processen continu. Aangezien medewerkers bij deze ontwikkelingen niet bij hun directeur terecht kunnen, omdat deze onvoldoende kennis heeft van ontwikkelingen en vragen tevens worden gezien als 'probleem', kiezen veel medewerkers voor een centrale zoektocht naar ondersteuning. Zo kan de regionale cliëntadministratie met vragen contact opnemen met de functioneel beheerder, applicatiebeheer of het indicatiebureau. Tussen de centrale ondersteunende diensten en de regionale diensten ontstaat vaak frictie. Zo ervaren de medewerkers in de regio vaak een gebrek aan adequate ondersteuning, bijvoorbeeld, omdat adequate antwoorden ontbreken. Het is opvallend dat verschillende medewerkers hierdoor worden 'overgeslagen' en rollen op centraal niveau vervagen. Een voorbeeld hiervan is de afdeling 'applicatiebeheer', die door veel regionale diensten bij de functioneel beheerder. Tegelijkertijd ervaren medewerkers van de centrale diensten moeite met ondersteuning, omdat regio's van elkaar verschillen betreffende werkwijzen en verantwoordelijkheden door beperkt toezicht van regiodirecteuren verschuiven. Hierdoor is het voor medewerkers bij centrale diensten vaak onduidelijk tot waar de ondersteuning moet reiken, waardoor zij vragen terugleggen in de regio. Net als bij de regiodirecteur kan de ervaring van een gebrek aan ondersteuning leiden tot een situatie waarin extern wordt gezocht naar ondersteuning, bijvoorbeeld door contact op te nemen met andere instanties, zoals een zorgorganisatie die met hetzelfde systeem werkt.

4.2.11 Een vicieuze cirkel

De complexe afstemming tussen de centrale diensten en de regio's betreft een vicieuze cirkel. Immers, lokale verschillen maken het moeilijk om centraal beleid passend te maken op regio's, wat leidt tot lokaal beleid en aanpassingen. Vervolgens leidt dit ertoe dat nieuw beleid hierdoor moeilijk op regionale context past.

Waar zowel centraal als regionaal veel frustratie bestaat over de verhouding tussen de centrale diensten en de regio's, wordt probleem in de praktijk niet opgelost. Een relevante observatie met betrekking tot het voorgaande is dat 'het directeurenoverleg' als een onsuccesvol orgaan wordt beschouwd binnen de organisatie. Waar dit orgaan ontstaan is uit de wens om beleidsbevoegdheid te krijgen, zijn het de 'lokale kleuren' die het maken van uniform beleid moeilijk maken. Immers, waar regiodirecteuren enerzijds werkzaam zijn in constructies die uniforme werkwijzen beogen, zijn zij het zelf (samen met lokale medewerkers) die beleid afkeuren of hier aanpassingen op maken. Een treffende observatie is dat dit probleem binnen 'het directeurenoverleg' wordt erkend, maar er beperkt inzicht is in de wijze waarom dit plaatsvindt. Dit wordt duidelijk in de observatie dat er binnen Humanitas een werkgroep 'uniforme werkwijzen' is gestart die bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende regio's en centrale diensten, die zich hebben toegelegd op het creëren van uniforme werkwijzen binnen regio's. In gesprekken met verschillende medewerkers binnen deze werkgroep wordt de effectiviteit van deze werkgroep betwijfeld, wat verklaard kan worden vanuit de beschreven mechanismen. In figuur 7 is wordt een overzicht gegeven van de interne spanningen bij Humanitas.

Uit het voorgaande volgt dat de zelfsturende teams en bedrijfsbureaus worden geïmplementeerd in een hybride interne organisatiestructuur, die beschreven kan worden als een gefragmenteerde street-level bureaucracy met een gefragmenteerde adhocratie in de top, waarbij de afstemming tussen de technestructuur en ondersteunende diensten vaag is en er een spanning ontslaat tussen lokale verschillen en uniforme werkwijzen.²²

²² De vicieuze cirkel kan begrepen worden als een 'generiek mechanisme' (Pettigrew, 1985). Er is gekozen om deze in dit hoofdstuk te bespreken, omdat het van beperkte invloed is op het onderwerp van deze thesis, de invoering van zelfsturende teams.



Figuur 7: Interne spanningen bij Humanitas

4.3 Het veranderproces

4.3.1 De zelfsturende teams

In de vorige paragrafen is een beeld geschetst van de externe context en de interne context van Humanitas. In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop het veranderproces rondom de invoering van de zelfsturende teams tot stand is gekomen. De zelfsturende teams zijn aanvankelijk in 2013 gestart als lokale initiatieven binnen de regio's Spijkenisse en Hoek van Holland en kunnen begrepen worden als 'lokaal beleid' (zie: figuur 3). Vervolgens is het succes vanuit deze regio's kenbaar gemaakt binnen 'het directeurenoverleg'. Het is opmerkelijk dat vrijwel alle regiodirecteuren en de raad van bestuur ervan overtuigd waren dat de organisatiestructuur van Humanitas zou moeten veranderen om binnen het veranderende stelsel te overleven en dat de invoering van zelfsturende teams hiertoe een belangrijke ontwikkeling zou zijn. Vervolgens heeft de raad

van bestuur gekozen om zelfsturende teams organisatiebreed te implementeren en onder te brengen bij een projectleiding (lees: eerdere constructies binnen de gefragmenteerde adhocratie), die onder direct toezicht van de raad van bestuur staat.

Het veranderproces rondom de invoering van zelfsturende teams kan omschreven worden als een geplande benadering op verandermanagement, omdat deze top-down geïmplementeerd wordt vanuit centrale actoren en gekenmerkt worden door een begin en een eind (lees: unfreeze-move-freeze). De werkzaamheden van de projectleiding (de verandermanagers) kunnen worden verdeeld in vier onderdelen. Ten eerste heeft de projectleiding de kaders en doelstellingen bepaald rondom de implementatie van de eigenregieteams en het bedrijfsbureau. Hierbij is het relevant dat de implementatie van de zelfsturende verdeeld is in vijf fases, waarvan een globale implementatieperiode wordt verwacht van 1,5 jaar (Stichting Humanitas, 2014). Deze zijn de volgende.

1. Voorbereidende fase: dit is de fase waarin vooral de voorbereidingen voor de opstart worden getroffen. De randvoorwaardelijke zaken worden in de fase geregeld
2. Vakvolwassenheidsfase: deze fase staat vooral in het teken van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden. Belangrijk is dat het team de zorginhoudelijke taken kan uitvoeren. De planning en het rooster worden nog centraal gemaakt
3. Organisatorische volwassenheid: deze fase staat in het teken van de regeltaken. Het team gaat nu onder andere zelf plannen en roosteren en een deel van de andere regeltaken binnen de werkzaamheden van het team integreren
4. Onderlinge samenwerking: deze fase staat vooral in het teken van het verder groeien in de onderlinge samenwerking, feedback geven en ontvangen en processen verbeteren
5. Ondernemerschapsfase: in deze fase gaat het team zich meer extern oriënteren en zoekt naar samenwerkingsverbanden in de wijk

Ten tweede start de projectleiding de teams op binnen regio's. Ten derde ontfermt de projectleiding zich over de evaluatie van de eigenregieteams. Ten vierde richt de projectleiding zich op externe ontwikkelingen en innovaties ten aanzien van uitvoerende werkzaamheden.

Met betrekking tot de literatuur is het opvallend dat de implementatie van de zelfsturende teams heeft voldaan aan enkele vereisten voor succesvolle organisatieveranderingen in de publieke sector (lees: Fernandez & Rainey, 2006). Ten eerste heeft de raad van bestuur zich van steun voor de organisatieverandering verzekerd bij interne en externe stakeholders, zoals de raad van toezicht, de ondernemingsraad en de cliëntenraad. Daarnaast is er door de projectleiding een plan opgesteld. Anderzijds kan de implementatie worden gezien als een implementatiekaravaan, waarin de projectleiding de kaders rondom de zelfsturende teams opstarten en direct overdragen aan de regio's. Dit heeft ertoe geleid dat er van interne steun voor de verandering en het voorkomen van weerstand door bredere participatie in het veranderproces van bijvoorbeeld: managers, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden geen sprake is geweest (lees: Fernandez & Rainey, 2006).

Waar Humanitas heeft gekozen voor een geplande benadering bij de implementatie van de zelfsturende teams is het opvallend dat er synchroon met deze implementatie verschillende emergente veranderingen plaatsvinden binnen de organisatie. Zo is er een 'werkgroep' wijkverpleging opgestart, is er een werkgroep 'bedrijfsbureau' opgestart, is er een 'werkgroep professionalisering van de informele zorg' opgestart, houden medewerkers bij de

centrale diensten (beleid en kwaliteit) en functioneel beheer zich bezig met verschillende administratieve ontwikkelingen en hebben regiodirecteuren binnen hun regio de vrijheid om lokaal beleid te maken. De implicatie van het voorgaande is dat de implementatie van de zelfsturende teams enerzijds wordt gekenmerkt door een geplande benadering, waarin de raad van bestuur heeft gekozen voor een top-down, stichtingsbrede implementatie vanuit de projectleiding, die de kaders, fases van implementatie en doelstellingen (en daarmee de verantwoordelijkheid) heeft vormgegeven. Anderzijds, worden de zelfsturende teams geconfronteerd met continue veranderingen vanuit de gefragmenteerde adhocratie (waaronder de projectleiding zelf) en de beleidsvrijheid van regiodirecteuren.

4.4 De veranderinhoud

Vanuit het voorgaande is het relevant om nader in te gaan op de vraag 'wat' de projectleiding beoogt te veranderen met de zelfsturende teams. Het is relevant om hierbij een onderscheid te maken tussen de formele structuren en werkprocessen en sociale relaties en overtuigingen (Huy, 2001).

4.4.1 Formele structuur en werkprocessen

Betreffende de formele structuur en werkprocessen is Humanitas gestopt met de eerdere functies van teamleider en planner, die voorheen onder de manager zorg en welzijn vielen (zie: figuur 2). Deze taken zijn ondergebracht in een rollenmatrix en overgeheveld naar het 'eigen regie team'. Het team bestaat in tegenstelling tot de grotere teams in het oude model uit 8-12 medewerkers. Ieder team bestaat uit een ideale verdeling van: 10% niveau 5, 10% niveau 4, 60% niveau 3 en 20% niveau 2.

Zorginhoudelijk is niveau 5 (wijkverpleegkundige) verantwoordelijke. Dit betekent dat zij zorginhoudelijke vragen coördineren en hierover verantwoording afleggen aan de manager. Daarnaast stellen wijkverpleegkundigen het gros van de indicaties, terwijl verschillende actoren (teamleiders, verpleegkundigen en verzorgenden) indicaties stelden via het indicatiebureau in het voormalige model. Indicaties worden gesteld met behulp van een diagnostisch instrument en vertalen zich in een aantal minuten zorg per specifieke indicatie, bijv. wassen en aankleden of wondzorg. Met andere woorden blijft tijdmanagement en de nadruk op productie binnen de nieuwe organisatiestructuur dominant.

Daarnaast is iedere medewerker contactverzorgende. Dit betekent dat iedere medewerker het eerste aanspreekpunt vormt voor zorginhoudelijke vragen bij een bepaald aantal cliënten en bij deze cliënten het zorgplan opstelt. Het zorgplan kan worden omschreven als de formalisatie van een indicatie in specifieke handelingen. Het is relevant om te vermelden dat de koppeling tussen contactverzorgende en cliënt afhankelijk is van de complexiteit van de zorgvraag en het functieniveau van de medewerker. Zo stellen niveaus 2 en 3 vooral zorgplannen op bij cliënten met persoonlijke verzorging (bijv. wassen en aankleden) en stellen niveau 4 en 5 zorgplannen op bij cliënten met complexe zorgvragen (bijv. het aanleggen van stoma's of complexe wondzorg). Boven het team krijgt de manager een opvallende positie. Immers, deze legt nog steeds verantwoording af over de verschillende stuurfactoren (productie, verzuim, tevredenheid en kwaliteit). Binnen beleidskaders wordt echter tevens van hen verwacht dat zij het team op afstand sturen, het team faciliteren en loslaten (Humanitas, 2015), wat begrepen kan worden in het licht van de veronderstelde faseontwikkeling van de teams. Om het team

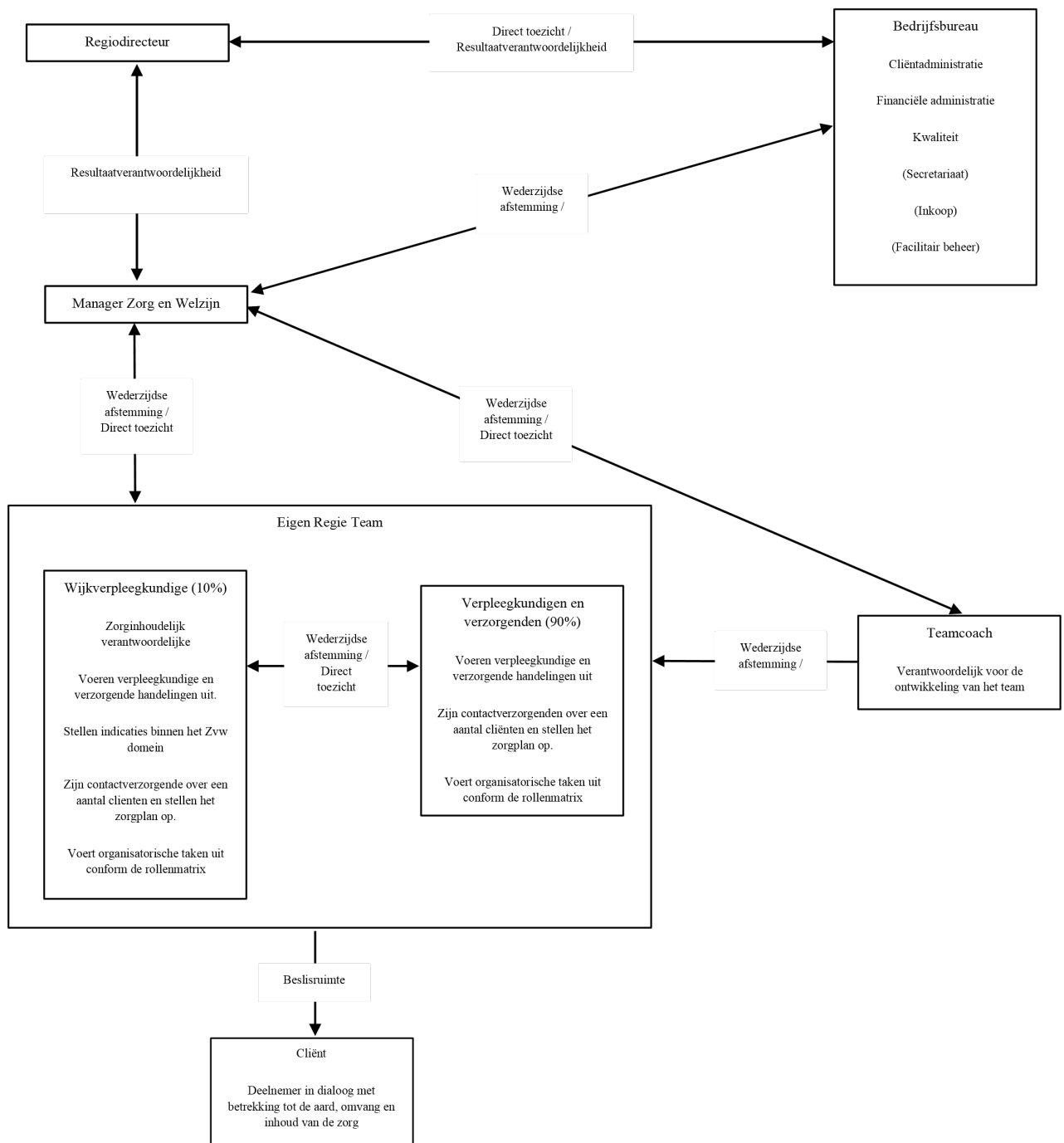
te begeleiden in de faseontwikkeling heeft ieder team de beschikking over een teamcoach. Deze medewerker valt hiërarchisch onder de manager, maar staat in tegenstelling tot de teamleider niet boven het team, maar naast het team. Betreffende de werkprocessen is het relevant om aan te geven dat er in beleidsdocumenten wordt ingezet op het vergroten van de zeggenschap, regelruimte en ondernemerschap van medewerkers (Stichting Humanitas, 2014).

Buiten de zelfsturende teams zijn er tevens bedrijfsbureaus opgestart. Betreffende de veranderdoelen van het bedrijfsbureau is het opvallend dat dit dezelfde functies zijn die voorheen onder de regionale ondersteunende afdelingen vielen en nog steeds direct onder regiodirecteuren vallen. Met andere woorden betreft het hier vooral een verandering van de naam en niet van de praktijk. Dit kan begrepen worden vanuit de eerder genoemde symbolische verantwoording van de raad van bestuur, waarin het starten van bedrijfsbureaus net als zelfsturende teams begrepen kan worden als het beantwoorden aan trends in de externe context. De implicatie hiervan is dat de beschreven spanningen tussen centrale diensten en regionale diensten in stand worden gehouden.

4.4.2 Sociale relaties en overtuigingen

Naast de formele structuur betreft de implementatie van zelfsturende teams veranderende sociale relaties en overtuigingen die vaak een meer abstract karakter hebben. Zo wordt er van medewerker verwacht dat zij samenverantwoordelijkheid laten zien met betrekking tot het team, elkaar adequaat feedback geven, de zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten stimuleren, persoonlijke zorg leveren, professionele zorg leveren, passende zorg leveren en er meer gebruik maken van het sociaal netwerk van cliënten. De rol van de teamcoach kan het beste worden omschreven als een 'afstemmingsinstrument' (Mintzberg, 1983) om medewerkers te begeleiden in hun samenwerking en onderlinge verhoudingen. De rol van de wijkverpleegkundige wordt conform het beleid van de Rijksoverheid en zorgverzekeraars vooral gekoppeld aan zorginhoudelijke doelstellingen, zoals zelfredzaamheid en zelfregie (Stichting Humanitas, 2015) en wordt met andere woorden gekoppeld aan professionele overtuigingen.

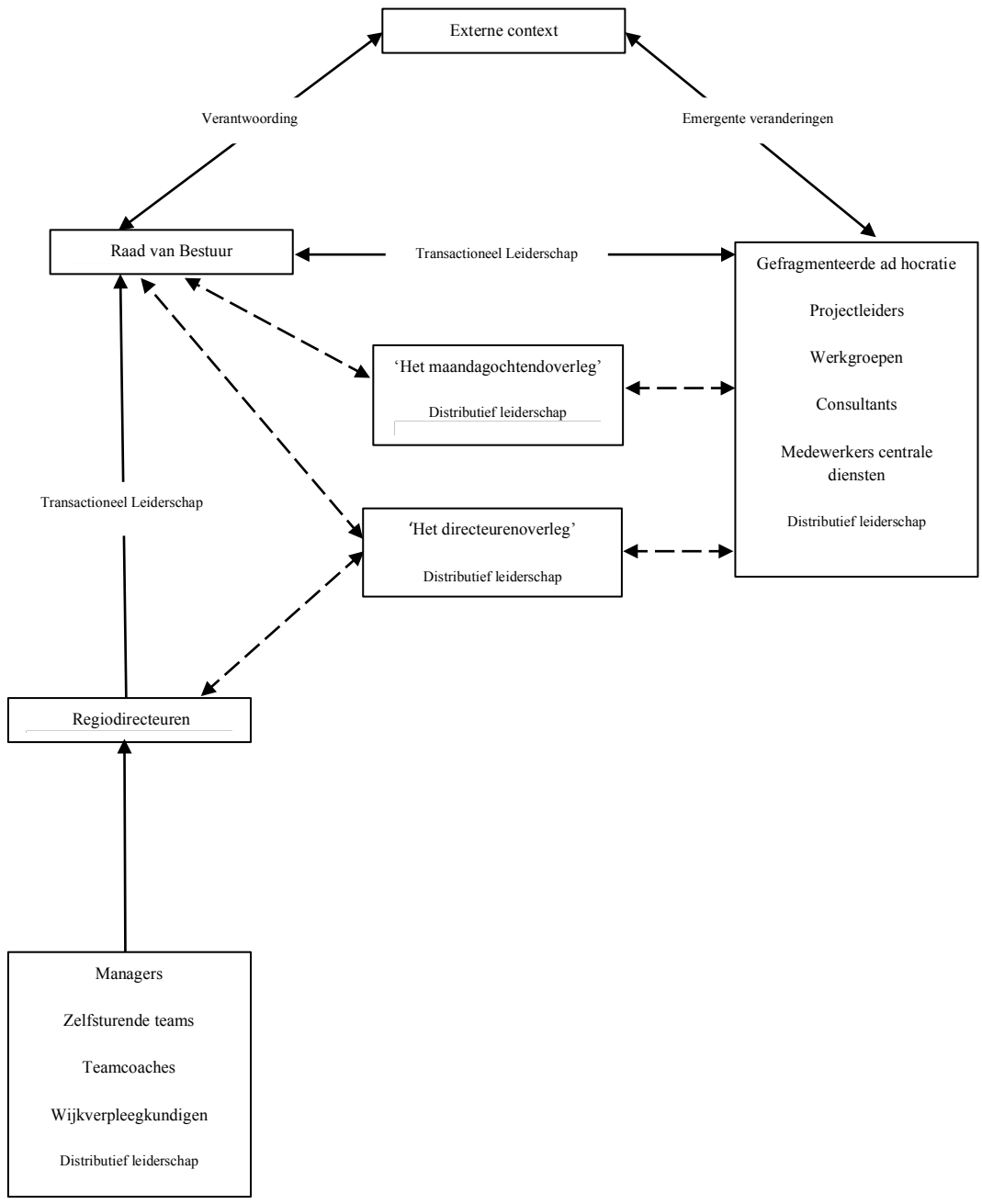
Op basis van het voorgaande kan worden gesteld dat Humanitas met de verandering een tweede-ordeverandering tracht door te voeren, omdat het naast de formele structuur en werkprocessen ook sociale relaties en overtuigingen van medewerkers raakt. Met betrekking tot de vergelijking met het voormalige model is het opvallend dat de uitvoerende kern enerzijds professioneler wordt, maar anderzijds bureaucratischer. Ten eerste wordt de uitvoerende kern professioneler, omdat organisatorische taken onderdeel worden van de uitvoerende kern (lees: Noordergraaf, 2011). Daarnaast wordt er op professioneel niveau meer gevraagd, zoals professioneel maatwerk leveren op basis professionele kennis en vaardigheden (wijkverpleegkundigen), het opstellen van zorgplannen (contactverzorgenden) Tot slot krijgt de uitvoerende kern meer de kenmerken van een professionele organisatie, omdat professionele controle en wederzijdse afstemming belangrijker wordt (lees: Mintzberg, 1983). Daarnaast kunnen de zorgplannen begrepen worden als professionele handelingen met bureaucratische uitkomsten, omdat de handelingen betreffende de uitvoering geformaliseerd worden in specifieke handelingen. Met andere woorden wordt de 'de facto' beslisruimte (Evans, 2010) kleiner. Daarnaast blijven kenmerken van Humanitas als machineorganisatie in tact, zoals: tijdmanagement, de specifieke splitsing naar functieniveaus en stuurfactoren (productie, kwaliteit, tevredenheid en verzuim). In figuur 8 wordt een overzicht gegeven de veranderinhoud rondom de zelfsturende teams bij Humanitas



Figuur 8: Veranderinhoud rondom de invoering van zelfsturende teams

4.5 Leiderschap

Zoals eerder aangegeven is Humanitas gecentraliseerd in de raad van bestuur, waar de uiteindelijke prestaties binnen de organisatie worden verantwoord naar externe en interne stakeholders. Daarnaast is leiderschap binnen Humanitas verspreid is over de gefragmenteerde adhocratie, waarin verantwoording en betekenisgeving aan externe ontwikkelingen op ‘rommelige’ wijzen neerdalen binnen verschillende constructies, zoals: centrale diensten of het directeurenoverleg. De implicatie hiervan is dat er geen centraal emergent leiderschap bestaat dat kennis, dialoog en informatiestromen beheerst tussen verschillende componenten binnen de organisatie (lees: Weick & Quinn, 1999). Ten tweede valt op dat transformationeel leiderschap ontbreekt. Immers, de algemene strategie van Humanitas: het beantwoorden aan externe ontwikkelingen, leidt ertoe dat veranderingen vooral formeel worden verankerd via formele structuren en werkprocessen vanuit de gefragmenteerde adhocratie. Dit leidt tevens tot de derde observatie, dat de rol van de raad van bestuur (en regiodirecteuren), vooral gekenmerkt wordt door transactioneel leiderschap, waarin monitoring, sanctionering, beloning en budgettering centraal staat (lees: Clegg, 2013). Tot slot leiden de voorgaande observaties tot relevante vragen over de rol van leiderschap met betrekking tot de implementatie van zelfsturende teams. Vooral, omdat het leiderschap verdeeld lijkt te zijn over verschillende componenten binnen de organisatie. Zo wordt er met projectleiders verwacht dat zij de voortgang van het veranderproces bewaken, hebben regiodirecteuren de mogelijkheid om lokaal beleid te maken, zijn managers algemeen verantwoordelijk zijn wijkverpleegkundigen zorginhoudelijk verantwoordelijk en zijn teamcoaches verantwoordelijk voor de faseontwikkeling en gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de teams. In het volgende hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de effecten hiervan. In figuur 9 wordt een overzicht gegeven van leiderschap bij Stichting Humanitas.



Figuur 9: Leiderschap bij Stichting Humanitas

Hoofdstuk 5: 'Generieke mechanismen'

5.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is antwoord gegeven op deelvragen 1 tot en met 4, waarin de 'waarom', 'wat', 'hoe' en 'wie'-vragen zijn beantwoord (Eisenbach et al. 1999; Higgs & Rowland, 2011). In dit hoofdstuk zal de beantwoording van deelvraag 5 centraal staan: Welke 'generieke mechanismen' zijn het gevolg van de verandercontext, de veranderinhoud, het veranderproces en leiderschap bij de implementatie van zelfsturende teams in de thuiszorg bij Stichting Humanitas?

5.2 Rolconflicten

De implementatie van zelfsturende teams is gepaard gegaan met verschillende rolconflicten. Deze zullen in de volgende paragrafen worden besproken.

5.2.1 Managers

Een eerste observatie is dat het verdeelde leiderschap rondom de invoering van zelfsturende teams gepaard gaat gegaan met onzekerheden en dilemma's bij managers, omdat het uit handen geven van verantwoordelijkheden kan leiden tot negatieve uitkomsten op stuurfactoren.²³ Een relevant voorbeeld is het plannen en roosteren binnen de teams, wat voorheen werd uitgevoerd door een planner (zie: figuur 2). Een inadequate uitvoering hiervan kan ten eerste ten koste gaan van de productie, omdat tijdsdruk ertoe kan leiden dat de tijd die voor indicaties staat niet volledig wordt benut. Ten tweede kan het ten koste gaan van de productiviteit, indien er te weinig cliënten op een looproute staan en medewerkers daardoor relatief snel klaar zijn met werken. Ten derde kan een te volle looproute leiden tot haastig werken, wat zowel gevolgen kan hebben voor de cliënttevredenheid (haastig werken), de kwaliteit (slordig werken), de tevredenheid van medewerkers (haastig werken) en verzuim (overbelasting). Met andere woorden kan het inadequaat uitvoeren van bepaalde regeltaken grote gevolgen hebben voor de belangrijkste stuurfactoren, waarop het functioneren van managers en directeuren wordt beoordeeld. Terwijl er vanuit beleidskaders verwacht wordt dat managers faciliteren en loslaten, leidt de dagelijkse praktijk tot prikkels om directief te blijven sturen. Er zijn verschillende strategieën gevonden die directeuren en managers toepassen om de zekerheid over het functioneren van zelfsturende teams te behouden.

Ten eerste worden bepaalde regeltaken op voorhand buiten het team geplaatst, zoals de planning en roostering. Deze strategie is geobserveerd in de regio's Alexander en Hoek van Holland. Met andere woorden, worden de grootste kwetsbaarheden en belangrijkste regeltaken buiten het team geplaatst. Ten tweede grijpen managers direct in door de verdeling van regeltaken te wijzigen, bijvoorbeeld, omdat zij bepaalde medewerkers niet vertrouwen bij de uitvoering hiervan. Deze strategie is geobserveerd in de regio Spijkenisse. Ten derde grijpen managers indirect in, bijvoorbeeld door wijkverpleegkundigen en teamcoaches aan te sporen om zich meer verantwoordelijk te houden voor bepaalde operationele zaken. Deze strategie is geobserveerd in de regio's

²³ De bevinding dat de geplande implementatie van zelfsturende teams leidt tot dilemma's bij het middenkader wordt onderschreven in andere onderzoeken, zoals Smith & Lewis (2011). In dit onderzoek werd het dilemma niet opgelost, maar leidde het tot een werkbare werksituatie.

Hillgersberg, Hoogvliet en Spijkenisse. Deze vier strategieën, die in figuur 4 zijn weergegeven, zijn een voedingsbodemp voor rolconflicten binnen de regio's.

5.2.2 Wijkverpleegkundigen

Naast het rolconflict van regiodirecteuren en managers, kan het direct of indirect sturen leiden tot rolconflicten bij andere medewerkers. Om dit te begrijpen is het relevant om stil te staan bij de eerdere rolomschrijvingen van wijkverpleegkundigen, teamcoaches en medewerkers binnen de teams.

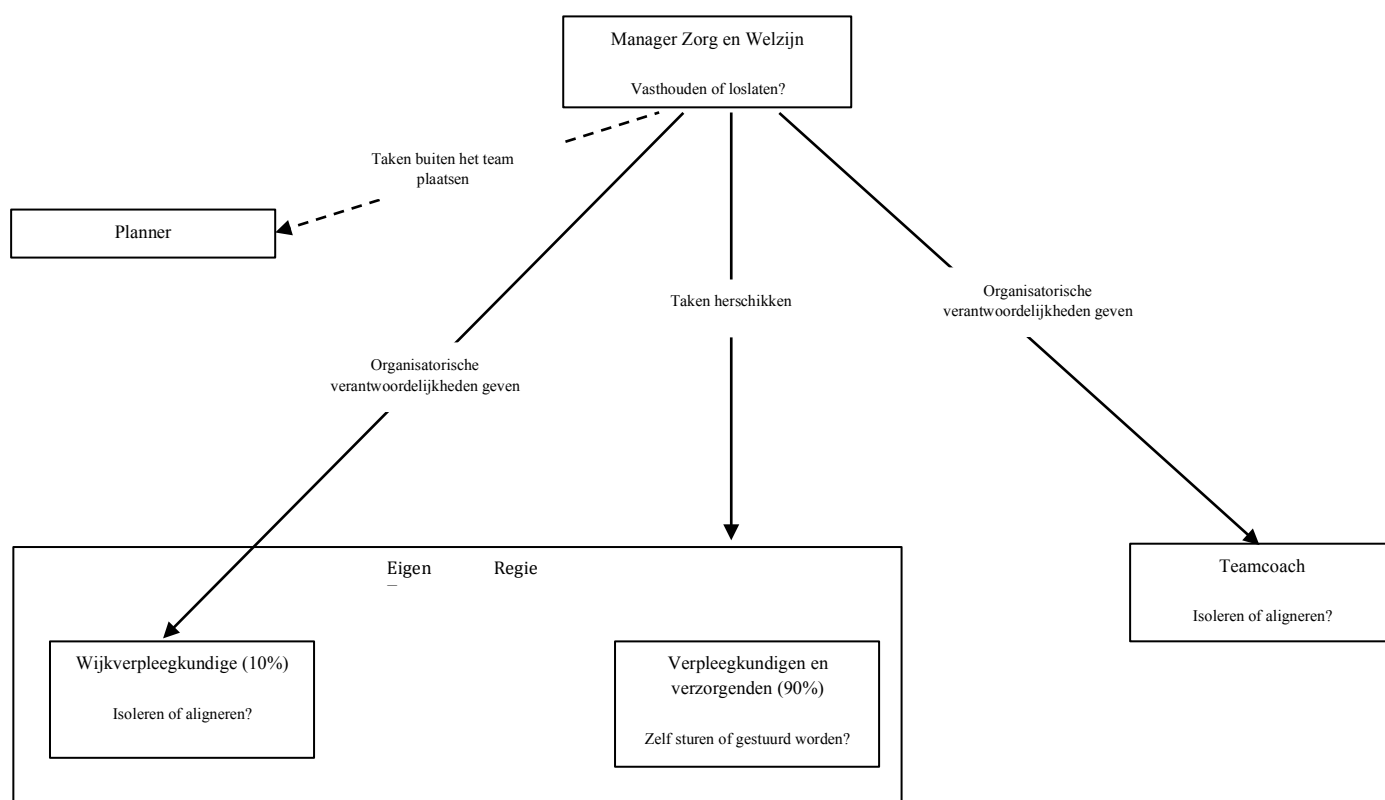
Wijkverpleegkundigen zijn binnen de zelfsturende teams zorginhoudelijk verantwoordelijk. Omdat zij indicaties stellen, medewerkers coachen, instrueren en controleren, hebben zij reeds een dominante rol binnen het team. Indien zij ook verantwoordelijkheden krijgen over organisatorische taken, kan dit ertoe leiden dat zij een informele teamleiderrol gaan vervullen. Met andere woorden kan dit leiden tot het rolconflict tussen een zorginhoudelijke verantwoordelijkheid en meer organisatorische verantwoordelijkheid.

5.2.3 Teamcoaches

Een ander rolconflict betreft de functie van de teamcoach. Teamcoaches zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het team en hebben er in deze hoedanigheid belang bij dat het team zo veel mogelijk regeltaken oppakt (organisatorische volwassenheid) en zo veel mogelijk onafhankelijk wordt van het management (ondernemerschap). Er zijn vier mechanismen gevonden die een belemmering vormen voor het functioneren van teamcoaches. Ten eerste wordt de functie van de teamcoach gekenmerkt door abstracte doelstellingen, zoals onderlinge samenwerking stimuleren en gezamenlijke verantwoordelijkheid stimuleren en door beperkte organisatorische handvatten om hun functie uit te voeren. Hierdoor is hun functie vatbaar voor subjectieve percepties van zowel wijkverpleegkundigen, managers als van het team. Dit is enerzijds relevant, omdat veel teamcoaches voormalige teamleiders zijn. Anderzijds leidt de indirecte sturing (via de wijkverpleegkundige) of directe sturing (vanuit de manager) ertoe dat de rol van de teamcoach onduidelijk wordt voor de leden van de teams, omdat zij meerdere informele teamleiders ervaren. Ten derde zijn teamcoaches zich ervan bewust dat zij door een gebrek aan stuurfactoren voor hun functioneren afhankelijk zijn van de beoordeling van managers. Deze observaties leiden tot een rolconflict tussen aligneren of isoleren. Teamcoaches kunnen ervoor kiezen om te aligneren met de belangen van de wijkverpleegkundigen (zorginhoudelijk) of de manager (organisatorische taken) in de hoop een stabiele positie te krijgen in de uitvoering, maar met als gevaar dat het team niet tot de beoogde ontwikkeling komt. Teamcoaches kunnen er ook voor kiezen om zich te isoleren en zich te richten op met de gezamenlijke verantwoordelijkheden binnen het team en het ontwikkelen van samenwerking en ondernemerschap met als gevaar dat zij zowel door het team als door het management als niet waardevol worden ervaren, wat gepaard kan gaan met gevoelens van machteloosheid en doelloosheid. Het is opvallend dat bij Humanitas sinds de start van de zelfsturende teams meer dan de helft van de teamcoaches is gestopt met hun werkzaamheden. Dit kan verklaard worden vanuit de machteloosheid en doelloosheid die teamcoaches kunnen ervaren.

5.2.4 Zelfsturende teams

Voor de verzorgenden en verpleegkundigen leiden de beschreven rolconflicten van managers, wijkverpleegkundigen en teamcoaches tot een intern rolconflict tussen zelf sturen en gestuurd worden. Er wordt van hen verwacht dat zij zelfs sturen en meer regelruimte krijgen, terwijl zij in de praktijk worden geconfronteerd met drie (potentiële) informele teamleiders. Ten tweede wordt het zelfsturende element als beperkt ervaren, bijvoorbeeld, omdat belangrijke organisatorische taken buiten het team zijn geplaatst en verschillende regeltaken individueel van aard zijn, zoals: monitoring uitvoeren, MIC-meldingen registreren of een ARBO-checklist invullen. Ten derde worden teams geconfronteerd met continue veranderingen in de vorm van veranderende werkprocessen vanuit de gefragmenteerde adhocratie, zoals: de introductie van tablets, het aanbod van opleidingen en administratieve systemen. Tot slot ervaren zij continue veranderingen vanuit de regiodirecteuren zelf, die bijvoorbeeld nieuwe verpleegkundige methoden introduceren in de uitvoeringspraktijk. Bovenstaande observaties laten zien hoe leiderschap verdeeld kan zijn over verschillende actoren in gesitueerde leiderschapspraktijken en gepaard kan gaan met rolconflicten en hun situatie (Spillane, 2006). Deze worden weergegeven in figuur 10.



Figuur 10: Rolconflicten bij de invoering van zelfsturende teams

5.3 Uitvoerende werkzaamheden

In deze volgende paragrafen wordt beschreven wat de effecten zijn van de implementatie van de zelfsturende teams op de invulling van uitvoerende werkzaamheden.

5.3.1 De indicatie

Zoals aangegeven in paragraaf 5 wordt de indicatie gesteld door medewerkers van niveau 5 (en een enkele keer een medewerker van niveau 4). Deze medewerkers hebben onbeperkte tijd om indicaties te stellen en worden enkel beperkt door de aard van de zorgvraag en het diagnostisch instrument. Wanneer een zorgvraag specifieke verpleegkundige handelingen betreft, wordt het instrument als richtinggevend ervaren, omdat specifiek medische situaties gekoppeld worden aan verpleegkundige interventies. Bij minder specifieke zorgvragen, zoals de ondersteuning bij het wassen of aankleden geldt dit minder, omdat het karakter van de zorgvraag meer inschattingen vergt van fysieke competenties: wat kan iemand echt nog zelf?”, mentale competenties: “in hoeverre weet iemand nog wat goed voor hen is?” en sociale competenties: “wat kan het sociaal netwerk nog echt?”. Wijkverpleegkundigen geven aan dat hun kennis en vaardigheden, alsmede het diagnostisch instrument te weinig steun bieden om in de dialoog met cliënten inschattingen te kunnen maken op deze gebieden. Dit gebrek aan zekerheid wordt versterkt door de beperkte beschikbare tijd om indicaties te stellen, met name, omdat zij ook andere taken moeten uitvoeren. Daarnaast heeft de rolopvatting als zorginhoudelijke verantwoordelijke invloed op de wijze waarop indicaties gesteld worden. Samen met een gebrek aan adequate prestatie-indicatoren omtrent de kwaliteit van zorg ervaren wijkverpleegkundigen het uitblijven van klachten en fouten als leidend bij het stellen van indicaties (Kind, 2015).

5.3.2 Informele strategieën

Het gebrek aan kennis en expertise, het gebrek aan tijd en middelen, de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid en het gebrek aan adequate beoordelingsinstrumenten leidt tot een algemene informele strategie bij wijkverpleegkundigen. Zij kiezen ervoor om indicaties te stellen, indien zij een onzekerheid ervaren omtrent mogelijke gevolgen voor hun aansprakelijkheid als zorginhoudelijk verantwoordelijke. De algemene gedachte achter dit mechanisme is dat wijkverpleegkundigen verwachten dat de werkelijke fysieke, mentale en sociale competenties gedurende het uitvoeren van indicaties in beeld komen. Concluderend kan worden gesteld dat professionele kennis onvoldoende zekerheid biedt bij het beoordelen van de zelfregie en zelfredzaamheid van cliënten tijdens de indicatiefase (Kind 2015).

5.3.3 Het Zorgplan

De algemene doelstellingen binnen een indicatie worden gespecificeerd in het zorgplan en vormen de regels en richtlijnen die binnen tijdsindicatie moeten worden uitgevoerd (lees: hoofdstuk 4). Zoals aangegeven zijn bij

Humanitas de contactverzorgenden (alle niveaus) verantwoordelijk voor het opstellen van zorgplannen, waarbij de afstemming tussen cliënten en contactverzorgenden in elk team plaatsvindt op basis van het deskundigheidsniveau en de complexiteit van de zorgvraag. Dit betekent dat de medewerkers van niveau 2 en 3 contactverzorgende zijn bij cliënten met een lichte zorgvraag en medewerkers van niveau 4 en 5 bij cliënten met een complexe zorgvraag. Corresponderend met de observatie in de vorige paragraaf laten de minder complexe indicaties, zoals het ondersteunen bij wassen en aankleden, de meeste ruimte open voor de interpretatie van medewerkers. Waar bij complexe verpleegkundige handelingen veelal wordt teruggegrepen op protocollen, richtlijnen en methoden, vergen verzorgende en licht verpleegkundige handelingen inschattingen van fysieke, mentale en sociale mogelijkheden van cliënten. Dit leidt tot de paradoxale observatie dat de minder professionele medewerkers (niveaus 2 en 3) taken uitvoeren met een grotere beslisruimte. Het is opvallend dat medewerkers met een lager deskundigheidsniveau het belang van het zorgplan slechts deels onderschrijven. Bij verpleegkundige behandelingen als wondzorg of het injecteren van cliënten wordt het zorgplan als wenselijke ‘steun in de rug’ ervaren. Bij verzorgende indicaties, zoals de ondersteuning bij het wassen, aankleden en aantrekken van steunkousen wordt het belang van het zorgplan niet onderschreven. Dit kan worden verklaard vanuit de observaties dat medewerkers enerzijds hechten aan een persoonlijk benadering en anderzijds de handelingen een intiemer en minder technisch karakter kenmerken. De consequentie hiervan is dat beslisruimte als noodzakelijk wordt ervaren om een sociale en emotionele band op te kunnen bouwen, alsmede dat dit intiemere (minder technische) handelingen zijn. Als gevolg hiervan kan de formalisering van de persoonlijke benadering van de ene medewerkers als beperking voor de persoonlijke benadering van een collega worden ervaren. Het is opvallend dat ook cliënten in veel gevallen het belang van het zorgplan niet onderschrijven bij minder zware indicaties. Voor hen zijn taken als wassen en aankleden dagelijkse taken die voor zich spreken en geen regels of procedures nodig hebben. Deze observatie komt tevens overeen met twee aspecten van beleidsvervreemding, namelijk maatschappelijke zinloosheid en de zinloosheid voor cliënten (Tummers, 2013) Naast de observatie dat medewerkers het belang van het zorgplan niet onderschrijven, ervaren zij wel een druk vanuit het management om het zorgplan adequaat op te stellen, omdat dit een kwaliteitsindicator is. Vooral medewerkers van niveau 2 en 3 (80 procent van het team) ervaren onvoldoende zekerheid omtrent kennis en vaardigheden om het zorgplan vorm te geven. Medewerkers lijken niet goed te begrijpen wat er van hen verwacht wordt bij het opstellen van het zorgplan en ervaren onvoldoende kennis en vaardigheden (Kind, 2015).

5.3.4 Informele strategieën

Om aan de eisen van het management te beantwoorden kiezen medewerkers van niveau 2 en 3 ervoor om het zorgplan zo adequaat mogelijk vorm te geven. De rolopvatting en het gebrek aan kennis en vaardigheden leidt er echter toe dat zorgplannen binnen de organisatie sterk van elkaar verschillen. Vooral bij de complexe indicaties zijn zorgvragen specifiek en eenduidig vormgegeven, omdat deze duidelijk vertaald kunnen worden in verpleegkundige methoden en procedures, bij minder complexe zorgvragen zijn deze echter erg wisselend. Zo worden zorgplannen de ene keer specifiek vormgegeven, waarin alle handelingen binnen de beschikbare tijd zijn beschreven, terwijl deze de andere keer abstract zijn vormgegeven in algemene doelstellingen (Kind, 2015).

5.3.5 De uitvoering

De looproutes bestonden in de verschillende regio's over het algemeen uit de volgende kenmerken: de naam, het adres, het telefoonnummer, de status van de cliënt (bijv. somatisch of psychiatrisch), de taken, de gewenste tijd en

de tijd voor de indicatie. Het zorgplan zit in de zorgmap, die in het huis van cliënten aanwezig is. Zoals eerder aangegeven hebben teams een specifieke verdeling naar deskundigheidsniveau. In de praktijk heeft zich dit vertaald in een verdeling van looproutes naar de complexiteit van de zorgvraag. De medewerkers van niveaus 2 voeren bijvoorbeeld enkel routes uit met de laagste complexiteit, terwijl medewerkers met een hoger deskundigheidsniveau (3,4 en 5) vaker taken uitvoeren op routes met complexe zorgvragen. Uit de observaties en interviews met medewerkers volgt dat de complexiteit van de planning ertoe leidt dat medewerkers van alle niveaus in de praktijk werkzaam zijn op alle looproutes. Dit kan ook worden begrepen in het licht van de observatie dat medewerkers zoveel mogelijk geregistreerde uren werkzaam zijn in de zorg (lees: productie). In de volgende alinea zal onderscheid worden gemaakt tussen de uitvoerende werkzaamheden van niveaus 5 en medewerkers van niveau 2 en 3, omdat deze niveaus een andere invulling van hun werk laten zien. Hierbij is het relevant om op te merken dat medewerkers van niveau 4 een tussenrol lijken te vervullen (Kind, 2015).

5.3.6 Medewerkers van niveau (4) en 5

Medewerkers van niveaus (4) en 5 vervullen een centrale rol in de transitie van de thuiszorg. Binnen Stichting Humanitas heeft dit zich vertaald in de eerder genoemde zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van wijkverpleegkundigen binnen de teams. Deze zorginhoudelijke verantwoordelijkheid is belangrijk in de uitvoering van het werk, omdat bij plotselinge verslechtering, fouten of klachten formele sancties kunnen volgen. Een woord dat in verschillende gesprekken terug kwam was ‘maatwerk’. Niveaus (4) en 5 vertrekken vanuit hun professionele kennis en expertise en proberen op een neutrale wijze de zorgvraag van de cliënt te beoordelen en de verpleegkundige en verzorgende handelingen zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de fysieke competenties van burgers. Dit leidt ertoe dat niveaus (4) en 5 inzetten op het stimuleren van zelfredzaamheid van cliënten. Deze medewerkers vertrekken vanuit het idee dat verslechtering van een fysieke situatie wordt voorkomen of vertraagd, indien cliënten zoveel mogelijk hun lichaamsdelen actief blijven gebruiken. Het is opvallend dat niveaus (4) en 5 vanuit deze rolopvatting een zekere professionele afstand bewaren tot de cliënt, waardoor de dialoog met cliënten hoofdzakelijk gevoerd wordt rondom de ontwikkeling van de zorgvraag en het fysiek welbevinden. Het gevolg hiervan is dat cliënten moeite hebben om gelijkwaardige gesprekspartners te worden in de dialoog met deze medewerkers, omdat zij een kenniskloof ervaren ten aanzien van de medische kennis en expertise. De combinatie van de rolopvatting als zorginhoudelijk verantwoordelijke en de professionele opstelling richting cliënten leidt ertoe dat deze medewerkers voornamelijk formele vormen van beloning en sanctionering als leidend ervaren. Zij halen voldoening uit het adequaat uitvoeren van (complexe) verpleegkundige en verzorgende taken en het uitblijven van klachten, risicovolle handelingen en fouten, maar ervaren tevens risico's tot formele sanctionering in de vorm van aansprakelijkheid (Kind, 2015).

5.3.7 Informele strategieën

De informele strategieën die medewerkers van niveaus (4) en 5 toepassen zijn gerelateerd aan deze formele vormen van sanctionering. Uit het onderzoek kwamen drie strategieën naar voren. In de eerste plaats proberen wijkverpleegkundigen de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid af te schuiven door risicovolle gedragingen van cliënten te communiceren met familie, huisartsen of specialisten. Daarnaast wordt ervoor gekozen om tegen cliënten in te gaan, door hen erop te wijzen dat zij handelingen verrichten die risicovol zijn. Een extreem voorbeeld hiervan is te dreigen met het uit zorg plaatsen van cliënten. Ten derde kan ervoor worden gekozen om tegen

collega's in te gaan, wanneer zij risicovol gedrag laten zien. Een extreem voorbeeld hiervan is het verlagen van een medewerker in functie, waardoor medewerkers bepaalde handelingen niet meer mogen uitvoeren (Kind, 2015).²⁴

5.3.8 Medewerkers van niveaus 2,3 (en 4)

Medewerkers van niveaus 2,3 (en 4) vormen het grootste deel van het team (80-90%). Deze medewerkers zoeken in hun werk vaak naar een stabiele sociale en emotionele band met cliënten. Zij vertrekken minder vanuit professionele kennis en expertise en meer vanuit hun persoonlijk karakter en overtuigingen. Een woord dat in informele gesprekken en interviews telkens terugkwam was 'aftasten'. Uitvoerenden van niveaus 2,3 en (4) proberen in de interactie met cliënten manieren te vinden om een stabiele sociale en emotionele band op te bouwen. Het is opvallend dat bij dit 'aftasten' de regie vaak bij cliënten wordt gelegd, omdat dit een manier is om inzicht te krijgen in de wensen van een persoon en levenspatronen te ontdekken. Dit krijgt vaak vorm door zinnen als: "Hoe wilt u dat ik het doe?" of "Kan ik nog iets voor u doen?". Het is opvallend dat cliënten als gevolg van het krijgen van de regie, de vraag naar diensten kunnen oprekken tot voorbij de geïndiceerde zorgvraag. Uit de observaties werd duidelijk dat medewerkers van niveau 2,3 en (4) veel taken uitvoeren die niet in de indicatie of het zorgplan staan, zoals: het drinken van koffie, praten over sociale problemen, het bellen met instanties, planten water geven, boodschappen doen, helpen met de Ipad, afwassen, het verzorgen van eten en de hond uitlaten. Vanuit de zoektocht naar sociaal en emotioneel welbevinden van cliënten, hebben cliënten een aanzienlijke machtspositie ten aanzien van medewerkers. Waar medewerkers met het uit handen geven van de regie een manier proberen te vinden om een plezierige en stabiele sociale relatie te creëren, hebben cliënten ook verschillende manieren om de regie over de zorgvraag te krijgen of te behouden. Uit de observaties zijn drie strategieën onderscheiden die cliënten kunnen toepassen: 1) een veeleisende en klagerige opstelling 2) een zorgafhankelijke opstelling 3) een sympathieke en dankbare opstelling. Gerelateerd aan deze strategieën speelt informele beloning en sanctionering een belangrijke rol in de uitvoering van het werk bij de medewerkers van deze niveaus. Omdat er zekerheid wordt gezocht in het sociale en emotionele (het informele), ervaren medewerkers een stabiele sociale en emotionele relatie als een beloning, maar een onstabiele relatie in de vorm van ontevreden en klagerige cliënten als een vorm van informele sanctionering (Kind, 2015).

5.3.9 Informele strategieën

De informele strategieën van deze medewerkers zijn grotendeels gebaseerd op het beheersen van de relatie met cliënten. Op basis van de observaties en gesprekken zijn drie algemene informele strategieën te zien bij deze medewerkers. In de eerste plaats kiezen zij ervoor om zich richting de cliënt te bewegen door zoveel mogelijk aan de wensen van cliënten te beantwoorden in de hoop een stabiele sociale en emotionele band op te bouwen. Daarnaast kunnen medewerkers door een gebrek aan tijd van de cliënt af bewegen door communicatie met cliënten te beperken en daardoor van de cliënt (en de relatie) af te bewegen. Ten derde kunnen deze medewerkers tegen cliënten in gaan wanneer vragen vanuit cliënten als onredelijk of veeleisend wordt ervaren. Door tegen cliënten in te gaan, bijvoorbeeld door hen te wijzen op hun onredelijkheid, wordt een poging ondernomen om de relatie te stabiliseren.

²⁴ Bijvoorbeeld van niveau 3 naar niveau 2.

5.4 De rol van collega's

In het voorgaande is beschreven hoe het werk wordt uitgevoerd door de verschillende medewerkers in de verschillende fases van dienstverlening. In dit deel wordt de rol van collega's besproken, omdat deze bij vraagstukken rondom professionalisering een belangrijke rol spelen. Het is opvallend dat de huidige configuratie van de teams bij Stichting Humanitas interne spanningen laten zien met betrekking tot de uitvoering van werkzaamheden, die zich uiten in interne spanningen tussen medewerkers van verschillende niveaus.

5.4.1 Beschuldigingen vanuit de niveaus (4) en 5

In de eerste plaats ervaren de niveaus (4) en 5 een gebrek aan medische kennis en expertise bij de medewerkers van niveau 2, 3 en (4). Vanuit hun zorginhoudelijke verantwoordelijkheid hebben zij belang bij medewerkers die vertrouwd kunnen worden in het adequaat uitvoeren van verpleegkundige en verzorgende handelingen. Veel wijkverpleegkundigen ervaren echter een gebrek aan vertrouwen, omdat zij niet weten of de kennis en vaardigheden van medewerkers voldoende zijn om instructies en methoden adequaat tot uitvoering te brengen. Dit wordt versterkt door de relatieve onzichtbaarheid van de uitvoerende handelingen van collega's. Niveaus (4) en 5 voeren zelf veel verpleegkundige en verzorgende taken uit en hebben daardoor weinig tijd om het werk van collega's te controleren of te evalueren. Bovendien zijn de zorgdossiers van cliënten niet digitaal beschikbaar, waardoor het op afstand monitoren hiervan onmogelijk is. Indien incidenteel een fout wordt ontdekt leidt dit ertoe dat medewerkers vaak worden aangesproken op hun disfunctioneren. Enerzijds richt de kritiek zich op het inadequaat uitvoeren van verpleegkundige handelingen. Anderzijds richt deze kritiek zich op het te veel doen bij cliënten. Een cliënt kan in hun ogen niet enkel geschaad worden door inadequate technische uitvoering van handelingen, maar ook door te veel handelingen uit te voeren, omdat hierdoor de afhankelijkheid van cliënten wordt benadrukt, wat tot 'hospitalisering' kan leiden. De gedachte is dat cliënten zich aanpassen aan het aanbod en afhankelijker worden dan zij in werkelijkheid zijn. Tot slot richt de kritiek op de medewerkers van niveau 2, 3 (en 4) zich op het inadequaat uitvoeren van regeltaken. Vanuit het rolconflict, waarin zij zich organisatorisch verantwoordelijk voelen voor de prestaties van het team, beschuldigen zij medewerkers van niveau 2, 3 (en 4) van het inadequaat uitvoeren van regeltaken, zoals plannen, roosters maken en het organiseren van vervanging (Kind, 2015).

5.4.2 Beschuldigingen vanuit niveaus 2,3 (en 4)

De medewerkers vanuit niveau 2,3 (en 4) ervaren de rol van de niveaus (4) en 5 als verwarrend. Enerzijds ervaren de medewerkers dat zij in een zelfsturend team werken en samen verantwoordelijk zijn over het organiseren van de zorg, anderzijds ervaren zij de dominante rol van de niveaus (4) en 5 als een poging om de leiding te nemen over het team. Dit leidt in verschillende teams tot de ervaring dat de wijkverpleegkundige 'uit de hoogte' gedrag vertoont. Deze kloof wordt versterkt door het idee dat de niveaus (4) en 5 in de uitvoering van hun werk te klinisch, te hard of te zakelijk handelden. Vanuit hun meer persoonlijke opvatting over het werk, waarin de sociale en emotionele band met cliënten centraal staat, ervaren zij het uitblijven van deze dimensie bij de niveaus (4) en 5 als een gebrek aan goed functioneren. Beide kritieken dragen in de teams bij aan wat in de literatuur intuïtieve werkrelaties (Grönn, 2002), ondergrondse praktijken en impressie management (Smith, 2007) wordt genoemd. De medewerkers bieden stille weerstand tegenover de niveaus (4) en 5 door buiten het zicht om te blijven werken

vanuit hun eigen rolopvatting en steun te vinden bij cliënten en elkaar. Deze observatie komt tevens overeen met twee aspecten van beleidsvervreemding, namelijk de maatschappelijke zinloosheid en de zinloosheid voor cliënten van het handelen van wijkverpleegkundigen (Tummers, 2013).

5.5 De dialoog als uitvoeringslogica

Een relevante observatie ten aanzien van de literatuur betreft de verhouding tussen verschillende sociale technologieën en de dialoog als uitvoeringslogica (lees: Hasenfeld, 1983). Zo volgt uit het stellen van de indicatie dat er weliswaar categorisering plaatsvindt van de zorgvraag, wat een typische vorm is van people-processing sociale technologie, maar deze deels gebaseerd is op het uitblijven van zekerheid omtrent de beoordeling van gedragspatronen, hetgeen kenmerkend is voor people-changing technologieën (lees: Hasenfeld, 1983). Deze onzekerheid zet zich door in het zorgplan, waardoor people-processing en people-changing sociale technologieën doorwerken in de uitvoeringspraktijk, waar tevens people-sustaining technologieën, het voorkomen en vertragen van verslechtering centraal staat.

5.5.1 Twee zorglogica's

De implicatie hiervan is dat dialoog als uitvoeringslogica een rol speelt in alle fases van dienstverlening binnen het domein van de thuiszorg en door alle medewerkers wordt gevoerd. De tweede implicatie is dat de dialoog gevoerd wordt vanuit twee verschillende zorglogica's. Deze zorglogica's komen overeen met wat Knijn & Verhagen (2004) de professionele zorglogica en de familiale zorglogica noemen en sluiten aan bij de literatuur over institutionele logica's

Medewerkers die vertrekken vanuit een professionele zorglogica vertrekken vanuit hun professionele kennis en expertise en hebben vaak een hogere opleiding genoten (vaak niveaus (4) en 5). Deze medewerkers richten zich vanuit deze logica op het fysiek welbevinden van cliënten en de ontwikkeling van de specifieke zorgvraag. Hieraan gerelateerd speelt werkervaring een belangrijke rol, omdat dit ertoe kan leiden dat patronen binnen een zorgvraag sneller worden opgemerkt. Een belangrijk aspect van deze zorglogica is de professionele afstand, waar neutrale en objectieve beoordelingen van de fysieke gesteldheid van cliënten centraal staat en wordt gezocht naar mogelijkheden om deze te verbeteren (lees: zelfredzaamheid). Vanuit deze zorglogica hebben medewerkers vaak een aanzienlijke machtspositie ten aanzien van de cliënt, omdat zij vaak een kennisvoorsprong hebben in de dialoog met cliënten en weinig ruimte laten voor emotie en gevoel (lees: professionele afstand).

Medewerkers die vertrekken vanuit een persoonlijke zorglogica vertrekken vanuit persoonlijke emoties en gevoel en hebben vaak een lagere opleiding genoten (vaak niveaus 2, 3 (en 4)). Deze medewerkers worden vanuit deze logica gekenmerkt door sociale en emotionele nabijheid en zijn vooral gericht op het beheersen van de sociale en emotionele band met cliënten. Om dit te bereiken is het uit handen geven van de regie een belangrijke informele strategie, omdat, door de regie uit handen te geven de wensen van de cliënt zichtbaar worden en hier op kan worden ingespeeld. De implicatie hiervan is dat cliënten een aanzienlijke machtspositie hebben, omdat zij het gevoel van zekerheid bij medewerkers relatief eenvoudig kunnen beïnvloeden, omdat zij kunnen inspelen op het gevoel en de emotie van medewerkers. Dit kan vervolgens leiden tot informele strategieën waarin medewerkers van de relatie af bewegen of tegen de cliënt ingaan. Beiden kunnen worden begrepen als een manier op de relatie met cliënten te kunnen beheersen.

5.5.2 Tussen betuttelen en hospitaliseren

Beide zorglogica's zijn gerelateerd aan negatieve uitkomsten van zorgverlening. Vanuit een professionele zorglogica kunnen medewerkers te weinig gericht zijn op het sociaal en emotioneel welbevinden van cliënten, omdat medewerkers vooral gericht zijn op de fysieke zorgvraag. Dit kan ertoe leiden dat cliënten deze medewerkers als afstandelijk, klinisch, hard of dominant ervaren. Vanuit een persoonlijke zorglogica kunnen medewerkers te weinig gericht zijn op de fysieke zorgvraag van cliënten, omdat deze medewerkers vooral gericht zijn op het bereiken van een stabiele sociale relatie. Het gevolg hiervan is dat medische fouten over het hoofd kunnen worden gezien, de afhankelijk van cliënten (onterecht) wordt bevestigd (hospitalisatie) of medewerkers als dominant of afstandelijk worden ervaren (lees: van de cliënt af bewegen en tegen de cliënt ingaan). Daarnaast is het opvallend dat beide zorglogica's elkaar kunnen aanvullen, omdat medewerkers vanuit een professioneel zorglogica veel inzicht hebben in de fysieke zorgvraag, terwijl medewerkers vanuit een persoonlijke zorgvraag veel inzicht hebben in het sociale en emotionele welbevinden.

Het is in dit opzicht opvallend dat de wederzijdse afstemming tussen deze zorglogica's bij Humanitas ontbreekt, omdat medewerkers beperkt inzicht hebben in elkaars functioneren, beperkt de tijd hebben voor reflectie door productienormen, er een ongelijke verhouding tussen deze zorglogica's bestaat en impressiemanagement deze afstemming verlamt. De implicatie hiervan is dat de afstemming tussen medewerkers ontbreekt en inconsistente zorg wordt geleverd, omdat de kwaliteit van fysieke handelingen en de bejegening door medewerkers per dag kunnen verschillen. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de verschillende zorglogica's.

Kenmerk	Professioneel zorglogica	Persoonlijke zorglogica
Niveau	Niveaus (4) en 5	Niveaus 2,3 en (4)
Afstand in dialoog	Professionele afstand	Sociale en emotionele nabijheid
Zekerheid in dialoog	Professionele kennis en expertise	Informele strategieën
Focus in dialoog	Fysieke zorgvraag	Stabiele sociale relatie
Machtspositie in dialoog	Sterk	Beperkt
Eigen verantwoordelijkheid	Stimuleren zelfredzaamheid (vanuit professionele autonomie)	Stimuleren zelfregie (als informele strategie)
Risico	Betuttelen: domineren van cliënt, te weinig aandacht voor het persoonlijke	Hospitaliseren: bevestigen van afhankelijkheid, zorginhoudelijke risico over het hoofd zien.

Tabel 2: De persoonlijke zorglogica en de professionele zorglogica

5.6 Organisatieleren

Het is opvallend dat de verwachte resultaten van de zelfsturende teams tot op heden uitblijven. Zo is het verzuim in enkele regio's hoog, hebben verschillende medewerkers moeite met de werk-privébalans, wordt de beoogde productiviteit vaak niet gehaald en is de cliënttevredenheid niet omhoog gegaan (Stichting Humanitas, 2015). Het is opvallend dat waar dit onderzoek wijst op mogelijke verklaringen hiervoor (lees: voorgaande paragrafen), deze verklaringen niet worden besproken op hoger niveau binnen de organisatie. Er vindt met andere woorden beperkt organisatieleren plaats. Hiermee wordt bedoeld dat de detectie en correctie van fouten op basis van gezamenlijke reflectie en onderzoek ontbreekt (Agryris & Schön, 1978). De auteur heeft vijf oorzaken gevonden, die ertoe bijgedragen dat Humanitas beperkt leert: 1) beperkte evaluaties 2) organisatiepolitiek 3) beperkte participatie 4) beperkte stuurfactoren en 5) het ontbreken van emergent leiderschap. Deze zullen in de volgende paragrafen worden besproken.

5.6.1 Beperkte Evaluaties

Tijdens het schrijven van deze thesis is de voortgang van de zelfsturende teams tweemaal geëvalueerd door de projectleiding, namelijk in juli 2014 en juli 2015. Ten eerste is het opvallend dat er omtrent de veranderingen in de formele structuur aandacht wordt besteed aan het functioneren van managers, directeuren, wijkverpleegkundigen en teamcoaches. Het is opvallend dat deze observaties aansluiten bij de eerder genoemde bevindingen, maar niet besproken worden in relatie tot de bredere context.

- Managers en directeuren hebben de neiging directief bij te sturen op het moment dat er iets niet goed gaat in hun ogen
- Momentum wanneer grijpt de manager in en wanneer niet is soms lastig, men grijpt eerder te snel dan te laat in?
- Niveau teamcoaches, de teamcoaches zijn nu geselecteerd uit de huidige regio's waar de ERT's gestart zijn. Dit heeft ertoe geleid dat de keuze voor een teamcoach beperkt was. De kwaliteit van de teamcoaches is minder hoog dan wenselijk.
- De rol van de wijkverpleegkundige is nog niet overal even duidelijk. Oppassen dat de wijkverpleegkundige niet de nieuwe teamleider wordt.
- Werkgebied teamcoaches; In enkele regio's is de keus gemaakt om een oud teamleider de rol van teamcoach te geven. Dit is niet wenselijk, daar de kans bestaat dat de situatie terug valt in het "oude" vertrouwde.
- Zoeken met de rol teamcoach, wanneer grijpt de manager zorg & welzijn in en wanneer is de casus voor de teamcoach? Soms lastig, men grijpt eerder te snel, dan te laat in.
- Managers zorg & welzijn en directeuren hebben de neiging directief bij te sturen op het moment dat er iets niet goed gaat in hun ogen. Bijvoorbeeld: er gaat iets even niet goed in de productie of productiviteit, dan niet gelijk directieve mails naar het ERT sturen. Of men ziet medewerkers in hun ogen te lang op kantoor hangen, niet direct hier de manager zorg & welzijn op aanspreken, die dit dan ook gelijk weer doorzet naar het team.
- Regiodirecteur: Verschil in ERT, momenteel moeite om eigen verantwoordelijkheid en eigen regie op te pakken. Teamcoach en Manager zorg & welzijn zijn nauw betrokken.

Een tweede observatie is dat de abstracte doelstellingen, zoals: dialooggerichte zorg, persoonlijke zorg, professionele zorg, zelfredzaamheid, zelfregie, feedback geven en gezamenlijke verantwoordelijkheid nauwelijks worden besproken in de evaluaties rondom de zelfsturende teams. Waar deze een indicator zijn voor de bevindingen uit de voorgaande paragrafen, worden deze niet besproken in relatie tot een bredere context.

- Medewerkers vertellen te veel over organisatie aangelegenheden aan cliënten, die voor hen niet relevant zijn, maar soms wel onrust veroorzaken.
- Feedback geven, elkaar echt aanspreken op gedrag, is heel lastig.
- Onderlinge communicatie, elkaar echt aanspreken op gedrag, is heel lastig
- Kernwaarden: er moet meer aandacht komen voor de vertaalslag van de Humanitas kernwaarden naar de praktijk. Sommige mensen kennen de kernwaarden nog niet eens, en weten niet hoe deze er in de praktijk uit zouden kunnen zien.
- Medewerkers voeren te veel niet-zorg gerelateerde taken uit bij cliënten.
- Cliënten worden meer gestimuleerd zelfstandig nog taken uit te voeren, en daarmee groeit het gevoel van zelfredzaamheid.³²
- Het is vooraf soms ook nog wat abstract voor sommige mensen.

5.6.2 Organisatiepolitiek

Een tweede observatie betreft de rol van organisatiepolitiek binnen de organisatie. Hiermee wordt bedoeld dat intern leren wordt beperkt als gevolg van belangen van verschillende actoren binnen de organisatie, die informatiestromen kleuren en beperken (Kickert, 2010).

Ten eerste speelt de rol van de raad van bestuur een belangrijke rol binnen de organisatie. Immers, de raad van bestuur heeft een centrale rol in het extern en intern verantwoorden van de interne structuur van Humanitas. Hierdoor hebben zij belang bij het slagen van de zelfsturende teams, omdat dit een indicator is dat Humanitas een toekomstbestendige organisatie is (Stichting Humanitas, 2015). Vanuit deze observatie is het opvallend dat de projectleiding onder direct toezicht staat van de raad van bestuur en de voortgang van de zelfsturende teams bewaakt. Dit heeft drie implicaties. Ten eerste leidt dit tot de situatie waarin cijfers omtrent de voortgang van de zelfsturende teams gekleurd worden, omdat de raad van bestuur deze nodig heeft om Humanitas extern en intern te kunnen legitimeren. Een observatie hiervan is dat 98 procent van de medewerkers de zelfsturende teams als een positieve ontwikkeling zouden zien, terwijl deze cijfers gemanipuleerd zijn door de projectleiding.²⁵ Ten tweede evalueert de projectleiding hun eigen ontwerp. Een projectleider heeft aangegeven dat dit tot een situatie leidt, waarin het voor de projectleiding moeilijk is om problemen aan te geven bij de raad van bestuur, omdat dit als een blijk van persoonlijk disfunctioneren wordt ervaren. Ten derde betreft dit het beschuldigen van actoren in regio's. Door te wijzen op het disfunctioneren van regiodirecteuren, managers, wijkverpleegkundigen en teamcoaches (lees: evaluaties) kan de verantwoordelijkheid voor het eventueel falen van de implementatie bij de regio's worden gelegd.

Het is in dit kader opmerkelijk dat de regiodirecteuren de zelfsturende teams nauwelijks problematiseren. Dit kan ten eerste worden begrepen vanuit de aanvankelijke onderschrijving van het belang om met zelfsturende teams te starten. Ten tweede kan dit verklaard worden vanuit de organisatiestructuur zelf, omdat zij weinig problemen ervaren, indien managers werkzaamheden en output (via strategieën) kunnen beheersen. Tot slot zijn regiodirecteuren zich ervan bewust dat het problematiseren van de zelfsturende teams een gevaar kan vormen voor de rol van de raad van bestuur, terwijl zij tevens verantwoording afleggen aan de raad van bestuur. Het

²⁵ Een projectleider heeft toegegeven dat hier manipulatie van cijfers in het spel was.

problematiseren van de zelfsturende teams wordt gezien als een teken van zwakte, vooral als andere regiodirecteuren dit niet doen.

5.6.3 Beperkte participatie van uitvoerenden

Naast beperkte evaluaties en organisatiepolitiek, kan beperkte organisatielieren worden toegeschreven aan beperkte participatie van medewerkers bij de totstandkoming van beleid. Binnen de huidige interne context van Humanitas worden zelfsturende teams continu geconfronteerd wordt met top-down aanpassingen van werkwijzen vanuit de gefragmenteerde adhocratie, waarin uitvoerenden zeer beperkt betrokken zijn. Een voorbeeld hiervan is de ‘werkgroep wijkverpleging’. Waar deze werkgroep zich ontfermt over ontwikkelingen met betrekking tot de thuiszorg, bestaat deze werkgroep uit een regiodirecteur, twee managers, een beleidsmedewerker en een wijkverpleegkundige. Dit leidt bij verschillende wijkverpleegkundigen tot een gevoel van beperkte participatie en bureaucratische inmenging, vooral, als het gaat om fundamentele zaken, zoals beoordelingsinstrumenten. Het is tevens relevant dat een recente visie op wijkverpleging is afgeketst binnen ‘het directeurenoverleg’, omdat enkele directeuren zich hier niet in konden vinden (lees: spanning tussen uniforme werkwijzen en lokale kleuren). Een andere observatie is dat wijkverpleegkundigen een verpleegkundige adviesraad wilden starten, maar hierbij te weinig ondersteuning ondervonden op centraal niveau (beleid en kwaliteit). Dat is opvallend waar wijkverpleegkundigen nog enige inspraak hebben op beleid. Het overige deel van de medewerkers (verpleegkundigen en verzorgenden) kunnen enkel invloed hebben op beleid middels de ondernemingsraad. De implicatie hiervan is dat bij het ontwerpen van beleid, het uitvoerende personeel ervaringen over de uitvoeringspraktijk niet kan delen. Bovenstaande observaties kunnen worden omschreven als de beperkte mogelijkheden van de uitvoerende kern om een ‘pull’ te vormen bij de organisatieverandering (Mintzberg, 1983).

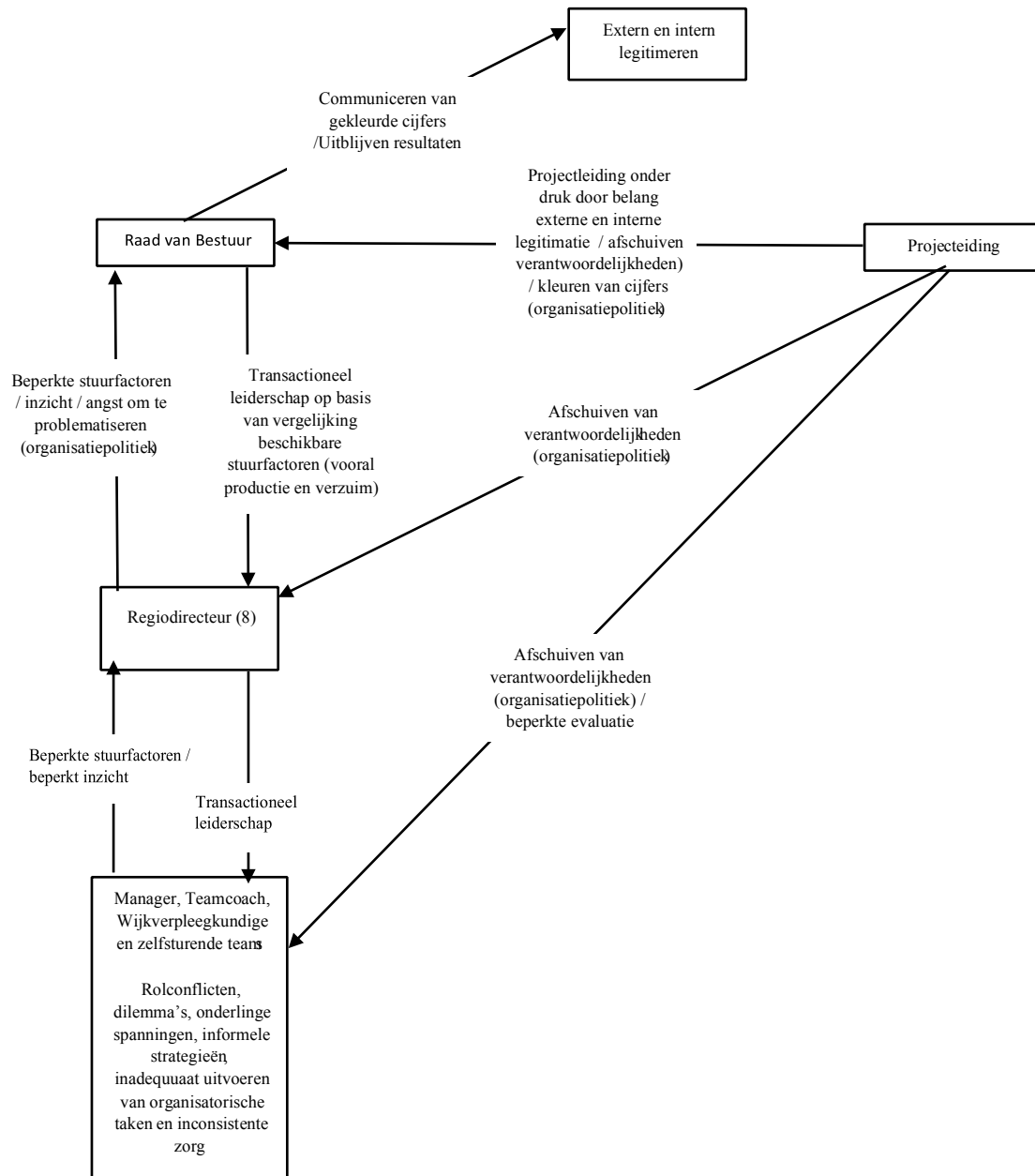
5.6.4 Beperkte stuurfactoren

Ten vierde wordt het beperkt organisatielieren bij Humanitas gerelateerd aan een gebrek aan adequate stuurfactoren. Beperkte stuurfactoren zijn in de thuiszorg (Hasenfeld, 1993) en binnen ‘street-level bureaucracies’ in het algemeen een relevant thema (Lipsky, 1980; Vedung, 2015). Ook bij Humanitas geven de stuurfactoren een beperkt beeld van de uitvoeringspraktijk. Ten eerste verschillen de indicatoren betreffende werknemerstevredenheid en cliënttevredenheid vaak per regio van elkaar (lees: lokale beleid), waardoor regio’s beperkt vergelijkbaar zijn. Ten tweede vindt de werknemerstevredenheid een keer per twee jaar plaats. Verder bestaat de cliënttevredenheidsmeting zowel uit een maandelijks informeel gesprek, een maandelijks prestatie-monitor op een specifiek aspect van de zorg en een de tweejaarlijkse CQ-meting (landelijke tevredenheidsmonitor).

Daarnaast wordt de kwaliteit van zorg bepaald op basis van MIC-meldingen (klachten), de CQ-meting en het PREZO kwaliteitskeurmerk, dat vooral gericht is op adequate zorgadministratie (Stichting Humanitas, 2014). Bovenstaande indicatoren bieden beperkt inzicht in het veranderproces, omdat deze ten eerste een momentopname zijn (eens in de twee-jaar) en ten tweede vooral indicatoren zijn, zonder de achterliggende mechanismen te beschrijven.

5.6.5 Het ontbreken van emergent leiderschap

Binnen de organisatie ontbreekt zoals eerder aangegeven emergent leiderschap, omdat ontwikkelingen vooral neerdalen binnen verschillende constructies (de gefragmenteerde adhocratie) en de rol van de raad van bestuur gekenmerkt wordt door transactioneel leiderschap (monitoring, sanctionering en verantwoording). De implicatie hiervan is dat er omtrent de implementatie van beleid geen centrale regisseur is die kennis coördineert, de dialoog tussen verschillende componenten van de organisatie faciliteert en informatiestromen regisseert (lees: Weick & Quin, 1999). Het ontbreken van emergent leiderschap wordt gerelateerd de eerder genoemde observaties: beperkte participatie, beperkte evaluatie, organisatiepolitiek en beperkte stuurfactoren, omdat deze allen voortkomen uit een gebrek aan kennismangement en het faciliteren van een open-dialoog tussen verschillende afdelingen binnen de organisatie. In figuur 11 volgt een overzicht van het beperkt organisatieleren bij Stichting Humanitas.



Figuur 11: Beperkt organisatieleren bij Humanitas

5.7 Het in stand houden van de generationaliseerde mythe

Vanuit de literatuur rondom het beheersen van institutionele logica's kan de situatie bij Humanitas worden omschreven als een negatieve hybridisering van institutionele logica's (Kus Fossestol, 2015), waarin verschillende logica's binnen de organisatie van elkaar gescheiden zijn, maar in de praktijk negatieve invloed op elkaar hebben. Ten eerste volgt uit het onderzoek dat in de gefragmenteerde top en de hiërarchische lijn vooral de logica van de markt dominant is, waarin het verkrijgen van publieke middelen en een stabiele marktpositie centraal staat. Ten tweede volgt uit dit onderzoek dat er in de uitvoerende kern een inadequaat afstemming wordt geobserveerd tussen een professionele zorglogica en een persoonlijke zorglogica. Deze inadequaat afstemming kan negatieve gevolgen hebben voor de marktlogica, omdat het samengaat met ongunstige uitkomsten voor de organisatie.

Gebrek aan kennis over de persoonlijke zorglogica, de professionele zorglogica en de verhouding van deze logica's tot de marktlogica, leidt ertoe dat er binnen de gefragmenteerde adhocratie (werkgroepen, centrale diensten, regiodirecteuren, de raad van bestuur en projectleiders) vooral op abstract en symbolisch niveau over de implementatie van de zelfsturende team worden gesproken met termen als dialooggerichte zorg, persoonlijke zorg, zelfredzaamheid, zelfregie, eigen verantwoordelijkheid, ondernemerschap en gezamenlijke verantwoordelijkheid, zonder de invulling hiervan adequaat te evalueren of te problematiseren. Dit mechanisme kan het beste worden omschreven als een 'generationaliseerde mythe', waarin ideeën over doelmatigheid en feitelijke doelmatigheid verward raken en gepaard kunnen gaan met perverse effecten (Meyer & Rowan, 1977).

Hoofdstuk 6 Conclusie: in het hart van de gerationaliseerde mythe

Als gevolg van een dubbele vergrijzing zal de vraag naar thuiszorg de komende jaren sterk toenemen (Casteleijns et al., 2013 ; WHO, 2008). Om de thuiszorg toekomstbestendig te organiseren heeft de Nederlandse overheid de thuiszorg hervormd, wat begrepen kan worden als een verschuiving van aanbodgestuurde zorg (zorgproducten en bureaucratische beoordeling) naar dialooggerichte zorg (eigen verantwoordelijkheid en professionele beoordeling) (Rijksoverheid, 2014).

Deze hervorming heeft ertoe geleid dat grote zorgaanbieders die zich als gevolg van beleidshervormingen in de jaren '90 en '00 hebben ontwikkeld tot machineorganisaties (Ipenburg, 2011) onder druk staan. Ten eerste hebben zij een relatief laag opgeleid personeelsbestand, waardoor uitvoerende werkzaamheden gekenmerkt worden door specialisatie en tijdmanagement. Er wordt met andere woorden professionalisering binnen een gedeprofessionaliseerde uitvoeringspraktijk gevraagd. Ten tweede wordt de organisatiestructuur binnen het domein als illegitiem ervaren, omdat deze gerelateerd is aan bureaucratie, een gebrek aan coördinatie rondom de zorgvraag, vervreemding van medewerkers en hoge kosten aan overhead (De Blok & van Pool, 2010). Ten derde heeft Buurtzorg laten zien dat zij met zelfsturende teams van wijkverpleegkundigen en lage kosten aan overhead de thuiszorg doelmatiger en tegen een hogere kwaliteit leveren (KPMG, 2014). Ten vierde heeft de Rijksoverheid dit model (deels) geïnstitutionaliseerd door indicaties per 1 januari te laten stellen door wijkverpleegkundigen en doelmatigheidskortingen te baseren op de mogelijkheid om zelfredzaamheid en zelfregie te stimuleren (SCP, 2015; Rijksoverheid, 2014). Ten vijfde bestaat er een gebrek aan inzicht over de cijfers achter het verhaal van Buurtzorg (KPMG-Plexus, 2015; VWS, 2015).

Vanuit deze observaties wordt het starten van zelfsturende teams in voormalige machineorganisaties als potentieel problematisch ervaren, omdat de symbolische doelmatigheid (het legitimeren van de organisatiestructuur) en feitelijke doelmatigheid (de gunstige effecten van deze implementatie) kunnen botsen (Meyer & Rowan, 1977). Omdat, de perverse effecten van deze implementaties meer dan 200.000 Nederlanders die thuiszorg ontvangen vanuit voormalige machineorganisaties kunnen treffen, is in deze thesis onderzoek gedaan naar de gevolgen van de implementatie van zelfsturende teams bij Stichting Humanitas. Ik ben in dit onderzoek vertrokken vanuit het contextualisme perspectief van Pettigrew (1985), omdat zijn focus op 'generieke mechanismen' geschikt is om nieuwe inzichten te genereren rondom het onderwerp, waar zowel op wetenschappelijk als maatschappelijk vlak behoefte aan is.

Ten eerste volgt uit dit onderzoek dat de dialoog als uitvoeringslogica niet enkel in de indicatiefase, maar ook in het zorgplan en in de uitvoering van verpleegkundige en verzorgende handelingen wordt gevoerd. Vooral, omdat de indicatie en zorgplan als beperkt worden ervaren om de zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten te beoordelen. Met andere woorden vervagen de grenzen tussen de sociale technologieën die Hasenfeld (1983): het beoordelen van gedragspatronen, het categoriseren van burgers en het voorkomen van verslechtering.

Ten tweede wordt deze dialoog gevoerd vanuit twee zorglogica's. De persoonlijke zorglogica, waarin sociale en emotionele nabijheid, levenspatronen en zelfregie van de cliënt (vanuit informele strategieën) centraal staat en de

professionele zorgbenadering, waarin professionele afstand, de fysieke zorgvraag en zelfredzaamheid (vanuit professionele autonomie) centraal staat. Het onderscheid tussen deze zorglogica's werpt een nieuwe blik op de verdeling van medewerkers binnen de thuiszorg, omdat beide zorglogica's gerelateerd zijn aan de functieniveaus van thuiszorgmedewerkers. Met andere woorden kunnen de concepten zelfredzaamheid en zelfregie gekoppeld worden aan verschillende zorglogica's en medewerkers, wat ertoe bijdraagt dat het niveau van analyse van metaniveau (abstracte veronderstellingen) naar meso-niveau (de verhouding tussen logica's) en micro-niveau (de uitvoering van werkzaamheden) wordt verlegd. Dit is relevant, omdat beide logica's gepaard gaan met risico's. Vanuit een persoonlijke zorglogica kunnen medewerkers te weinig oog hebben voor de fysieke zorgvraag en cliënten onterecht afhankelijk maken van zorg (hospitaliseren). Vanuit een professionele zorglogica kunnen medewerkers te weinig oog hebben voor het sociaal en emotioneel welbevinden van cliënten en te klinisch of afstandelijk worden ervaren (domineren). Indien deze zorglogica's op elkaar zijn afgestemd kan dit leiden tot consistente en doelmatige zorgverlening. Het is opvallend dat waar deze afstemming belangrijk wordt geacht, deze bij Humanitas ontbreekt. Zo hebben medewerkers beperkt inzicht in elkaars functioneren, hebben zij door productienormen beperkt tijd voor reflectie is er een ongelijke verhouding tussen deze zorglogica's en leiden wederzijdse beschuldigingen tot impressiemanagement. Waar de invoering van zelfsturende teams enerzijds kan worden begrepen als een wijze om de thuiszorg te professionaliseren, omdat organisatietaken onderdeel worden van de professie (Evetts, 2009; Faulconbridge and Muzio 2008), volgt uit dit onderzoek dat het tevens gepaard kan gaan met het inadequaat uitvoeren van deze taken (bijv. planning en roostering) en beperkte wederzijdse afstemming ('peer control') (Mintzberg, 1983; Hupe & Hill, 2007).

Ten derde heeft dit onderzoek laten zien hoe de implementatie van zelfsturende teams in een hiërarchische organisatie gepaard gaat met verdeeld leiderschap (Grönn, 2002), rolconflicten, dilemma's en strategieën van betrokkenen. Zo ervaren managers een dilemma tussen vasthouden en loslaten en ervaren wijkverpleegkundigen en teamcoaches een dilemma tussen alineren of isoleren. Dit leidt vervolgens tot rolconflicten bij het zelfsturende team, die vanuit verschillende actoren informele leiderschapsrollen ervaren.

Terwijl bovenstaande gevolgen: inadequate planning en roostering, beperkt inzicht in elkaars functioneren, wederzijdse beschuldigingen, impressiemanagement, beperkte tijd voor reflectie, rolconflicten en dilemma's een verklaring kunnen zijn voor het uitblijven van resultaten op de belangrijkste stuurfactoren: productie, cliënttevredenheid, werknemertevredenheid en verzuim, volgt uit dit onderzoek dat Humanitas beperkt leert (Argyris & Schön, 1978). In deze thesis zijn vijf oorzaken gevonden voor het beperkte organiseren bij Humanitas. Ten eerste wordt de implementatie van de zelfsturende teams beperkt geëvalueerd, waardoor de generieke mechanismen achter bepaalde effecten onzichtbaar blijven. Ten tweede leidt de rol van de projectleiding en regiodirecteuren onder de raad van bestuur tot het beperken van en kleuren van informatiestromen (organisatiepolitiek), omdat het problematiseren van de zelfsturende teams wordt gezien als blijk van persoonlijk disfunctioneren. Ten derde wordt is het de uitvoerende kern niet gelukt om een 'pull' te vormen bij de organisatieverandering (lees: Mintzberg, 1983). Hierdoor hebben wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden beperkte invloed bij de totstandkoming van beleid. Voorts volgt uit dit onderzoek dat de stuurfactoren, waarop regiodirecteuren en managers beoordeeld worden beperkt inzicht bieden in de 'generieke mechanismen' achter de cijfers (de productie, de cliënttevredenheid, de werknemertevredenheid en verzuim). Tot slot wordt Humanitas (deels) gekenmerkt door een gefragmenteerde adhocratie, waarin externe ontwikkelingen neerdalen in verschillende constructies, zoals: werkgroepen, centrale diensten, projectleidingen en overlegstructuren. Hierdoor is er binnen de organisatie geen emergent leider, die kennis, dialoog, organisatiepolitiek en informatiestromen binnen de organisatie beheerst.

De implicatie van het voorgaande is dat de zelfsturende teams zijn opgestart met het oog op toekomstbestendigheid en bestaansrecht (Stichting Humanitas, 2015), maar onzorgvuldige implementatie tot perverse effecten leidt, die beperkt worden geëvalueerd en geproblematiseerd. Dit leidt tot het in stand houden van de ‘gerationaliseerde mythe’ (Meyer & Rowan, 1977), die hardnekkig, aantrekkelijk, maar onrealistisch is en een gevaar kan vormen voor de langdurige overleving van de organisatie.

Hoofdstuk 7: Advies

Als gevolg van de contextuele rijkdom die deze thesis kenmerkt, kunnen adviezen worden gegeven op verschillende niveaus. In de basis kan gesteld worden dat Humanitas voor de uitdaging staat om de marktlogica, de persoonlijke zorglogica en de professionele logica te integreren, omdat het uitblijven hiervan gerelateerd is aan de negatieve uitkomsten die in het voorgaande besproken zijn.

- De marktlogica betreft het verkrijgen van een stabiele positie op de markt van de langdurige zorg, door doelmatige zorg te leveren tegen een hoge kwaliteit en de uitkomsten hiervan te verantwoorden naar externe en interne stakeholders.
- De professionele logica betreft het adequaat beoordelen van de zorgvraag van cliënten op basis van professionele autonomie, beroepsnormen, adequate professionele controle en wederzijdse afstemming.
- De persoonlijke logica betreft het leveren van persoonlijke zorg, waarbij sociale en emotionele nabijheid centraal staat.

7.1 Van een gefragmenteerde adhocratie naar een geregiseerde adhocratie

Ten eerste pleit de auteur ervoor om met betrekking tot de gefragmenteerde adhocratie emergent leiderschap te introduceren. Dit betekent dat er een centrale actor is die de regie neemt over externe en interne ontwikkelingen, kennis hierover coördineert, informatiestromen bewaakt en dialogen faciliteert. Met andere woorden pleit de auteur ervoor om veranderingen minder op een rommelige wijze te laten ‘neerdalen’ binnen verschillende constructies (centrale diensten, projectleidingen, werkgroepen en extern adviseurs) en hier actief de regie over te nemen. Met andere woorden pleit de auteur voor een verschuiving van een gefragmenteerde adhocratie naar een geregiseerde adhocratie. De verandering, waarin per 1 januari 2016 een lid van de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering wordt als een positieve ontwikkeling gezien. Hieraan gerelateerd pleit de auteur ervoor om ‘het directeurenoverleg’ als orgaan met beleidsbevoegdheid af te schaffen, omdat dit een orgaan is waarin de regie over effectieve implementatie ontbreekt. Tot slot pleit de auteur ervoor om de afdracht van 5,5 procent door regio’s aan centrale diensten los te laten, omdat dit ten koste gaat van de flexibiliteit van de centrale diensten in periodes die worden gekenmerkt door toegenomen complexiteit. Vooral, omdat dit de strategische ruimte van de hoofd bedrijfsvoering beperkt en verantwoordelijkheden bij centrale diensten kunnen verstoren.

7.2 Interne flexibiliteit

Een belangrijke observatie uit dit onderzoek is dat er bij Humanitas een spanning bestaat tussen de gefragmenteerde adhocratie (centrale diensten, werkgroepen, projectleiders en adviseurs) en regio’s. Om deze spanning te verhelpen worden op basis van dit onderzoek drie adviezen gegeven.

Ten eerst is het belangrijk dat de er wederzijds begrip ontstaat tussen regio’s en de centrale diensten. De auteur pleit ervoor om twee onderzoeken uit te laten voeren: een onderzoek naar de concrete verschillen tussen regio’s en een onderzoek naar de concrete werkzaamheden van de centrale diensten. Door de uitkomsten van deze onderzoeken te

communiceren zal wederzijds begrip worden verbeterd en zal zowel duidelijkheid ontstaan over de mate waarin regio's vrijheid hebben om beleid te maken, als de mate waarin centrale diensten ondersteuning bieden. Dit zal tevens het functioneren van het hoofd bedrijfsvoering vergemakkelijken, omdat deze meer zicht krijgt op de feitelijke werkzaamheden van verschillende actoren binnen de organisatie. Daarnaast pleit de auteur ervoor om de cliëntadministratie en de financiële administratie te centraliseren naar gerelateerde centrale diensten (het indicatiebureau en financiën). Dit heeft vijf voordelen t.a.v. de huidige situatie.

- Centraal beleid wordt op lokaal niveau niet aangepast.
- Medewerkers kunnen effectief kennis delen.
- Er is adequater toezicht.
- Medewerkers kunnen elkaars werk beter overnemen bij verzuim.
- Verantwoordelijkheden van andere actoren worden minder overgenomen.
- Het werk kan met minder fte worden uitgevoerd.

Buiten de verbetering van de organisatie rondom de ondersteunende diensten heeft dit twee aanpalende voordelen. Ten eerste kan het fte van regiodirecteuren vermindert worden, waardoor regio's kleiner worden en lokale verschillen verder zullen afnemen. Hierbij kan gedacht worden aan het ombuigen van Humanitas naar vier regio's: Noord, Zuid, West en Oost. Voorts kan de beleidsvrijheid van de regiodirecteur zich enkel richten op zorginhoudelijke lokale verschillen en klantvragen.

7.3 Kwaliteit in de uitvoering

Betreffende de uitvoerende kern kunnen er op basis van dit onderzoek vijf adviezen worden gegeven.

Het eerste advies is om de belangrijkste regeltaken (bijv. plannen, roosteren en productierapporten) buiten het team te plaatsen, omdat deze tot de grootste onzekerheid leiden bij manager. De verwachting is dat strategisch gedrag van managers af zal nemen, indien er omtrent de belangrijkste regeltaken meer zekerheid ontstaat. Dit zal tevens leiden tot verminderde rolconflicten onder de manager: wijkverpleegkundigen, teamcoaches en het zelfsturende team. Hieraan gerelateerd wordt verwacht dat het adequaat uitvoeren van deze taken zal leiden tot adequatere planning en roostering, waardoor werkdruk zal afnemen, de zorg consistentier wordt geleverd en verzuim adequater kan worden opgevangen.

Een tweede advies betreft het deskundigheidsniveau van medewerkers in de uitvoerende kern. Uit het onderzoek volgt dat uitvoerende werkzaamheden worden uitgevoerd vanuit twee zorglogica's. De verhouding tussen deze logica's is momenteel ongelijk verdeeld. Ieder team bestaat voor ongeveer 20 procent uit medewerkers met een professionele zorglogica (niveau (4) en 5) en 80 procent met een persoonlijke zorglogica (niveau 2,3 en (4)). Uit dit onderzoek volgt dat beide zorglogica's gerelateerd zijn aan risico's, zoals: betutteling (cliënten domineren) en hospitalisatie (afhankelijkheid bevestigen en te weinig aandacht besteden aan de fysieke zorgvraag). De auteur wijst op het belang van een zorginhoudelijke dialoog, omdat dit kan bijdragen tot wederzijdse afstemming, professionele controle, wederzijds leren en consistente zorgverlening. Vanuit deze observatie pleit de auteur ervoor om meer medewerkers van niveau 4 en 5 aan te stellen bij natuurlijk verloop van medewerkers van niveau 2 en 3. Daarnaast wordt geadviseerd om te investeren in ICT-voorzieningen die zorgdossiers inzichtelijk maken, tijd voor professionele reflectie en digitale communicatiemiddelen. Hieraan gerelateerd pleit de auteur ervoor om meer medewerkers van niveau 4 en 5 aan te stellen bij natuurlijk verloop van medewerkers van niveau 2 en 3,

Verder ziet de auteur een belangrijke rol voor de teamcoach om de interprofessionele dialoog tussen medewerkers te faciliteren. Door af te stappen van het huidige fasemodel zullen teamcoaches zich minder in een spanningsveld begeven en een meer zorginhoudelijke rol krijgen.

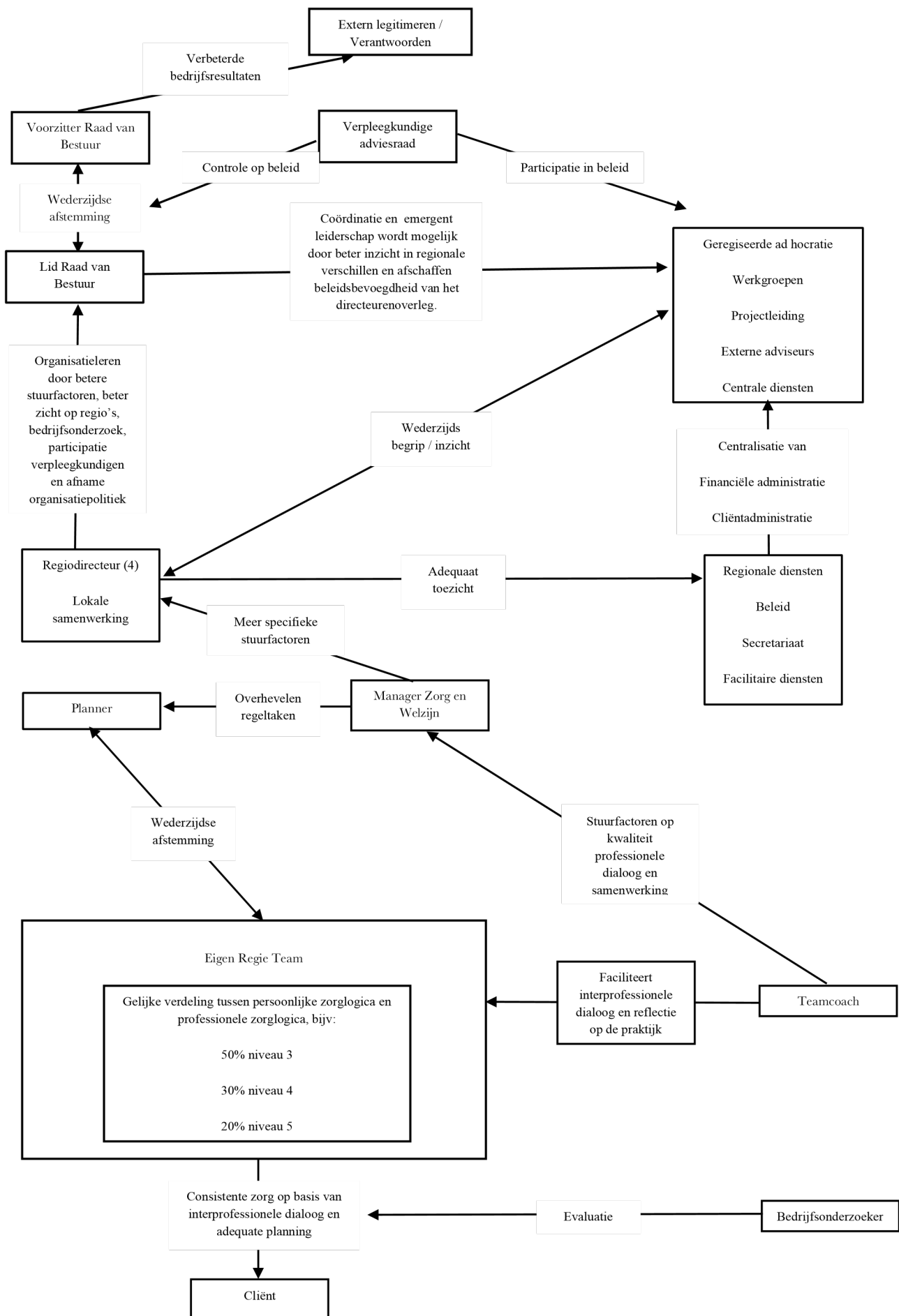
Ten derde pleit de auteur voor adequatere en uniforme stuurfactoren rondom cliënttevredenheid en kwaliteit, waarin vooral de consistentie van zorgverlening en de vertaling van beide zorglogica's centraal staat.

Een vierde advies betreft het opstarten van een professionele adviesraad, die naast de ondernemingsraad en de cliëntenraad wordt opgestart en controle uitoefent op het beleid van de organisatie. Er wordt geadviseerd om uitvoerende medewerkers en teamcoaches meer te laten deelnemen in werkgroepen en projecten, omdat professionele ervaringen hierdoor meer worden meegenomen in beleid en het tevens het gevoel van betrokkenheid bij veranderingen vergroot. Hieraan gerelateerd pleit de auteur voor een digitaal forum, waarin de inspraak van uitvoerenden en teamcoaches kan worden aangemoedigd. Het starten van Humanitas Innovatietechnologie wordt door de auteur als een positieve ontwikkeling gezien.

Tot slot pleit de auteur ervoor om de evaluaties rondom de zelfsturende teams los te koppelen van de projectleiding, omdat dit persoonlijke belangen en objectieve beoordeling rondom de voortgang verstoort. Bovendien pleit de auteur ervoor om interne evaluaties een belangrijker onderdeel te maken van de bedrijfsvoering door een medewerker aan te stellen die verantwoordelijk is voor 'kwalitatieve evaluaties' en advies geeft over verbeteringen hieromtrent. Er wordt geadviseerd om deze medewerker onder de de hoofd bedrijfsvoering te plaatsen, omdat deze idealiter de regie voert over het coördineren van kennis over interne en externe ontwikkelingen.

7.4 Conclusie

Op basis van bovenstaande aanpassingen op de huidige organisatiestructuur zal Humanitas een lerende organisatie worden, waarin de marktlogica, de professionele logica de persoonlijke logica adequaat op elkaar zijn afgestemd. Dit zal zich vertalen in verbeterde bedrijfsresultaten en toekomstbestendigheid binnen het domein van de langdurige zorg.



Figuur 13: een alternatief organisatie-model

Literatuurlijst

- Abma, T.A., Bruijn, A., Kardol, M.J.M., Schols, J. & Widdershoven, G.A.M. (2012) 'Responsibilities in Elderly Care: Mr. Powell's Narrative of Duty and Relations', *Bioethics*, Vol. 26, no. 1, pp. 22–31.
- Abma, T.A., Molewijk, B. & Widdershoven, G.A.M. (2009) 'Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care through Moral Deliberation and Responsive Evaluation', *Health Care Analysis*, Vol. 17, no. 3, pp. 217-35.
- Achmea. (2014). *Zorginkoopbeleid verpleging & verzorging 2015*.
- Achmea. (2015) *Zorginkoopbeleid wijkverpleging 2016*.
- Achterhuis, H. (1980). *De markt van welzijn en geluk: Een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.
- Actiz (2014) *Achtergronden van de Benchmark in zorg 2014*.
- Actiz (2015a) *Achtergronden van de Benchmark in de zorg 2015*.
- Actz (2015b) *Rapportage onderzoek inkoop wijkverpleging 2015*.
- Almekinders, M. (2006). 'Teams beter thuis in thuiszorg?' *Resultaatverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading: AddisonWesley.
- Baart, A. (2001) *Een theorie van presentie [The Presence Approach]*, Lemma, Utrecht.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Beck, U. (1992). *Risk society towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- Beer, M., & Nohria, N. (Eds.). (2000). *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Bosselaar, H. (2013). *Bouwplaats lokale verzorgingsstaat: Wetenschappelijke reflecties op de decentralisaties in de sociale zekerheid en zorg*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Bovens, M. & Zouridis, S. (2002). From street-level to system-level bureaucracies: how information and communication technology is transforming administrative discretion and constitutional control. *Public administration review*, 62(2), 174-184
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies*, 39(1), 97–122.
- Brabander, R. (2014). *Wie wil er nou niet zelfredzaam zijn?: De mythe van zelfredzaamheid*. Antwerpen: Garant.
- Burnes, B. (2004). *Emergent change and planned change – competitors or allies?*
- By, R. T. (2005). *Organizational change management: A critical review*. *Journal of Change Management*, 5(4), 369–380.
- Castelijns, E., Kollenburg, A., & Meerman, W. (2013). *De vergrijzing voorbij*. Berenschot.
- Cohen, Michael D., March, James G. and Olsen, Johan P. (1972) 'A Garbage Can Model of Organizational Choice', *Administrative Science Quarterly* 17(1): 1–25.

- Coram, R., & Burnes, B. (2001). Managing organizational change in the public sector: Lessons from the privatization of the Property Service Agency. *The International Journal of Public Sector Management*, 14(2), 94–110.
- CZ. (2014). Zorg Inkoopdocument Wijkverpleging 2015.
- CZ. (2015) Inkoopbeleid wijkverpleging 2016.
- De Blok, D. & Pool, A. (2010) *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Demers, C. (2007). *Organizational Change Theories: A Synthesis*, London: Sage Publications.
- Denton J., *Organisational learning and effectiveness*, Routledge, 1998
- Devos, G., Buelens, M., & Bouckenooghe, D. (2007). Contribution of content, context and process to understanding openness to organizational change: Two experimental simulation studies. *The Journal of Social Psychology*, 147(6), 607–630.
- Diefenbach, T. (2009), New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic ‘enlightenment’. *Public Administration* 87(4): 892-909.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48, 147-160.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. 1983. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147– 160.
- Dowling, J., & Pfeffer, J. (1975). Organizational legitimacy: Social values and organizational behavior. *Pacific Sociological Review*, 18(1), 122–136.
- Duyvendak, J. (2009). Hans Achterhuis na dertig jaar herlezen. *Tijdschrift Voor Sociale Vraagstukken*, (9).
- Dworkin, R. (1978), *Taking Rights Seriously*. London: Duckworth.
- Eisenbach, R., K. Watson, and R. Pillai. 1999. “Transformational Leadership in the Context of Organizational Change.” *Journal of Organizational Change Management* 12 (2): 80–89. doi:10.1108/09534819910263631.
- Evans, T. (2010). Professionals, managers and discretion: Critiquing street-level bureaucracy. *British Journal of Social Work*. Advance Access, 1-19
- Evetts, J. (2009) ‘New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences’, *Comparative Sociology*, 8: 247–66
- Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing successful organizational change in the public sector: An agenda for research and practice. *Public Administration Review*, 66(2), 168–176.
- Fossestøl, K., Breit, E., Andreassen, T., & Klemsdal, L. (2015). Managing Institutional Complexity In Public Sector Reform: Hybridization In Front-Line Service Organizations. *Public Administration Public Admin*, 290306.
- Foucault, M. (1979). *Michel Foucault: Power, truth, strategy*. Sydney, Australia: Feral Publications.
- Friedman, B.L. (2006), “Policy analysis as organizational analysis”, in Moran, M., Rein, M. and Goodin, R.E. (Eds), *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Gezondheidsraad. (2009). *Preventie bij ouderen: Focus op zelfredzaamheid*. Den Haag
- Giddens, A. (1999). *The third way: The renewal of social democracy*. Malden, Mass.: Polity Press.
- Giddens, A. 1984. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadership Quarterly*, 13, pp. 423–451.
- Hal, L.B.E. van, Meershoek, A., Nijhuis, F., & Horstman, K. (2011). The Empowered Client. In *Vocational Rehabilitation: The Excluding Impact of Inclusive Strategies*. gepubliceerd 14 juli 2011, Springerlink.com.
- Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policy-making in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275–296.
- Hasenfeld, Y. (1983), *Human service organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Higgs, M. J., & Rowland, D. (2011). What does it take to implement change successfully? A study of the behaviors of successful change leaders. *Journal of Applied Behavioral Science*, 47(3), 309–335.
- Howlett, M. (2012). The lessons of failure: learning and blame avoidance in public policy-making. *International Political Science Review*, 33(5), 539–555.
- Huy, Q. (2001). Time, Temporal Capability, and Planned Change. *The Academy of Management Review*, 601601.
- Illich, I. (1977). *Disabling professions*. London: M. Boyars.
- International Journal of Management Reviews*, Vol. 11 No. 1, pp. 97-125.
- Ipenburg, B. (2011). *De organisatie van thuiszorg*. Deventer: Kluwer.
- Isett, K. R., Glied, S. A. M., Sparer, M. S., & Brown, L. D. (2012). When change becomes transformation: A case study of change management in Medicaid offices in New York city. *Public Management Review*, 15(1), 1–17.
- Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H., et al. (1997) ‘Differentiated Practice and Specialization in Community Nursing: A Descriptive Study in the Netherlands’, *Health & Social Care in the Community*, 5: 219–26.
- Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H., et al. (1996) ‘Models of Differentiated Practice and Specialization in Community Nursing: A Review of the Literature’, *Journal of Advanced Nursing*, 24: 968–80.
- Jewell, C. (2007), *Agents of the welfare state. How caseworkers respond to need in the United States, Germany, and Sweden*. New York: Pallgrave MacMillan.
- Jewell, C. en Glaser B. (2006), *Towards a general analytical framework. organizational settings, policy goals and street-level behaviour*. *Administration and Society* 38(3): 335-364.
- Kanter, R. M., Stein, B. A., & Jick, T. D. (1992). *The challenge of organizational change*. New York: The Free Press.
- Kickert, W. J. M. (2010). Managing emergent and complex change: The case of the Dutch agencification. *International Review of Administrative Sciences*, 76(3), 489–515.
- Kickert, W. J. M. 2014. “The Specificity of Change Management in Public Organizations: Conditions for Successful Organizational Change in Dutch Ministerial Departments.” *The American Review of Administrative Sciences* 44 (6): 693–717.
- Kind, T.(2015) *Tussen hospitaliseren en betuttelen. Een onderzoek naar de betekenis zelfredzaamheid en zelfregie in de thuiszorg bij Stichting Humanitas*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Knijjn, T. & Verhagen, S. (2003) *Contested Professionalism And The Quality Of Home Care*. Presented on the 6th European Sociology Association Conference . Murcia
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.

- KPMG (2015) De toegevoegde waarde van Buurt t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van de thuiszorg in Nederland anno 2013.
- Kuipers, B.S., Higgs, M.J., Kickert, W.J.M., Tummers, L.G., Grandia, J., Van der Voet, J. (2014). The management of change in public organisations: A literature review. *Public Administration*
- Kunneman, H., & Slob, M. (2007). Thuiszorg in transitie: Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg. Bunnik.
- Lewin K (1951) *Field Theory in Social Science*. New York: Harper and Row.
- Linders, L. (2010). De betekenis van nabijheid. Proefschrift Universiteit van Tilburg
- Lipsky, M. (2010), *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York, NY.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- McNulty, T. and Ferlie, E. (2004), "Process transformation: limitations to radical organizational change within public services organizations", *Organization Studies*, Vol. 25 No. 8, pp. 1389-1412.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. 1977. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2): 340-363.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 340-363.
- Meyer, R.E., I. Egger-Peitler, M.A. Höllerer and G. Hammerschmid. 2014. 'Of Bureaucrats and Passionate Public Managers: Institutional Logics, Executive Identities, and Public Service Motivation', *Public Administration*, 92, 4, 861-85.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015) Kamerbrief doelmatigheidsonderzoek Buurtzorg. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). Hervorming langdurige zorg: Naar een waardevolle toekomst.
- Mintzberg, H., & Westley, F. (1992). Cycles of organizational change. *Strat. Mgmt. J. Strategic Management Journal*, 39-59.
- Morgan G (1986) *Images of Organizations*. London: Sage.
- Muzio, D., and Kirkpatrick, I. (2011) 'Introduction: Professions and Organizations: A Conceptual Framework', *Current Sociology*, 59: 389-405
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015) Stichting Laurens en Stichting Thuiszorg Rotterdam. 202-11
- Newman, J. and Clarke, J. (1994) 'Going about our business? The managerialization of public services', in A. Clark, A. Cochrane and E. McLaughlin (eds.), *Managing Social Policy*, London: Sage.
- Noordegraaf, M. (2007), From pure to hybrid professionalism. Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society* 39(6): 761-785.
- Noordegraaf, M. (2011), Risky business: how professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies* 32(10): 1349-1371.
- NZA (2013). Advies bekostiging wijkverpleging in de zorgverzekeringswet. Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw.
- Olaisson, A. (2009) Negotiating needs Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices. Linköpings Universitet.

- Ouchi, W.G. (1980). Markets, bureaucracies and clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), 129–141.
- Pache, A-C. and F. Santos. 2013 . 'Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics', *Academy of Management Journal*, 56, 4, 972–1001. SCP (2015)
- Pandey, S. K., & Wright, S. K. (2006). Connecting the dots in public management: Political environment, organizational goal ambiguity and public manager's role ambiguity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(4), 511–532.
- Peeters, R., & Drosterij, G. (2011). Verantwoordelijke vrijheid: responsabilisering van burgers op voorwaarden van de staat. *Beleid en Maatschappij*, 38(2), 179-199.15
- Pepper, S.C. (1942). *World Hypothesis*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697–713.
- Pettigrew, A.M. (1985), "Contextualist research and the study of organisational change processes", in Mumford, E., Hirschheim, R., Fitzgerald, G. and Wood-Harper, T. (Eds), *Research Methods in Information Systems*, Elsevier Science Publishers B.V., North Holland.
- Pettigrew, A.M. (1985), "Contextualist research and the study of organisational change processes", in Mumford, E., Hirschheim, R., Fitzgerald, G. and Wood-Harper, T. (Eds), *Research Methods in Information Systems*, Elsevier Science Publishers B.V., North Holland.
- Pettigrew, A.M. (1985a). *The Awakening Giant: Continuity and Change in ICI*. Oxford: Basil Blackwell.
- Pettigrew, A.M. (1985b). Contextualist research: a natural way to link theory and practice. In Lawler, E. (ed.), *Doing Research That Is Useful in Theory and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass,
- Pettigrew, A.M. (1987), "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, Vol. 24 No. 6, pp. 649-670.
- Pettigrew, A.M. (1987), "Researching strategic change", in Pettigrew, A.M. (Ed.), *The Management of Strategic Change*, Basil Blackwell, Oxford.
- Pettigrew, A.M. (1987a), "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, Vol. 24 No. 6, pp. 649-670.
- Pettigrew, A.M. (1987b), "Researching strategic change", in Pettigrew, A.M. (Ed.), *The Management of Strategic Change*, Basil Blackwell, Oxford.
- Pettigrew, A.M. (1992). The character and significance of strategy process research. *Strategic Management Journal*, 13, 5–16.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: HarperCollins.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform. A comparative analysis*. Oxford University Press.
- Poole, M.S. and Van de Ven, A.H. (2004), "Theories of organizational change and innovation processes", in Poole, M.S. and Van de Ven, A.H. (Eds), *Handbook of Organizational Change and Innovation*, Oxford University Press, New York, NY.
- Poole, M.S., Van de Ven, A.H., Dooley, K. and Holmes, M.E. (2000). *Organizational Change and Innovation Processes. Theory and Methods for Research*. New York: Oxford University Press. pp. 222–274.
- Rainey, H. G. 2014. *Understanding and Managing Public Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Reay, T. and C.R. Hinings. 2009. 'Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics', *Organization Studies*, 30, 6, 629–52.

- Regenmortel, T., van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 18 (4), 22-42.
- Rice, D. (2012). Street-Level Bureaucrats and the Welfare State: Toward a Micro-Institutionalist Theory of Policy Implementation. *Administration & Society*, 1038-1062.
- Riggio, R. (2004). *Improving leadership in nonprofit organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rotmans, J., & Horsten, H. (2012). *In het oog van de orkaan: Nederland in transitie*. Boxtel: Aeneas.
- Schön, D. A. (1979). Public service organizations and the capacity for public learning. *International Social Science Journal*, 31(4), 682–695.
- Scott, W.R. (2001). *Institutions and Organizations, Second Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- SCP (2014) Keuzeruimte in de langdurige zorg: Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten. (2015). Den Haag.
- Sharman, Z., McLaren, A. T., Cohen, M., & Ostry, A. (2008). " We only own the hours": Discontinuity of care in the British Columbia home support system. *Canadian Journal on Aging*, 27(1), 89-99.
- Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Strategies Used by Home Support Workers in the Delivery of Care to Elderly Clients. *Can. J. Aging Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 97-97.
- Sminia, H. (2009), "Process research in strategy formation: theory, methodology and relevance",
- Sminia, H., & Van Nistelrooij, A. (2006). Strategic management and organization development: Planned change in a public sector organization. *Journal of Change Management*, 6(1), 99–113.
- Smith, K. (2007). *Social Work, Restructuring and Everyday Resistance. "Best Practices" Gone Underground*. In D. Baines (ed.), *Doing Anti-oppressive practice. Building Transformative Politicized Social Work*(pp. 145-159). Halifax: Fernwood Publishing
- Smith, W. K., & Lewis, M. W. 2011. Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review*, 36(2): 381–403.
- Spillane, J.P. (2006). *Distributed Leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stewart, J., & Kringas, P. (2003). Change management-strategy and values in six agencies from the Australian public service. *Public Administration Review*, 63(6), 675–688. Stichting Humanitas (2014) *Evaluatie Eigen Regie Teams*
- Stichting Humanitas (2015) *Procesbeschrijving extramurale zorg*
- Stichting Humanitas (2015) *Visiedocument*
- Stichting Humanits (2014) *Fasenmodel Eigen Regie Teams*.
- Stichting Humanits (2014) *Kaders rondom Eigen Regie Teams*.
- Stichting Humanits (2014) *Rolbeschrijving Manager Zorg en Welzijn*
- Stichting Humanits (2014) *Rolbeschrijving Teamcoach*. Stichting
- Humanits (2014) *Rolbeschrijving Wijkverpleegkundige*
- Stichting Humanits (2015) *Evaluatie Eigen Regie Teams*.

- Taylor, I. en J. Kelly (2006), Professionals, discretion and public sector reform in the UK: re-visiting Lipsky. *International Journal of Public Sector Management* 19(7): 629-642.
- Tenkasi R.V. & Boland R.J., Exploring knowledge diversity in knowledge intensive firms: a new role for information systems, *Journal of Organizational Change Management*, Vol 9 No. 1, 1996, pp. 79-91, MCB University Press
- The case of XYZ construction. *International Journal of Operations and Production Management*, 24(9), 886–902.
- Thorén, K. (2008), ‘Activation policy in action’. A street-level study of social assistance in the Swedish welfare state. Vaxjo: Vaxjo University Press.
- Thornton, P.H., W. Ocasio and M. Lounsbury. 2012. *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tiedeman, M. E., & Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery: What have we learned? *The Journal of nursing administration*, 34(6), 291-297.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige Burgers, Getemde Professionals*. Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep B.V.
- Trommel, W. (2009). *Gulzig bestuur*. Den Haag: Uitgeverij Lemming.
- Tummers, L. (2012) *Policy Alienation of Public Professionals: The Construct and its Measurement*.
- Uhl-Bien, M. (2006). Relational leadership theory: exploring the social processes of leadership and organizing. *Leadership Quarterly*, 17, pp. 654–676.
- Van Berkel, R. (2011) *The Local- and Street-Level Production of Social Citizenship: The Case of Dutch Social Assistance*. In S. Betzelt and S. Bothfeld (eds) *Activation and Labour Market in Europe: Challenges to Social Citizenship*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 195-217.
- Van Dalen, A. (2012) *Zorgvernieuwing*. The Hague: Boom Lemma Uitgevers.
- Van der Dam, S., Abma, T.A., Kardol, M.J. & Widdershoven, G.A.M. (2012) ‘‘Here’s my dilemma’’ Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care’, *Health Care Analysis*, Vol. 20, pp. 250–67.
- Van der Knaap, P. (2004). Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation*, 10(1), 16–34.
- Van der Veen (2011). *De toekomst van de langdurige zorg: Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen*. Amsterdam: CVZ
- Van der Zee, J., Kramer, K., Derksen, A., et al. (1994) ‘Community Nursing in Belgium, Germany and the Netherlands’, *Journal of Advanced Nursing*, 20: 791–801.
- Verhoeven, I. (2010). *Brave burgers gezocht: De grenzen van de activerende overheid (1e dr. ed.)*. Amsterdam: Van Genneep.
- VGZ (2015) *Zorginkoop wijkverpleging 2016*.
- Vinzant, J., & Crothers, L. (1998). *Street-level leadership: discretion and legitimacy in street-level public service*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Visser, M., & Tugt, K. (2015). *Learning in Public Sector Organizations: A Theory of Action Approach*. *Public Organiz Rev Public Organization Review*.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der Verstehenden Soziologie*. Tübingen: J. C. B. Mohr
- Weick, K. E. (2000). Emergent change as a universal in organizations. In M. Beer & N. Nohria (Eds.). *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.

- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review Psychology*, 30, 361–386.
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. and Obstfeld, D. (2005), “Organizing and the process of sensemaking”, *Organization Science*, Vol. 16 No. 4, pp. 409-421.
- Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.
- Witte, M. de, J. Jonker en M.J. Vink, *Essenties van Verandermanagement – Laveren tussen dilemma’s in de praktijk*, Kluwer, Deventer, 2012.
- Witte, M. de, J. Jonker en M.J. Vink, *Essenties van Verandermanagement – Laveren tussen dilemma’s in de praktijk*, Kluwer, Deventer, 2012.
- World Health Organisation (WHO) (2008) *Primary Health Care, Now More than Ever*, World Health Report 2008; Geneva, Switzerland.
- Wright, B. E., and S. K. Pandey. 2010. “Transformational Leadership in the Public Sector: Does Structure Matter?” *Journal of Public Administration Research and Theory* 20 (1): 75–89. doi:10.1093/jopart/mup003.
- Yin, R. K. (2009), *Case study research. Design and methods*. Applied social research methods series .Newbury Park: Sage Publications.
- Zorgverzekeraars Nederland. (2014) *Inkoopgids wijkverpleging 2015*.