

Arbeidsflexibilisatie?!



Een onderzoek naar hoe thuiszorgorganisaties hun personeel flexibel kunnen inzetten ten gevolge van de ontwikkelingen in de markt.

Naam: Martine de Jong

Studentnummer: 297821

Datum: juni 2007

Arbeidsflexibilisatie?!

Een onderzoek naar hoe thuiszorgorganisaties hun personeel flexibel kunnen inzetten ten gevolge van de ontwikkelingen in de markt.

Naam: M.M. de Jong
Studentnummer: 297821
Afstudeerbegeleider: Dr. K.P. van Wijk
Meelezer: Dr. L.R. Pol

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement
Rotterdam, juni 2007



Voorwoord

Voor het afronden van mijn Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit heb ik onderzocht wat de gevolgen zijn voor het personeelsbeleid van thuiszorgorganisaties als gevolg van de invoering van de WMO. Een actueel onderwerp waarover veel commotie en onrust heerst(e). Veel was er te lezen in de media over aanbestedingen en ontslagen die dreigden te vallen in de thuiszorg. De actualiteit en de onrust spraken mij aan om hier verder onderzoek naar te doen.

Tevens wil ik van dit voorwoord gebruik maken om een aantal mensen te bedanken:

Ten eerste Kees van Wijk voor zijn actieve en stimulerende rol als scriptiebegeleider die de snelheid in het proces hield. Daarnaast mijn scriptiegroep en meezeer Bert Pol. Goede herinneringen zullen er blijven aan de scriptiebijeenkomsten die mij motiveerde om net iets harder te werken. De organisatie Careyn wil ik bedanken voor hun medewerking en het leveren van respondenten voor dit onderzoek. Verder wil ik graag mijn ouders en Erik bedanken voor het onvoorwaardelijke vertrouwen dat zij gehad hebben in mij en de morele ondersteuning tijdens mijn studietijd. Robbert bedank ik voor zijn liefde, geduld en het tekstuele commentaar op de stijl van mijn scriptie. En natuurlijk alle andere vrienden, familie en collega's die altijd veel belangstelling hebben getoond. Tot slot mijn studiegenoten met wie ik mijn lot kon delen, goede gesprekken mee heb kunnen voeren, maar ook veel leuke momenten mee heb beleefd tijdens mijn studietijd. Bedankt!

Hierbij sluit ik een stressvolle, maar mooie periode af om nu door te gaan naar een volgende fase in mijn leven.

Martine de Jong

Delft, juni 2007

Samenvatting

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) in werking getreden welke als doel heeft een verbetering van de kwaliteit van zorg te realiseren. Gemeenten zijn vanaf deze datum verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun burgers, waaronder hulp bij het huishouden. Het veld van de thuiszorg is hiermee in beweging gebracht, want de invoering van de WMO brengt namelijk onzekerheden met zich mee: Gemeenten indiceren veel meer dan voorheen voor de goedkoopste vorm van zorg, welke bijna alleen door alfa-hulpen geleverd kan worden, wil een organisatie kostenefficiënt werken. Hierdoor dreigen veel huishoudelijke hulpen hun baan te verliezen. Tevens zijn de regels om toe te treden tot de markt voor de thuiszorg versoepeld, waardoor er sprake is van toenemende concurrentie van nieuwe aanbieders. De behoefte aan personeel wordt bepaald aan de hand van het aantal aanbestedingen dat gewonnen wordt. Dit kan elke twee jaar fluctueren en er is dus een variërende behoefte aan personeel voor een organisatie.

Centraal in dit onderzoek staat welke gevolgen de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) heeft voor het personeelsbeleid voor thuiszorginstellingen. Thuiszorgorganisaties zullen hun strategie zo moeten opstellen dat zij kunnen concurreren met andere aanbieders, om aanbesteding te kunnen winnen. De ontwikkelingen vragen om een flexibele organisatie die kan inspelen op zijn omgeving om te kunnen overleven. Omdat in de gezondheidszorg het belangrijkste productiemiddel arbeid is, zal bij het creëren van flexibiliteit gedacht moeten worden aan het flexibel inzetten van personeel. Door middel van literatuuronderzoek en empirisch onderzoek zijn verschillende vormen van flexibiliteit beschreven en geanalyseerd. Deze kunnen een organisatie helpen een flexibiliteitsstrategie te ontwikkelen om te overleven in de (concurrerende) markt. In het onderzoek is uitgegaan van het feit dat arbeidsflexibilisatie een ondersteuning kan bieden, om als organisatie in te spelen op de ontwikkelingen in de markt. Uit empirisch onderzoek blijkt dat dit gecompliceerder is dan hiervoor gesteld. Medewerkers reageren negatief op elke vorm van flexibilisering. Het blijkt lastig om medewerkers te verleiden zich te flexibiliseren. Echter heeft een organisatie niet alleen te maken met de wensen van het personeel, maar ook met eisen vanuit de omgeving en de organisatorische belangen. Externe invloeden vereisen dat organisaties flexibel zijn. Het kan daarom nodig zijn om, wanneer medewerkers niet te verleiden zijn tot flexibilisatie, hen te dwingen tot flexibilisering, want alleen zo kan de organisatie overleven.

Abstract

On 1 January 2007 the law social support (WMO) has become effective in order to realise an improvement of quality of care. From this moment, municipalities are responsible for the social support for their citizens. The area of the homecare is in development, because the setting-up of the WMO provides uncertainties: municipalities indicate for the cheapest way of care, which can be almost only provided by the cheapest, unqualified employees. The original 'domestic aid' employees will lose their job. Even the rules to introduce the competition have been more flexible which have a result that the competition increase among new service companies. There are also fluctuations in the need of staff; this is dependents of the invitation to tender. Each two years there is a new tender, so depending on the result of this tendering, there is a varying need for staff in an organisation. This study is a descriptive survey of the impact of the law social support (WMO) for the policy regarding personnel for homecare institutions. Homecare institutions must improve their strategy so they can compete with other service providers, to be able to win tenders. These developments require flexible organisations which can anticipate on the surroundings to survive. In health care the most important production factor is labour. So if an organisation wants to create a flexibility strategy there have to be flexibility on labour. In this report have been several forms of flexibility described and analysed which assumed that flexibility can support an organisation to develop a flexibility strategy to survive in the competitive market. However empirical research shows that flexibility in this case is very complicated. Employees react negatively to each type of flexibility. It appears cumbersome to seduce employees to be flexible. However an organisation not only have to for fill the needs of the personnel, but also has do for fill the requirements from the surroundings and the organisation interests. External influences require that organisations are flexible. For this reason, it can be necessary when employees can not be seduced to be flexible, force them to be flexible! Service providers want to be able to survive as an organisation, so they have to take this measures.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Abstract.....	5
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Analyse.....	8
1.3 Onderzoeksvraag.....	10
1.4 Doelstelling	10
1.5 Leeswijzer	10
2. Context van het onderzoek.....	11
2.1 De WMO	11
2.2 Ontwikkelingen voor de thuiszorg	12
2.3 Het begrip thuiszorg	12
2.4 Beperkingen flexibele arbeid door wetgeving	13
3. Theoretisch kader	14
3.1 Gereguleerde marktwerking	14
3.2 Noodzaak tot flexibilisering	15
3.3 Flexibele arbeid	16
3.3.1 Definities	16
3.3.2 Vormen van arbeidsflexibilisering	17
3.4 Conceptueel model.....	19
3.4.1 De omgeving	20
3.4.2 De organisatie.....	20
3.4.3 Het personeel.....	21
3.5 Strategische HRM Alternatieven	22
4. Methoden	24
4.1 Onderzoeksopzet	24
4.2 Operationalisaties	25
4.3 Data-analyse	26
4.4 Respondenten	27
4.5 Validiteit & Betrouwbaarheid	27
5 Resultaten	29
5.1 Verloop interviews	29

5.2 Resultaten uit de data	29
5.2.1 Ontwikkelingen in de markt d	30
5.2.2 Concurrentie	31
5.2.3 Gevolgen voor de cliënten.....	31
5.2.4 Gevolgen voor de medewerkers	32
5.2.5 Wensen en belangen van medewerkers.....	33
5.2.6 Flexibilisering.....	33
6. Conclusies.....	38
7. Discussie en aanbevelingen.....	43
7.1 Discussie.....	43
7.2 Aanbevelingen.....	44
7.3 Reflectie	45
8. Literatuuroverzicht.....	47
Bijlage 1 Overzicht personeelsbestand Careyn	51
Bijlage 2 Overzicht respondenten	52
Bijlage 3 Verschil tussen Alfahulpen en Huishoudelijke hulpen.....	53
Bijlage 4 Interviewlijst	54

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Sinds 1 januari van dit jaar is Nederland de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) in werking getreden. Deze wet wil een verbetering van de kwaliteit van zorg realiseren en een verbetering van de ondersteuning aan burgers, zodat zij zoveel en zolang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Hierbij is de huishoudelijke hulp is van de AWBZ overgeheveld naar de WMO. Gemeenten zijn met de komst van de WMO verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning, waar hulp bij het huishouden deel van uitmaakt. Gemeenten hebben ‘hulp bij het huishouden’ moeten aanbesteden volgens de Europese aanbestedingsregels (Scholten 2007). De gemeenten indiceren veelal voor de goedkoopste vorm van huishoudelijke zorg¹. Dit maakt dat veel thuiszorginstellingen hun werknemers vragen om te gaan werken als alfahulp, omdat de inzet van de oude hulpverlener te duur is geworden². Door de vakbond FNV wordt gevreesd dat hierdoor duizenden banen van huishoudelijke hulpen zullen verdwijnen en er een tekort aan alfahulpen zal ontstaan (Kiers 2007). Alfahulpen vallen niet onder de CAO, hebben geen vast contract, bouwen geen pensioen op en hebben slechtere arbeidsvoorwaarden dan de huishoudelijke hulpen. Tevens wordt de behoefte aan personeel bepaald aan de hand van het aantal aanbestedingen dat gewonnen wordt. Dit kan elke twee jaar fluctueren en er is dus een variërende behoefte aan personeel voor een organisatie. Welke invloed de gevolgen van de WMO heeft op het HRM beleid van de thuiszorgorganisaties zal in deze scriptie onderzocht worden.

1.2 Analyse

Zorgorganisaties worden door de ontwikkelingen in de markt, zoals de invoering van de WMO, toenemende marktwerking en concurrentie van nieuwkomers gestimuleerd om de kwaliteit van hun zorg en diensten te verbeteren. Om in deze dynamische omgeving te kunnen concurreren en zich te onderscheiden van andere ondernemers en nieuwkomers, zal de personeelscapaciteit afgestemd moeten worden op de vraag vanuit de markt (Faber en Schippers 1997). Deze veranderingen hebben consequenties voor het (strategisch) HRM beleid. De aanwezige personele capaciteit moet nuttig besteed gaan worden, wat flexibiliteit van organisaties en werknemers vereist, want organisaties moeten zich aanpassen aan de veranderende arbeidsmarkt (Van Dijk & Pool 1999-2). Flexibiliteit is de invalshoek van dit

¹ HV-1 indicatie wordt geleverd door alfahulpen

² HV-2 indicatie wordt geleverd door huishoudelijke hulpen niveau 1

onderzoek. In de gezondheidszorg is arbeid het belangrijkste productiemiddel en moet bij het creëren van flexibiliteit gedacht worden aan het flexibel inzetten van arbeid (Lapré & Montfort 2001). Arbeidsflexibilisering vormt een managementstrategie gericht op het vergroten van het aanpassingsvermogen van de onderneming, om de concurrentiepositie van de organisatie te verstevigen (Visser en Van Rij 1999) en kan gedefinieerd worden als: 'het vermogen van een organisatie om de inzet van mensen en middelen aan te passen aan veranderende omstandigheden' (Van Dijk & Pool 1999-2). In de literatuur wordt aangegeven dat hoge kwaliteit van dienstverlening niet gerealiseerd kan worden zonder tevreden medewerkers (Boselie en Paauwe & Jansen 2001, van Wijk 2007). Pfeffer (1998) benoemt dit doeltreffend als 'building profits by putting people first'. Daarom zullen naast de eisen van de omgeving en de belangen van de organisatie tevens de belangen van de werknemer worden meegenomen in dit onderzoek. Er is nog weinig aandacht besteed hoe thuiszorgorganisaties op de lange termijn kunnen omgaan met de gevolgen van de WMO voor huishoudelijke hulpen en hoe arbeidsflexibilisatie hierbij een rol kan spelen. Deze gevolgen van de WMO en ontwikkelingen zullen uitgewerkt worden in hoofdstuk twee.

Er is gezocht naar een case situatie om dit actuele vraagstuk te kunnen onderzoeken; een organisatie die bewust bezig is met het inzetten van zijn personeel om in te kunnen spelen op de bovenstaande ontwikkelingen. Hiervoor is de thuiszorgorganisatie Careyn uitgekozen, een thuiszorgorganisatie die momenteel in een groot deel van de provincie Zuid-Holland opereert met als missie om betrokken, betrouwbare en bereikbare zorg uit te dragen. In bijna alle gemeenten hebben zij de aanbesteding gewonnen en heeft Careyn 95% van het marktaandeel. Het is sinds 1 januari 2007 een gefuseerde thuiszorgorganisatie die een volledig assortiment preventie-, zorg-, behandelings- en woondiensten levert in de regio Midden Delfland, Spijkenisse en regio Breda.

In dit onderzoek zal worden ingegaan hoe de inzet van flexibele arbeid een ondersteuning voor thuiszorgorganisaties kan bieden om in te spelen op deze ontwikkelingen van de markt. Waarbij het doel is om efficiënte en betaalbare zorg te leveren met een goede kwaliteit. Hierbij wordt personele flexibiliteit gezien als een strategie om in turbulente omgevingen de economische efficiency te vergroten (O' Reilly 1998). Er zal specifiek gekeken worden naar thuiszorgorganisaties, omdat door de introductie van deze competitieve elementen, het lijkt alsof de overheid de thuiszorg als proeftuin heeft uitgekozen voor concurrentie in de zorg (Breedveld 2003).

1.3 Onderzoeksvraag

De bovenstaande probleemanalyse heeft geleid tot de volgende vraagstelling:

Hoe kunnen thuiszorgorganisaties de inzet van arbeid flexibiliseren om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen in de markt en op de variërende vraag naar huishoudelijke hulp?

De probleemstelling is uitgewerkt door de volgende deelvragen op te stellen:

1. Welke invloed heeft de komst van gereguleerde marktwerking in de zorg op de arbeidsorganisatie van zorgorganisaties?
2. Wat zijn de mogelijke effecten voor huishoudelijke hulpen als gevolg van invoering van de WMO en wat zijn hun belangen?
3. Welke vorm van flexibilisering van arbeid past het beste bij de ontwikkelingen in de thuiszorg en kan een antwoord bieden op de variërende behoefte aan personeel op het punt van huishoudelijke hulp?

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is in kaart te brengen hoe thuiszorgorganisaties op de lange termijn kunnen omgaan met de gevolgen van de WMO voor hun personeel, waarbij inzet van flexibele arbeid een ondersteuning kan bieden. Hierbij zal het conceptuele model, dat in het theoretisch kader geïntroduceerd wordt de leidraad zijn voor dit onderzoek om een passende flexibiliteitsstrategie te kiezen. Uiteindelijk zullen er aanbevelingen gedaan worden over een strategie voor de zorgorganisatie Careyn, die mogelijk ook generiek kunnen worden toegepast.

1.5 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk is de aanleiding en de probleemstelling van het onderzoek geschetst. Hoofdstuk twee gaat dieper in op de achtergronden van de context waarbinnen dit onderzoek plaats vindt. De lezer vindt hier informatie over de WMO en de gevolgen ervan voor het onderzoeksveld: de thuiszorgsector. In het theoretisch kader worden de belangrijkste begrippen rondom arbeidsflexibiliteit en een conceptueel model geïntroduceerd. De methoden van onderzoek en de verantwoording voor de opzet worden behandeld in hoofdstuk vier. Hoofdstuk vijf gaat in op de resultaten van de interviews. De conclusies ten aanzien van de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag zullen beschreven worden in hoofdstuk zes, waaruit discussiepunten en aanbevelingen voortvloeien die aan de orde komen in hoofdstuk zeven. Er wordt afgesloten met een persoonlijke slotbeschouwing van de onderzoekster.

2. Context van het onderzoek

Dit hoofdstuk zal de context beschrijven waarbinnen dit onderzoek plaats vindt. Eerst zal er een toelichting van de wet WMO worden gegeven en wat de gevolgen hiervan zijn voor thuiszorgorganisaties. Vervolgens wordt het begrip 'thuiszorg' nader toegelicht en de zullen opgelegde beperkingen vanuit de wetgeving worden toegelicht.

2.1 De WMO

In 2003 is in Nederland de modernisering van de AWBZ in gang gezet. Aanleidingen hiervoor waren de hoog oplopende kosten van de totale AWBZ en de behoefte aan betere kwaliteit van zorg. Ook de arbeidsmarkt kan de toenemende vraag naar zorg niet aan. Als de huidige groei doorzet, zijn er over enige tijd meer dan twee maal zoveel werknemers nodig (Finkeflügel 2004). Centraal bij de modernisering staat het creëren van keuzemogelijkheden voor de klant. De klant kan zelf zijn zorg regelen door middel van Persoonsgebonden Budget (PGB's), of zorg in natura (VWS 2004, Putters 2003, Sijtema 2006).

In het oude zorgstelsel was niet duidelijk welke verantwoordelijkheden tot het publieke domein behoorde en welke verantwoordelijkheden de burger zelf had om ondersteuning te regelen. Het kabinetsbeleid was dat wanneer de burger collectieve ondersteuning nodig had, dit het beste lokaal geregeld kon worden. Daarom is per 1 januari 2007 de 'participatie' Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd. De Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn opgegaan in de WMO (VWS 2004). Deze wet regelt wat burgers mogen verwachten van de gemeenten aan publieke ondersteunende voorzieningen voor gevallen waar de zelfredzaamheid tekort schiet (VWS 2003). De overheid heeft met de WMO twee doelstellingen:

- de maatschappelijke doelstellingen als behoud van solidariteit, verbetering van kwaliteit van zorg en betere ondersteuning van de samenleving.
- de doelstelling om de kosten voor de zorg te beheersen en zo mogelijk terug te dringen.

De gemeenten dienen nu een geïntegreerd welzijnsbeleid te voeren, dat afgestemd is op een afweging van de lokale behoeftes van de bevolking. Verlening van huishoudelijke verzorging moet door de gemeentes openbaar aanbesteed worden (NIZW 2005). Hoewel de verschuiving niet inhoudt dat de gemeenten nu het beheersingsvraagstuk van de AWBZ moeten oplossen, legt de overheid wel de verantwoording om te bepalen op welke voorzieningen de burger

recht heeft, bij de gemeenten neer (Sijtema 2006). Het kabinet wil de gemeenten als regisseur beleidsvrijheid geven bij de uitvoering van de WMO. In de WMO krijgen gemeenten geen wettelijke zorgplicht. Er is dus ook geen toezicht op de zorgplicht en er zijn ook geen sancties. In plaats van een inhoudelijk omschreven wettelijke zorgplicht borgt de WMO de zekerheid voor de burger via wettelijke procesvoorwaarden. De gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid voor het voeren van een samenhangend beleid op een aantal in de wet omschreven prestatievelden.

Om deze hervormingen in gang te zetten gebruikt de overheid het stimuleren van marktwerking als leidend principe (Sijtema 2006). Dit gebeurt naast andere maatregelen zoals het verhogen van de eigen bijdrage en de introductie van strengere indicatiestelling. Waarbij Van Wijk e.a. (2005) benoemen dat zorgorganisaties zich moeten gaan manifesteren als ondernemers die met concurrentie te maken hebben.

2.2 Ontwikkelingen voor de thuiszorg

Om het AWBZ pakket te verkleinen werd vanaf 1 januari 2007 de huishoudelijke verzorging overgeheveld naar de WMO. Ongeveer de helft van het werk van de thuiszorg bestaat uit huishoudelijke verzorging, wat overeenkomt met 90.000 medewerkers (NIZW 2005). Sinds 1 januari is 70% van de afgegeven zorgindicaties door de gemeenten bestemd voor alfahulpen. Dit heeft invloed op de werkgelegenheid van thuiszorghulpen. Tevens zal de toenemende vergrijzing ervoor zorgen dat er steeds meer vraag naar zorg komt en zal er een tekort aan personeel ontstaan, terwijl er nu huishoudelijke hulpen ontslagen worden. Daarnaast heeft de thuiszorg te maken met aanbestedingsregels, wat besproken is in de aanleiding van dit onderzoek. Dit zorgt ervoor dat de vraag naar huishoudelijke hulpen afhankelijk is van het aantal gewonnen, of verloren aanbestedingen. Deze variërende behoefte aan personeel maakt anticiperen lastig.

2.3 Het begrip thuiszorg

De thuiszorg wordt in deze studie gedefinieerd als: formele en professionele zorg. Dit is in het bijzonder verpleging, verzorging en huishoudelijke zorg voor hoofdzakelijk zieke en hulpbehoevende mensen (Breedveld 2003). De thuiszorgsector is al jaren onderhevig aan veranderingen door de toenemende extramuralisering en de dynamiek van de modernisering van de AWBZ (Derckx & Kloek 2003). Vanaf 2001 kunnen nieuwe aanbieders toetreden tot de markt van de thuiszorg en hebben zorgverzekeraars meer vrijheden om (nieuwe) thuiszorgaanbieders te contracteren. Door deze introductie van competitieve elementen en de

overheveling van thuiszorg naar de WMO, lijkt de overheid de thuiszorg als proeftuin te hebben gekozen voor concurrentie in de zorg en is het daarom relevant om onderzoek te doen (Breedveld 2003). Tevens is de thuiszorg al gewend om afgerekend te worden op werkelijk geleverde producten, zoals de functiegerichte indicatie en prestatiebekostiging. Deze sector is dus al verder in ontwikkeling op het gebied van marktwerking en concurrentie dan andere sectoren (Poel 2003). Deze concurrentieslag, kostenreductie en het leveren van maatwerk aan cliënten zorgen ervoor dat het benutten van de personele capaciteit steeds belangrijker wordt. Een mogelijkheid om personele capaciteit efficiënt in te zetten is flexibele arbeid (Dijk & Pool 1999-2).

2.4 Beperkingen flexibele arbeid door wetgeving

Organisaties kunnen worden beperkt door wet en regelgeving om zich te flexibiliseren. De belangrijkste beperkingen zullen benoemd worden:

- de CAO thuiszorg, welke in artikel 9 lid 2 aangeeft dat een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd niet langer dan voor maximaal één jaar mag worden aangegaan en bij goed functioneren moet worden omgezet naar een contract voor onbepaalde tijd.

- de Wet Flexibiliteit en Zekerheid. De doelstelling van de Wet Flexibiliteit en Zekerheid is de doelen van de werknemer en de werkgever te combineren. Enerzijds geeft de wet de werkgever meer ruimte en flexibiliteit bij het inzetten van zijn personeel en anderzijds meer sociale zekerheid voor de flexwerknemer. Op de lange termijn beperkt deze wet de organisatie om flexibel te zijn om te kunnen inspelen op de variërende behoefte aan personeel:

- wanneer er drie opeenvolgende tijdelijke contracten met de werkgever zijn afgesloten is het vierde contract een vast dienstverband. De periode tussen deze contracten mag niet langer zijn dan drie maanden (ketenregeling, art. 7: 668a BW)
- voor oproepkrachten geldt een minimum aanspraak op loon per oproep van drie uur. Iedere nieuwe oproep leidt tot een nieuw arbeidscontract (art. 7: 628a BW).
- flexwerkers kunnen maximaal 6 maanden op een nul-uren contract in dienst zijn, waarbij de werkgever alleen de gewerkte uren betaalt. Na die 6 maanden moet de werkgever in beginsel loon doorbetalen, ook als hij geen of minder werk heeft (art. 7: 628 lid 5 BW)

Het volgende hoofdstuk zal theoretisch inzicht verschaffen in de begrippen rondom arbeidsflexibiliteit en de noodzaak tot flexibilisering.

3. Theoretisch kader

Dit theoretisch kader zal beschrijven hoe gereguleerde marktwerking in verhouding staat tot de noodzaak om de zorg te flexibiliseren. Daarna zullen verschillende vormen van arbeidsflexibilisering besproken worden en wordt er een conceptueel model geïntroduceerd dat de leidraad zal zijn van dit onderzoek. Tenslotte worden er benaderingen vanuit het HRM besproken om werknemers aan te zetten om zich te flexibiliseren.

3.1 Gereguleerde marktwerking

In 1987 wordt het marktdenken voor het eerst geïntroduceerd met het rapport van de commissie Dekker 'Bereidheid tot verandering'. Hierin adviseerde deze commissie de overheid dat zij zich meer moest terugtrekken uit de gezondheidszorg en meer marktprincipes moest introduceren. Dit betekende marktwerking tussen overheden, de verzekeraars, zorgaanbieders en gebruikers (Boot & Knapen 2001). Zorgaanbieders zijn hierbij geen taakorganisaties meer die het beleid uitvoeren met een vast gesteld budget. Zij worden marktorganisaties waarbij niet het aanbod, maar de vraag leidend is voor het opstellen van het beleid (Boot & Knapen 2001). Marktwerking in de zorg is geen doel op zich. Het uitgangspunt van marktwerking in de gezondheidszorg is tweeledig (CPB 2002;9-13):

- Het verbeteren van de betaalbaarheid en dus de toegankelijkheid.
- Een goede prijs-kwaliteitverhouding te realiseren.

Om mogelijke maatschappelijke negatieve neveneffecten te voorkomen, zoals afbreuk aan solidariteit en kostenbeheersing, moest er een aantal randvoorwaarden worden geschapen onder andere door de overheid. Randvoorwaarden kunnen zijn het verzorgen van een effectief mededingingssysteem, zorgdragen voor risicovergoedingen en het tegengaan van ongewenste kostenstijgingen. Er wordt daarom in de zorg gesproken van gereguleerde marktwerking (CPB 2003).

De afgelopen jaren is de thuiszorg al geconfronteerd met diverse mogelijkheden om marktwerking en doelmatigheid te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn het afschaffen van de contracteerplicht en de invoering van een functiegerichte bekostigingssystematiek met meer marktwerking. Deze veranderingen betekenen voor zorgorganisaties dat zij hun aanbod van zorg opnieuw moeten definiëren en positioneren om te kunnen concurreren op de markt. Putters definieert marktwerking dan ook als het 'bevorderen van concurrentie' waarbij er wordt beoogd dat aanbieders meer met elkaar gaan concurreren op kwaliteit en doelmatigheid (kostenreductie) (Putters 2003:8). Concurrentie op de zorgmarkt kan immers leiden tot hogere

efficiëntie, lagere kosten en prikkels tot service en kwaliteit (CPB 2003:9-13). Het gaat dus om het onderscheidend vermogen en de toegevoegde waarde van een organisatie. Deze mogelijkheden tot concurrentie zijn door de modernisering van de AWBZ vergroot. De kern van de modernisering AWBZ is de prestatiegerichte bekostiging. Hierbij wordt de subsidie niet langer als geheel toegekend op basis van verbruikcijfers van de voorliggende periode. Er wordt nu afgerekend op basis van geleverde prestaties (Sijtsema 2006). Tevens wordt met de modernisering getracht de zorg meer vraaggericht te maken, waarbij keuzevrijheid en zeggenschap van de vrager kernelementen vormen. Door meer keuzevrijheid en zeggenschap van de cliënt te stimuleren wordt getracht de vraagzijde te versterken. Cliënten worden veeleisender en nemen geen genoegen met standaard kwaliteit. De cliënt bepaalt wie hem de zorg gaat verlenen. Dit dwingt organisaties meer klantgeoriënteerd te werken, wil deze klanten behouden (Sijtsema 2006).

3.2 Noodzaak tot flexibilisering

De bovenstaande beschreven omslag naar meer vraaggestuurde en klantgerichte zorg vereist een productie met een hoge toegevoegde waarde om te kunnen concurreren (Jager 2002). Daartoe moet de arbeidsmarkt geflexibiliseerd worden. In de gezondheidszorg is het belangrijkste productiemiddel arbeid en zal bij het creëren van flexibiliteit gedacht worden aan flexibel inzetten van arbeid (Lapré & Montfort 2001). Er zijn verschillende redenen voor flexibilisering:

1) Toenemende concurrentie als gevolg van marktwerking

De regels voor de toetreding tot de markt zijn versoepeld, waardoor er meer concurrentie komt voor bestaande organisaties. Dit stimuleert organisaties om de kwaliteit en kosten niveau van hun producten en diensten te verbeteren, om zo te kunnen concurreren op de markt. Van Wijk e.a. (2005) benoemen in hun artikel dat zorgorganisaties zich moeten gaan manifesteren als ondernemers die met concurrentie te maken hebben. Hierbij zal de personeelscapaciteit afgestemd moeten worden op de markt om concurrentievoordeel te behalen. Hierin kan arbeidsflexibilisering een ondersteuning bieden (Faber en Schippers 1997).

2) Onzekerheden in de markt door de invoering van de WMO

De invoering van de WMO brengt veel onzekerheden met zich mee. Doordat gemeenten anders indiceren dan het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor huishoudelijke zorg, is het

aantal indicaties voor goedkopere huishoudelijke zorg sinds 1 januari 2007 fors gestegen. Duizenden werknemers als huishoudelijke hulp dreigen hun baan te verliezen omdat zij te duur zijn om in te zetten tegen de lage tarieven die door de gemeenten gesteld worden. Thuiszorgorganisaties proberen daarom het aantal huishoudelijke hulpen in loondienst te verlagen en willen meer werken met personeel in een alfaconstructie, waarbij de cliënt de werkgever is. Alfahulpen zijn immers goedkoper. Het concrete verschil tussen alfahulpen en huishoudelijke hulpen is toegelicht in bijlage drie. Deze onzekerheden vereisen een flexibiliteit van werknemers om de personeelscapaciteit af te stemmen op de vraag (Goudswaard 2003).

3) Schommelingen in behoeften aan personeel

Door de toenemende concurrentie en het beleid van aanbestedingen kunnen ondernemingen in een bepaalde regio het marktaandeel variëren. Elke twee jaar zullen er in een gemeenten aanbestedingen worden uitgevoerd. Afhankelijk of er aanbesteding gewonnen of verloren is kan de capaciteit van het personeel bepaald worden. Dit kan elke twee jaar variëren en is er dus een schommelende behoefte aan personeel voor een organisatie. Dit onderzoek kijkt of arbeidsflexibilisering hierin ondersteuning kan bieden. Tevens heeft een organisatie te maken met mondigere werknemers en eisen zij een goede afstemming van werk en hun privé leven. Medewerkertevredenheid is hier van groot belang om de flexibilisering operationeel te maken (Heskett e.a 1997).

3.3 Flexibele arbeid

Arbeidsflexibilisering is een complex begrip dat vanuit verschillende invalshoeken kan worden benaderd; op het niveau van de arbeidsmarkt, de organisatie of gezien vanuit het perspectief van de werknemer zelf (Goudswaard 2003). Bezien vanuit de probleemstelling wordt in deze scriptie de nadruk gelegd op de organisatorische invalshoek, maar daarnaast wordt verondersteld dat de uitvoering van flexibele arbeid gedaan moet worden door de medewerkers en zal ook daar naar flexibele arbeid worden gekeken.

3.3.1 Definities

Vanuit het organisatieperspectief wordt het begrip ‘arbeidsflexibilisering’ meestal benaderd als ‘de mate waarin een organisatie zich kan aanpassen, met betrekking tot de inzet van mensen en middelen, aan veranderende omstandigheden’ (Visser en Van Rij 1999). Arbeidsflexibilisering verwijst hier naar de mogelijkheid tot variatie in de inzet van arbeid

door de werkgever - door aanpassing van de personeelsomvang, het aantal te werken uren (bijvoorbeeld deeltijdwerk) of het uitbesteden van werk - al naar gelang wijzigingen in de vraag naar goederen en diensten (Visser en Van Rij 1999). Van Dijk & Pool (1999-2) geven een soortgelijke definitie op organisatie niveau: 'flexibiliteit is het vermogen van een organisatie om de inzet van mensen en middelen aan te passen aan veranderende omstandigheden'. Omdat de gezondheidszorg een arbeidsintensief karakter heeft, heeft flexibiliteit hier betrekking op de productiefactor arbeid.

Arbeidsflexibilisering kan ook aansluiten bij de behoeften van werknemers. Daarbij kan worden gedacht aan de toegenomen deelname van (gehuwde) vrouwen met kinderen en aan partners van werkende moeders op de arbeidsmarkt. Een definitie die dan aan arbeidsflexibilisatie gegeven kan worden is: 'de mate waarin het individu in staat is werkomstandigheden aan te passen aan zijn behoeften en wensen' (Visser en Van Rij 1999).

Omdat in dit onderzoek de medewerkertevredenheid van belang wordt geacht voor de uitvoering van flexibele arbeid om te kunnen overleven in deze concurrerende markt, wordt voor arbeidsflexibiliteit in deze scriptie de volgende definitie gehanteerd:

Flexibiliteit van arbeid is het vermogen om de inzet van arbeid aan te passen aan de veranderende eisen van de omgeving op een wijze die past bij de veranderende eisen *aan* werknemers (om te kunnen overleven in de concurrerende markt) en *van* medewerkers (om werk en privé te kunnen combineren) (Vos 2005).

3.3.2 Vormen van arbeidsflexibilisering

Hieronder zullen verschillende vormen van flexibele arbeid besproken worden gezien vanuit de literatuur (Goudswaard & Batenburg 2000; Riemsdijk & Tijdens 2000; Boxal & Purchell 2003; Bolhuis 1996):

Numerieke flexibiliteit; (kwantitatieve flexibiliteit) hierbij gaat het om het aanpassingsvermogen van de hoeveelheid arbeid aan schommelingen in het werkaanbod. Dit kan door uitbesteding, tijdelijke arbeidskrachten, uitzendkrachten en deeltijdwerkers. Krapte op de arbeidsmarkt en ziekteverzuim noodzaken organisaties tijdelijk personeel in te zetten (Goudswaard 2003). Deze strategie kan gezien worden als een lange termijn strategie, waarbij verondersteld wordt dat deze werknemers regelmatig nodig zijn (Goudswaard & Batenburg 2000).

Functionele flexibiliteit; (kwalitatieve flexibiliteit); is gericht op de flexibele inzet van het personeel om de multi-inzetbaarheid van personeel te vergroten en is juist niet gericht op de

omvang van het personeel. Deze vorm van flexibiliteit wordt vaak ingezet bij gedecentraliseerde processen (Goudswaard en Batenburg 2000). Functionele flexibiliteit hangt vaak samen met het sociale beleid van een organisatie, waarin aandacht is voor scholing (Goudswaard 2003). Voorbeelden zijn: job rotatie en multi-skilling, zoals een verpleegkundige die meerdere taken verricht (Boxal & Purcell 2003).

Agility; (mentale flexibiliteit) agility betekent letterlijk het 'meeademen' van een organisatie met de veranderingen in de omgeving. Dit betekent dat de organisatie, of werkgever een flexibele houding verwacht van de werknemer: het slaat vooral op de bereidwilligheid van medewerkers om mee te gaan in veranderingen (Boxal & Purcell, 2003). Het gaat om het lange termijn vermogen van een organisatie mee te kunnen gaan met ontwikkelingen in de omgeving (zoals het vermogen van de organisatie om te leren).

Naast deze vormen kan er een onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe flexibiliteit. Het verschil tussen intern en extern verwijst naar de manier waarop in de veranderende vraag naar arbeid wordt voorzien. Beide vormen van flexibiliteit kunnen op verschillende manieren worden bereikt via aanpassingen in de kwantiteit (numerieke flexibiliteit) of via aanpassingen in de kwaliteit (functionele flexibiliteit).

Interne flexibiliteit; betreft de mogelijkheden die de werkgever heeft om binnen de organisatie flexibel om te gaan met het arbeidspotentieel van vast personeel om schommelingen op te vangen. Dit kan door overwerk, deeltijdwerk, flexibele werktijdpatronen en jaarroosters (Bolhuis 1996).

Externe flexibiliteit; is het aantrekken van arbeid wanneer daar behoefte aan is en het weer afstoten van die arbeid wanneer de behoefte afneemt. Externe flexibilisering kan worden gezien als differentiatie naar de aard en de duur van het contract (Bolhuis 1996). Er wordt aanpassing nagestreefd door het aantrekken of afvloeien van werknemers naar buiten door middel van uitzendwerk, uitbesteding, flexibele en tijdelijke contracten.

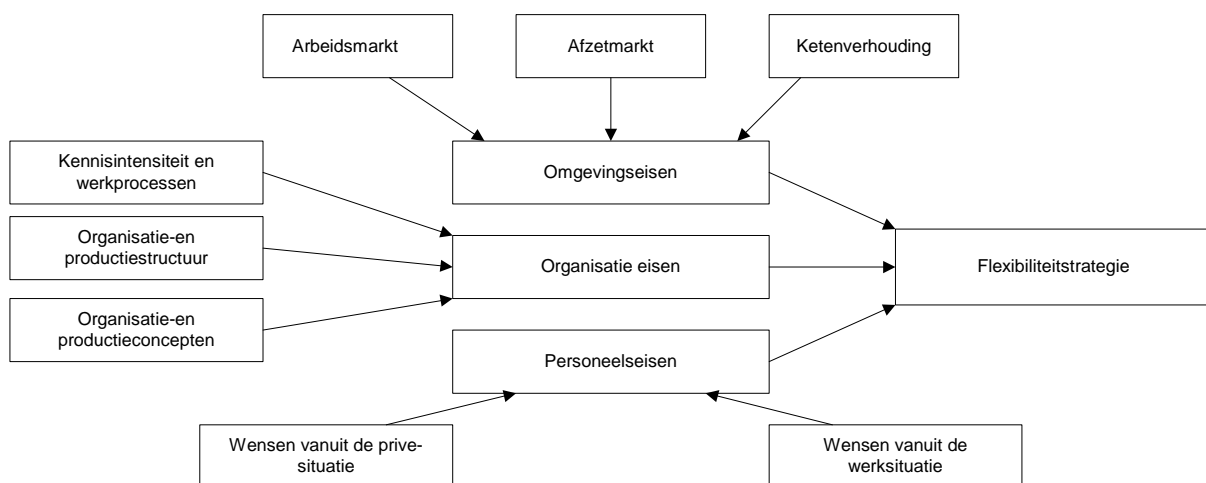
Op het niveau van organisatie is ook het onderscheid tussen lange en korte termijn relevant, omdat deze samenhangen met het bepalen van de strategie. Onder **korte termijn strategie** wordt verstaan *ad hoc* maatregelen treffen om de piek momenten op te kunnen vangen. Hier kan gedacht worden aan uitzendkrachten en overwerk.

Lange termijn strategie is een invulling van kwantitatieve flexibiliteit *door de organisatie* door het aanpassen van de omvang van het personeel aan de schommelingen in het werk op de lange termijn.

3.4 Conceptueel model

De bovenstaande beschreven vormen van arbeidsflexibilisering hebben niet alleen te maken met personeelsbeleid, maar ook met de strategie en het organisatiebeleid van de organisatie. Hierbij wordt de inzet van arbeid wel als hoofdelement van de strategie opgevat (Goudswaard & Batenburg 2000). Welke flexibiliteitstrategie er gekozen wordt, is afhankelijk van de omgeving, zoals de arbeidsmarkt en het overheidsbeleid. Tevens hebben de structuur van de organisatie en de eisen van het personeel ook invloed op de keuze van de flexibiliteitstrategie. Goudswaard en Batenburg (2000) hebben een model ontworpen waarmee de meest geschikte flexibiliteitstrategie van de organisatie bepaald kan worden. Flexibiliteitstrategie kan gedefinieerd worden als de wijze waarop personeel flexibel zodanig ingezet kan worden dat er ingespeeld kan worden op de veranderingen in de markt (Vos 2005). Op deze manier kan het HRM- beleid afgestemd worden op de omgeving waarin de organisatie zich begeeft. Er zal in dit onderzoek worden gekeken welke beïnvloedende factoren zich voordoen op macro niveau (ontwikkelingen in de markt) en tevens hoe het aanbod van personeel invloed heeft op de flexibiliteitstrategie van de thuiszorgorganisatie op meso en microniveau.

Het generieke idee is dat een organisatie probeert aan alle eisen (op elk niveau) te voldoen, waarbij er met name gezocht moet worden naar een balans tussen inspelen op de ontwikkelingen van de markt en anderzijds de personeelsbehoeften. Er kan vervolgens gekeken worden hoe het HRM beleid van de organisatie hierop kan inspelen door middel van het flexibel inzetten van arbeid, zodat er een ultieme succesvolle flexibiliteitstrategie wordt gecreëerd (Scott 1998).



Figuur 1: conceptueel model van flexibiliteitstrategie (Goudswaard & Batenburg 2000).

De nadruk in deze scriptie ligt op hoe de organisatie kan inspelen op de behoefte en eisen van het personeel zodat zij flexibel gaan werken, om uiteindelijk als organisatie te kunnen overleven in de concurrerende markt. Alle 'eisen' uit het model worden hieronder toegelicht.

3.4.1 De omgeving

Omgevingseisen worden bepaald vanuit externe invloeden. Er bestaat variatie in de arbeidsmarktomstandigheden, afzetmarktontwikkelingen en overheidsbeleid, gezien van uit de omgeving van een organisatie. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de keuze van de flexibiliteitstrategie. De toenemende concurrentie en marktwerking dwingen organisaties hun personeel flexibel in te zetten om de personeelskosten te verlagen (Jager 2002). Van Dijk & Pool (1999-2) benoemen zelfs: 'Veranderingen in de omgeving van organisaties en fluctuaties in de arbeidsmarkt maken dat geen enkele instelling zich het kan permitteren zich niet met vraagstukken rond flexibilisering bezig te houden'.

Het element 'arbeidsmarkt' heeft vooral invloed op de mate waarin organisaties mogelijkheden hebben tot het werven en selecteren van nieuw (tijdelijk) personeel (Goudswaard 2003). In tijden van krapte is dat voor veel organisaties een probleem. Organisaties zullen tijdelijk, of flexibel personeel eerder met vaste contracten aan zich willen binden (Kalleberg 2000). Echter loopt de organisatie hier tegen de beperkingen van de flexwet aan, zoals beschreven is in hoofdstuk twee. Hoe meer vacatureproblemen organisaties ervaren, hoe vaker zij zowel de korte termijn- als de functionele flexibiliteitstrategie toepassen (Riemsdijk & Tijdens 2000).

De interventies van de overheid spelen ook een belangrijke rol. Het is de overheid die meer vraagsturing stimuleert en de invoering van de WMO heeft geïntroduceerd en zo een belangrijke invloed uitoefent op de omgeving van thuiszorgorganisaties en de thuiszorgorganisaties zelf. In dit onderzoek wordt niet nader ingegaan op de omgevingseisen, omdat dit de context is waar organisaties zelf geen invloed op hebben en waarbinnen alle thuiszorgorganisaties moeten opereren.

3.4.2 De organisatie

Het HRM beleid van een organisatie is meer dan de aard en het niveau van de werkprocessen. Ook de 'productieconcepten' hebben gevolg voor het personeelsbeleid, zoals het invoeren van groepswork of zelfsturende teams. Goudswaard (2003) geeft aan dat de gekozen productieconcepten samenhangen met de gekozen flexibiliteitstrategie. In organisaties waarin veel met zelfsturende teams wordt gewerkt wordt vaak een kwantitatieve flexibiliteitstrategie

gehanteerd (Goudswaard 2003). Jager (2002) geeft aan dat in organisaties waar veel met nieuwe technieken wordt gewerkt, er meer eisen aan het personeel worden gesteld en meer functionele flexibiliteit wordt toegepast. Hij stelt dat het van belang is om de werkzaamheid van medewerkers te vergroten om medewerkers in staat te stellen zich aan te kunnen passen aan de ontwikkelingen in de markt. Juist in Nederland, waarin er een tekort zal ontstaan op de arbeidsmarkt in de zorg zou een ideale situatie ontstaan als de tekorten intern opgelost kunnen worden doordat dat medewerkers multi-inzetbaar zijn. In de literatuur is nog onduidelijk welke flexibiliteitstrategie past bij welk productieconcept (Goudswaard 2003). De organisatie eisen worden net als de omgevingseisen verder in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten en de ligt nadruk op de personeelseisen, omdat zij zich moeten flexibiliseren in het belang van de organisatie.

3.4.3 Het personeel

Het model laat zien dat medewerkers wensen hebben ten aanzien van de werksituatie en vanuit de privé-situatie. Wensen ten aanzien van een werksituatie kunnen zijn: een functioneel ingerichte werkplek, aandacht voor ontwikkeling, middelen om cliënten goed van dienst te kunnen zijn, erkenning en beloning en autonomie binnen vaste grenzen (Heskett e.a. 1997). Wensen vanuit de privé-situatie kunnen zijn: een verbetering van de werk-familie balans. Flexibele arbeid stelt werknemers in staat binnen bepaalde grenzen hun werktijden aan te passen aan hun eigen behoeften en wensen (Rijswijk e.a. 2002). De aanpassing van medewerkers is noodzakelijk, omdat verwacht wordt dat mensen flexibeler worden op het punt van werk. Het risico en de verantwoording voor hun bruikbaarheid wordt steeds meer gelegd bij het individu (Pool & van Dijk 1999-1).

Voor een organisatie is het essentieel om gemotiveerde en trouwe medewerkers te hebben, want zulk personeel is moeilijk te imiteren voor andere organisaties. Zo kan een organisatie zich door middel van zijn mensen onderscheiden van de concurrent, en is er sprake van strategisch HRM (Boselie 2001). Het conceptuele model in paragraaf 3.4 laat zien dat thuiszorgorganisaties zich bevinden in een spanningsveld tussen de context waarbinnen zij moeten opereren (omgevingsinvloeden) en het organisatie niveau dat het beïnvloedende mechanisme vormt. Het micro (personeels) niveau is de variabele waarmee daadwerkelijk flexibele arbeid gerealiseerd kan worden, om als organisatie te kunnen overleven in de concurrerende markt. Er zijn verschillende manieren waarop het personeel aangestuurd kan worden om zich uiteindelijk te flexibiliseren. Deze strategische HRM alternatieven zullen in de onderstaande paragraaf besproken worden:

3.5 Strategische HRM Alternatieven

Boselie e.a. (2001) maken een indeling hoe je werknemers kunt benaderen of aansturen, waarbij de kernopgave is het realiseren van de belangen van de medewerkers en de belangen van de organisatie. De traditionele manier is via het 'control model', welke gekarakteriseerd wordt door strakke werkbeschrijvingen, waarbij er veel supervisie is en medewerkers zelf nauwelijks vrijheid hebben om besluiten te nemen. Er is een sterk hiërarchische structuur aanwezig en alle besluiten die genomen worden, gebeuren door de strategische top. Om werknemers vanuit deze benadering te laten flexibiliseren zou het beste kunnen door de inzet van 'dwangmiddelen'. Als de strategische top besluit dat werknemers zich moeten flexibiliseren omwille van het organisatiebelang, hebben de medewerkers hier nauwelijks inspraak in en zullen zij gedwongen worden om zich te gaan flexibiliseren. Dit kan aan de hand van beoordelingsgesprekken, of ontslag.

Hier tegenover staat het commitment model welke beschreven wordt als een participatief model van aansturing. Er is binnen dit model ruimte voor inbreng zoals participatie, decentrale besluitvorming en persoonlijke ontwikkeling zoals training & opleiding. Hierbij is het commitment model een onderdeel van een HRM systeem waarbij functies niet teveel gespecificeerd worden in kleine standaardtaken, functies moeten uitgaan van een breed takenpakket (Boselie e.a. 2001). In het commitmentmodel wordt het personeel nauw betrokken bij allerlei kleine en grote beslissingen, waarbij het functioneren van het team zeer belangrijk is. Dit bevordert de motivatie en het werkplezier van de medewerkers en voelen mensen zich betrokken bij een organisatie (Boselie e.a. 2001). De grote betrokkenheid van het personeel maakt dat bedrijfsproblemen worden gezien als eigen én maatschappelijke problemen waarbij kennis op de werkvloer essentieel is voor het aandragen van oplossingen (Korczyński 2002). Om werknemers te laten flexibiliseren vanuit de benadering van het commitmentmodel kan de organisatie met medewerkers in onderhandeling te gaan en het inzetten van zogenaamde 'lokmiddelen'. Door middel van beloningen en hen zo te verleiden, wil de organisatie beogen dat medewerkers zich meer inzetten om te flexibiliseren. Hierbij kan gedacht worden aan trainingen & opleidingen, een hoger salaris en baan zekerheid. Medewerkers in een organisatie waarin het commitmentmodel centraal staat zullen zeer betrokken zijn, omdat zij mee mogen beslissen over besluiten die genomen worden in een organisatie. Zo zullen zij de noodzaak van flexibilisering erkennen.

Uit onderzoek (Arthur 1994) is gebleken dat organisaties met een commitment georiënteerd model hogere productie leveren en een minder groot personeelsverloop hebben dan

organisaties die een ‘control model’ hanteren. Boselie (2001) geeft aan dat een mix tussen beide het meest doeltreffend is om als organisatie te flexibiliseren.

In bovenstaande paragraaf wordt er gesproken over de benadering van medewerkers in termen van lok- en dwangmiddelen. Van Hoof (1987) maakt dit onderscheid in lok- en dwangmiddelen als hulpbronnen om de strategie te bepalen. Lokmiddelen komen overeen met persoonlijke kenmerken en belemmeringen. Aan de ene kant gaat het om fysiek psychische kenmerken en aan de andere kant om bepaalde kwalificaties, zoals opleiding en kennis. Van Hoof (1987) geeft aan dat het voor het strategisch handelen van aanbieders op de arbeidsmarkt van belang is in hoeverre deze lokmiddelen manipuleerbaar zijn. Etniciteit is bijvoorbeeld niet manipuleerbaar, maar opleiding wel. Lokmiddelen die ingezet worden om medewerkers te boeien en in relatie staan tot hoge arbeidstevredenheid zijn: participatie, trainingen en opleidingen, ruimte voor autonomie (Arthur 1994). Lokmiddelen worden ingezet om medewerkers te ‘verleiden’ dat ze zich gaan flexibiliseren omwille van het organisatiebelang.

Dwangmiddelen zijn middelen waarmee de ene partij de andere partij toegang tot bepaalde hulpbronnen kan ontfangen. Dwangmiddelen kunnen ingezet worden als medewerkers niet willen flexibiliseren, terwijl de omgeving van een organisatie eist dat deze verandert en werknemers wel moeten flexibiliseren. Dwangmiddelen die ingezet kunnen worden om medewerkers tot flexibilisatie te dwingen zijn: beoordelingsgesprekken, correctiegesprekken of ontslag. Hierbij hangt de keuze welk middel gebruikt wordt onder andere af van het gedrag van de medewerker en de druk van de externe omgeving waarin de organisaties moet overleven.

De uiteenzetting van de gevolgen van marktwerking geeft een antwoord op de deelvraag: *welke invloed heeft de komst van gereguleerde marktwerking in de zorg op de arbeidsorganisatie van zorgorganisaties?* Een nadere uitwerking van de deelvraag volgt in hoofdstuk vijf. In het volgende hoofdstuk zal nader ingegaan worden op het onderzoeksdesign en de verantwoording van de onderzoeksopzet.

4. Methoden

4.1 Onderzoeksopzet

De methodiek van dit onderzoek is kwalitatief en kan beschreven worden als een beschrijvend, empirisch onderzoek (Creswell 2003). Bij kwalitatief onderzoek wordt het waarom en wat van een verschijnsel of eigenschap onderzocht (Baarda & Goede 2001). Het verschijnsel in dit onderzoek is de invoering van de WMO en het effect hiervan op het HRM beleid van thuiszorgorganisaties. Het gaat hierbij om een beschrijving van een proces, waarbij het nog niet duidelijk is hoe thuiszorgorganisaties hierop inspelen en wat de gevolgen zijn voor het personeel. Gezien het gebrek aan voorkennis is kwalitatief onderzoek de meest geschikte aanpak (Creswell 2003). Bij kwalitatief onderzoek zal er om ervaringen en meningen gevraagd worden van de partijen in het veld, welke in paragraaf 4.4 zullen worden toegelicht.

Er zal onderzoek gedaan worden naar hoe thuiszorgorganisaties hun arbeid kunnen flexibiliseren zodat zij kunnen overleven in een concurrerende markt, waarbij er tevens rekening gehouden wordt met de wensen van de werknemer. Dit wordt onderzocht aan de hand van het conceptuele model dat in hoofdstuk drie is toegelicht. Het onderzoeksdesign is exploratief van aard en wordt uitgevoerd door middel van een casestudy. Over het algemeen kan worden gezegd dat een casestudy gericht is op intensieve bestudering van een bepaald maatschappelijk verschijnsel. Hierbij wordt een groot aantal eigenschappen van dat verschijnsel meegenomen (Creswell 2003). De grenzen tussen het maatschappelijke verschijnsel (invoering van de WMO) en de omgeving is niet makkelijk te trekken, waardoor de keuze voor een casestudy wordt gemaakt. Deze study zal plaats vinden bij een thuiszorgorganisatie die opereert in de regio Zuid-Holland en Breda. Deze organisatie bestaat sinds 1 januari 2007 na een fusie uit verschillende locaties, zoals eerder is beschreven in paragraaf 1.2. Om het onderzoek af te bakenen is er gekozen om dit onderzoek uit te voeren bij een locatie die het meest gevorderd ten aanzien van de implementatie van de WMO, dit is de regio Delft. Wegens de druk die de WMO op thuiszorgorganisaties legt, bleek het onmogelijk om meerdere organisaties mee te nemen in dit onderzoek.

Voor het verzamelen van gegevens gebruikt de onderzoekster de onderzoeksmethodiek van semi-gestructureerde interviews in combinatie met literatuuronderzoek. Interviews zijn de aangewezen methode als het gaat om het verzamelen van kennis, om het bepalen van

houdingen, attitudes of opinies (Baarda & de Goede 2001). Semi-gestructureerd houdt in dat er een aantal vragen vaststaat, waaruit verdere vragen zich kunnen ontwikkelen uit gegeven antwoorden van de respondenten, welke te lezen zijn in hoofdstuk vijf. De opgestelde topics zijn terug te vinden in bijlage vier.

4.2 Operationalisaties

In het theoretisch kader is een aantal begrippen gedefinieerd en verklaard. Om deze begrippen te kunnen onderzoeken moeten deze meetbaar worden gemaakt. Hieronder zullen verschillende begrippen worden geoperationaliseerd:

Medewerkers; onder medewerkers wordt verstaan: alle medewerkers die direct contact met de cliënten hebben van een zorginstelling hebben (Vos 2005) In dit onderzoek zijn de huishoudelijke hulpen ondervraagd van niveau 1 en niveau 2. Niveau 1 (HH1) wil zeggen *het uitvoeren van huishoudelijke zorg volgens opdracht van de cliënt*. Niveau 2 (HH2) wil zeggen *het verlenen van huishoudelijke zorg en het overnemen van of sturen in de regie over het huishouden*. Inhoudelijke verschillen tussen de twee niveau's zijn uitgelegd in bijlage drie.

Ontwikkelingen in de markt; om naar ontwikkelingen in de markt te kunnen vragen is dit begrip opgedeeld in: ontwikkelingen zoals de invoering van de WMO, marktwerking en de toenemende concurrentie. Tevens kan er voor deze begrippen gekeken worden wat de gevolgen hiervan zijn voor de belangen van de organisatie, de medewerkers en de cliënt.

Flexibele arbeid; flexibele inzet van arbeid kan onderverdeeld worden in functionele (kwalitatieve), numerieke (kwantitatieve) en agility (mentale) flexibiliteit. In de casus organisatie wordt gekeken welke vorm van arbeidsflexibiliteit een ondersteuning kan zijn voor de organisatie om te kunnen overleven in een markt met toenemende concurrentie, waarbij er rekening gehouden wordt met de wensen van het personeel.

Numerieke flexibiliteit; gaat over de kwantitatieve flexibiliteit. Deze is meetbaar gemaakt door te vragen naar de geografische flexibiliteit van medewerkers. Ook is gevraagd naar flexibele werktijden: het aantal uur dat gewerkt wordt en de samenstelling van de dienstroosters. Tevens valt onder numerieke flexibiliteit flexibele contracten: tijdelijke contracten, min-max contracten, deeltijdcontracten.

Functionele flexibiliteit; gaat over de kwalitatieve flexibiliteit. Deze is meetbaar gemaakt door te vragen wat medewerkers vinden van taakrotatie, taakverbreding, taakverrijking. Verder valt onder functionele flexibiliteit of medewerkers zich willen bij- of omscholen.

Agility; gaat over de mentale flexibiliteit. Om mentale flexibiliteit als werknemers kunnen opbrengen is essentieel om te weten welke veranderingen er spelen in de omgeving. Er zal gevraagd worden in hoeverre medewerkers op de hoogte zijn van de dreigende onzekerheden in de markt. Er zal aan hen gevraagd worden hoe zij aankijken tegen arbeidszekerheid en sociale voorzieningen. Tevens wordt er gevraagd wat de wensen zijn voor medewerkers om voldoening uit hun werk te kunnen halen om met deze onzekerheden om te gaan.

Lokmiddelen; om medewerkers te verleiden om zich flexibel op te stellen kunnen lokmiddelen worden gebruikt. In dit onderzoek wordt onder lokmiddelen verstaan: mate van autonomie, baan zekerheid, inkomen, waardering en beloning.

Dwangmiddelen; organisaties zijn gedwongen om hun arbeid te flexibiliseren willen zij overleven in de markt. Als medewerkers niet bereid zijn om zich hier voor in te zetten kan het nodig zijn om dwangmiddelen te gebruiken. Dwangmiddelen in dit onderzoek zijn om flexibeler te worden zijn beoordelingsgesprekken, correctiegesprekken, of ontslag.

4.3 Data-analyse

Analyseren is het systematisch en theoretisch bewerken van verzameld materiaal in het licht van de probleemstelling (Baarda & de Goede 2001).

Bij de analyse van de verkregen informatie is het theoretisch kader als leidraad gebruikt. In de theoretische en inleidende hoofdstukken is de context verhelderd en wordt deels antwoord gegeven op de eerste deelvraag. De informatie uit de interviews is geordend en gecodeerd zodat deze aansluit bij bovenstaande operationalisaties. Voor het ordenen is gebruik gemaakt van de aanpak die door Creswell (2003) is beschreven; de onderdelen die iets zeggen over de probleemstelling zijn gecodeerd. Vervolgens zijn de thema's per interview zo specifiek mogelijk benoemd. Tot slot zijn de thema's vergeleken. Door middel van analyse van de uitgewerkte interviews en bestudering van de literatuur kunnen er verbanden gelegd worden om naast de hoofdvraag ook de deelvragen te kunnen beantwoorden.

4.4 Respondenten

In de thuiszorginstelling zijn verschillende lagen betrokken bij de uitvoering van de WMO. Met behulp van interviews met 11 (van de 150) medewerkers, een teamleider, een unithoofd, en de concernmanager HRM worden verschillende invalshoeken over het flexibel inzetten van medewerkers belicht. Er is gekozen ongeveer 10% van de medewerkers te interviewen om een goed beeld te kunnen vormen wat er leeft bij deze partij. Om enigszins een representatief beeld te verkrijgen van deze beroepsgroep, is gekeken naar het soort contract (vast, tijdelijk, of min-max), de leeftijd en werkervaring van de medewerkers. Van het gehele aantal beroepsbeoefenaars van de organisatie is een selectie gemaakt van medewerkers, zodat elke groep vertegenwoordigd is naar rato. Er is echter een lijst ontvangen van medewerkers waar geen mensen met een tijdelijk contract bij zaten en deze gegevens kunnen dus niet meegenomen kunnen worden voor de data-analyse. De team leider is aselekt gekozen uit een totaal van vier, verder is er maar één unithoofd van de locatie en één HRM concern manager beschikbaar om te interviewen. De lijst van respondenten is terug te vinden in bijlage twee. Met deze interviews, tegen de achtergrond van de bestudeerde theorie, kan een overzicht verkregen worden hoe een thuiszorg organisatie zijn arbeid kan flexibiliseren om in te kunnen spelen op de veranderingen in de markt.

4.5 Validiteit & Betrouwbaarheid

Kwalitatief onderzoek gaat uit van de interpretatie die mensen geven aan het proces en deze mensen construeren de werkelijkheid. Het resultaat is daarom vooral subjectief van aard en zullen er meerdere werkelijkheden bestaan. Om deze subjectiviteit zoveel mogelijk te kunnen ondervangen spelen de betrouwbaarheid en validiteit een belangrijke rol bij kwalitatief onderzoek. Interne betrouwbaarheid kan gezien worden als de mate waarin de methoden replicerbaar en instaat zijn andere onderzoekers dezelfde uitkomsten te laten genereren (Bowling 2002). Door gebruik te maken van verschillende methoden (interviews en literatuurstudie) zal dit informatie opleveren vanuit diverse invalshoeken om geen eenzijdig beeld te creëren en wordt de interne betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Door het gebruik van semi-gestructureerde vragenlijsten wordt tevens de interne betrouwbaarheid verhoogd, omdat de antwoorden van de respondenten met elkaar vergeleken kunnen worden (Bowling 2002). De resultaten zijn toegankelijk gemaakt door eerst het thema te beschrijven, dan de citaten te geven als bewijs om de link te leggen met de empirie. Hierdoor wordt de externe betrouwbaarheid vergroot (Bowling 2002).

De validiteit verwijst naar de vraag of het meetinstrument meet wat deze behoort te meten (Bowling 2002). Interne validiteit kan gerealiseerd worden door interviews te houden met mensen vanuit verschillende disciplines. Zo wordt de uitvoerende en de beleidsmatige kant in het onderzoek belicht en hiermee de interne validiteit verhoogd. Door de besproken wijze van analyseren in paragraaf 4.3 is er een aantal geordende en zorgvuldig geoperationaliseerde eenheden gekomen uit de resultaten, waartussen verbanden gelegd kunnen worden om het geheel te kunnen beschouwen, om de interne validiteit te waarborgen. Tevens zijn voor de verhoging van de validiteit de interviews opgenomen, woordelijk uitgewerkt en toegestuurd naar de medewerkers, zodat zij de mogelijkheid hebben gehad om correcties aan te brengen. Er is tijdens de interviews rekening gehouden met privacy van de respondenten en aan allen gevraagd of zij mee willen doen aan het onderzoek en welke informatie er gebruikt mag worden in het belang van het onderzoek. De casestudy beschrijft een specifieke situatie van één organisatie. Om dit onderzoek te kunnen generaliseren naar andere organisaties en het onderzoek extern valide maken, zal er meer vergelijkend onderzoek gedaan moeten worden bij andere instellingen.

In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten vanuit de empirie worden besproken aan de hand van gecodeerde thema's.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk komt eerst aan de orde hoe het onderzoek is verlopen. In het tweede gedeelte leest u de bevindingen van het onderzoek.

5.1 Verloop interviews

De geselecteerde medewerkers waren allen bereidwillig om medewerking te verlenen aan dit onderzoek. De interviews met medewerkers hebben plaats gevonden bij de respondenten thuis, omdat thuishulpen geen eigen vestigingplaats hebben. De overige interviews vonden plaats op de werkplek van de respondent. Het verzoek om de interviews op te nemen was voor geen van de respondenten een probleem. De sfeer tijdens deze interviews was open en de meeste respondenten leefden zich duidelijk in tijdens het interview en brachten veel hun persoonlijke en intuïtieve mening en ervaringen naar voren. Bijvoorbeeld een mening van een respondent over de invoering van de WMO:

‘Ik ben er zeker niet blij mee, nee ik word er zelfs boos om! Ze doen maar met ons, en aan de cliënten wordt al helemaal niet gedacht. Dat is toch schandalig (medewerker)’.

Duidelijk wordt hieruit dat het een onderwerp is wat de respondenten bezig houdt.

5.2 Resultaten uit de data

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het empirisch onderzoek worden weergegeven. Het empirisch onderzoek is uitgezet om deelvragen te kunnen beantwoorden:

1. Welke invloed heeft de komst van gereguleerde marktwerking in de zorg op de arbeidsorganisatie van zorgorganisaties?
2. Wat zijn de mogelijke effecten voor huishoudelijke hulpen als gevolg van invoering van de WMO en wat zijn hun belangen?
3. Welke vorm van flexibilisering van arbeid past het beste bij de ontwikkelingen in de thuiszorg en kan een antwoord bieden op de variërende behoefte aan personeel op het punt van huishoudelijke hulp?

Vanuit de data van de interviews is een aantal thema's geselecteerd. Deze thema's zijn naast elkaar gelegd om zo verbanden te kunnen leggen. De thema's zullen hieronder beschreven worden en onderbouwd worden met citaten welke model zullen staan voor de verzamelde data. De citaten zijn van respondenten vanuit verschillende invalshoeken, waarbij achter het

citaat de functie van de betreffende respondent benoemd zal worden. Bij citaten van medewerkers zal de grootste gemene deler zijn weerslag geven op het beschreven resultaat.

5.2.1 Ontwikkelingen in de markt d

In het eerste thema komen de ontwikkelingen in de markt aan bod, omdat dit de aanleiding van dit onderzoek is en tevens antwoord geeft op de eerste deelvraag. Deze ontwikkelingen hebben gevolg voor de gehele organisatie. De modernisering van de AWBZ met meer marktwerking in de zorg en de invoering van de WMO zijn ontwikkelingen van de laatste jaren voor de thuiszorg. Met een toegenomen dynamiek en complexiteit in de omgeving dienen organisaties flexibel om te kunnen gaan met allerlei zaken die dagelijks op de organisatie af komen (Boselie 2001). Dit werkt door in het bepalen van de strategie van een organisatie. Welke strategie de respondenten volgen is afhankelijk van hun perspectief op de omgeving. Er zijn duidelijk tegenstellingen te constateren tussen strategisch en uitvoerend niveau. Op strategisch niveau denkt men:

'Als organisatie moet je mee doen met deze trends, je hebt geen keuze als jouw concurrenten het ook doen, anders kun je niet overleven in de markt (unithoofd)'

Op uitvoerend niveau wordt gedacht dat al deze veranderingen een trend zijn die weer overwaaien en van tijdelijke aard zijn:

'Tegen de tijd dat ik ontslagen moet worden is de WMO weer afgeschaft (medewerker)'

Wat duidelijk naar voren kwam tijdens deze interviews wanneer er gesproken werd over ontwikkelingen in de markt, de respondenten begonnen over de rol van de centrale overheid. Respondenten hebben een beeld van de centrale overheid die verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid met solidariteit als basis. Met de toenemende marktwerking is het juist de bedoeling dat de centrale overheid zich meer terug trekt en de gemeenten meer zelf verantwoordelijk stelt, wat door de respondenten niet in dank wordt afgenomen:

'Wat de overheid doet is niet het probleem oplossen, maar een kwestie van afschuiven! (teamleider)'

En:

'De gemeenten krijgen straks wel tegengas van patiënten- en belangen organisaties, want zo heeft niet de overheid, maar de gemeenten een financieel probleem (manager HRM)'

5.2.2 Concurrentie

De bovenstaande ontwikkelingen en de versoepeling van toetredingseisen tot de markt hebben er toe geleid dat er meer concurrentie is in de markt voor thuiszorg. Organisaties zullen hierop hun strategie moeten aanpassen om te kunnen concurreren met andere aanbieders, om zo de aanbesteding te winnen. Uit het interview op strategisch niveau met de HRM concern manager blijkt echter dat het effect van de concurrentie nog niet van grote invloed is op het strategisch beleid van de organisatie:

‘Het effect van de WMO is verrassend. Er hoeft nog weinig geconcurrereerd te worden in de omgeving. Het aantal indicaties voor zorg is veranderd, maar de productie stijgt nog steeds. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de AWBZ een maximum stelde aan de hoeveelheid zorg die geleverd mocht worden, de WMO stelt geen maximum. Omdat er genoeg productie is, is er geen sprake van productieovername onderling. Wel moeten wij zorgen dat er goede kwaliteit van zorg geleverd blijft worden om geen aanbesteding te verliezen (manager HRM).’

5.2.3 Gevolgen voor de cliënten

Dit onderwerp kwam in alle interviews terug. Centraal bij het invoeren van de WMO staat het creëren van keuzemogelijkheden voor de cliënt, zoals beschreven is in paragraaf 2.1. Tevens worden de indicaties voor huishoudelijke zorg nu anders afgegeven door de gemeenten dan voorheen het CIZ. De indicaties voor HH1 zijn toegenomen, welke door alfahulpen uitgevoerd worden. Het verschil tussen alfahulpen en huishoudelijke hulpen is toegelicht in bijlage drie. Het werken met alfahulpen hebben als gevolg voor de cliënt dat deze meer de regierol krijgen toebedeeld en zij tevens moeten zij een rol als werkgever vervullen. Dit kan voor oudere mensen een obstakel vormen, maar dit valt niet binnen de scope van dit onderzoek. Deze omschakeling naar alfahulpen kan ten kosten gaan van de kwaliteit van zorg, omdat deze mensen minder geschoold zijn dan huishoudelijke hulpen. Het probleem zou opgelost kunnen worden door uitbesteding van de huishoudelijke zorg aan particuliere bedrijven. Aan de respondenten is gevraagd wat zij denken welke gevolgen de WMO heeft voor de cliënt. Uit de interviews kwamen opvallende opvattingen naar voren. Allemaal vinden ze de cliënt belangrijk, zowel op operationeel niveau als op strategisch niveau is men het er over eens dat door de invoering van de WMO de cliënt niet de dupe mag worden:

‘Op de lange termijn gezien heb je zowel je medewerkers, als je cliënten nodig om als organisatie productie te kunnen draaien (locatiedirecteur).’

En:

‘Als wij volgend jaar aanbestedingen verliezen, zou ik dat het ergst vinden voor mijn cliënten. Als er steeds iemand anders komt schoonmaken raken mijn cliënten in de war, zij zijn erg

gesteld op mijn aanwezigheid en ik voel me te verantwoordelijk om zomaar mijn werk aan iemand anders over te dragen (werknemer)'.

Hieruit blijkt dat er een grote continuïteit en verantwoordelijkheid heerst van personen die werkzaam in de zorg zijn.

5.2.4 Gevolgen voor de medewerkers

Naast de veranderingen voor de cliënten door de invoering van de WMO, heeft deze wet tevens ingrijpende gevolgen voor het personeel. Het gevolg van de WMO voor de medewerkers is het dreigende ontslag. Als opnieuw een aanbesteding wordt gedaan en de werkgever verliest, zullen er weer gedwongen ontslagen moeten vallen. Gevraagd is aan de medewerkers, hoe zij omgaan met deze dreiging en of zij bezig zijn met solliciteren om zich elders op arbeidsmarkt te kunnen gaan begeven. De antwoorden waren verrassend. De dreiging ervaren de respondenten nog niet als zeer ernstig, ondanks dat alle respondenten aangeven dat zij op de hoogte zijn en zij elk moment ontslagen kunnen worden. Er wordt ook door alle respondenten opgemerkt dat zij goed door de organisatie begeleid worden in dit proces en zij geen verkeerde verwachtingen hebben van de organisatie. Er is een goede communicatie naar de werknemer door middel van bijeenkomsten, nieuwsbrieven en er is een sociaal plan uitgedeeld voor de medewerkers.

'Ze doen het goed als organisatie in deze tijd die ook voor hen moeilijk is. Ze betrekken het personeel goed bij de ontwikkelingen. Ik heb niet het idee dat ik word bedonderd en ik heb ook netjes het sociaal plan ontvangen, zo weet ik waar ik aan toe ben (werknemer).''

Toch zeggen tien van de elf respondenten de situatie te willen afwachten. Zoals in bovenstaande paragraaf 5.2.1 is benoemd, denken de meeste medewerkers dat de schade mee zal vallen en de trend van de WMO over zal waaien. Slechts één respondent is bezig met solliciteren bij een ander bedrijf buiten de zorg. Alle andere tien gaan nu nog niet over tot actie en wachten liever eerst af:

'Ik zie wel hoe het gaat, er is altijd wel werk voor mij denk ik. Als deze organisatie het niet heeft dan wel weer ergens anders. Als ik ontslagen word, zie ik dat dan wel weer; komt tijd, komt raad en ik zie wel waar het schip strandt (werknemer).''

Een tweede genoemde reden waarom mensen liever blijven zitten is dat zij zeggen niet de capaciteiten, of opleiding hebben om ergens anders te solliciteren:

'Ik kan niet zoveel anders doen, ik ben verder ook niet opgeleid (werknemer).''

Tevens is er op strategisch niveau gevraagd hoe de organisatie omgaat met de dreigende gevolgen voor huishoudelijke hulpen:

'De WMO heeft consequenties voor de werkgelegenheid en sociale zekerheid voor medewerkers. Vanwege het verschil in tarief is het voor de organisatie het bijna niet mogelijk de bestaande werkgelegenheid op huidig niveau te continueren. Door de organisatie is voorgesteld om een structuur te bouwen waarin de huidige huishoudelijke hulpen een overgang wordt aangeboden naar een loondienstverband met de organisatie op het salarisniveau van een alfahulp. Hierbij is de organisatie bereid om gedurende een periode van 12 maanden het salaris volledig aan te vullen tot het huidige niveau. Voor medewerkers biedt dit de mogelijkheid om te zoeken naar een andere baan, dan wel te accepteren dat er een lager inkomensniveau aankomt (beleidsnota april 2007).'

Bovenstaande beleidsnota geeft aan dat de organisatie volop bezig is met het bedenken van alternatieven om rekening te houden met de belangen van de werknemer.

5.2.5 Wensen en belangen van medewerkers

Alle respondenten geven aan dat zij de thuiszorgsector prefereren boven andere soorten organisaties vanwege de hoge mate van zelfstandigheid. De meeste medewerkers mogen nu zelf hun dagindeling maken en kunnen in samenspraak met hun cliënt afspraken maken over de werktijden. Zo kunnen de medewerkers (voornamelijk vrouwen) gemakkelijk het werk combineren met hun gezin en dit is voor veel respondenten een pré.

'Ik kan met mijn cliënten afspreken dat ik een uurtje eerder, of later kom. Dat is erg prettig, zeker ook in combinatie met mijn kinderen is dit voor mij heel belangrijk (werknemer).'

Minder belang wordt gehecht aan de (soort) werkgever. Alle respondenten geven aan graag in de thuiszorg te blijven werken, ongeacht voor welke werkgever. Ook als dit voor een particulier bedrijf zou zijn, of een zelfstandige zonder personeel (ZZP) waar zij behoud van hun niveau van werk kunnen handhaven.

5.2.6 Flexibilisering

Zoals terugkomt in de literatuur is het voor organisaties noodzakelijk om te flexibiliseren (Visser en van Rij 1999; Van Dijk & Pool 1999-2; Jager 2002). Het zijn bij uitstek de uitvoerende mensen die handen en voeten kunnen geven aan deze noodzakelijke flexibiliteit.

Aan de medewerkers is gevraagd hoe zij aan kijken tegen de verschillende vormen van flexibiliteit zoals deze beschreven zijn in het theoretisch kader in paragraaf 3.3.2.

1) Numerieke flexibilisering

In de literatuur is beschreven in paragraaf 3.3.2 dat numerieke flexibiliteit gezien kan worden als de kwantitatieve vorm van flexibiliteit. Zoals bij de operationalisaties beschreven, is er gevraagd naar de geografische flexibiliteit van de medewerkers, wat medewerkers vinden van het aantal uren dat zij werken en de samenstelling van de dienstroosters.

Doordat de case organisatie aanbesteding heeft gewonnen in de verschillende gemeenten in de regio Zuid-Holland, kan het voorkomen dat medewerkers gevraagd zullen worden om te gaan werken in een andere gemeente omdat daar meer werkgelegenheid is dan de gemeente waar de medewerkers wonen. Hierdoor hebben zij meer zekerheid op baangarantie. Er wordt hier door medewerkers verschillend op gereageerd:

'Ik vind het indelen zoals nu gebeurt op postcode gebied goed geregeld. Ik zou niet meer dan tien minuten willen reizen, want ik moet alles op de fiets doen (werknemer).'

Van de elf respondenten reageerden er negen ongeveer als hierboven. Bij een aantal respondenten was het antwoord stellig dat zij niet ver wilde reizen, maar als dat zou kunnen zorgen dat zij baanbehoud zouden hebben wilden ze er later op terug komen.

Een andere respondent zei:

'Als ik twee cliënten op een dag in een andere regio zou hebben, zou het voor mij geen probleem zijn. Maar ik zou niet willen wisselen halverwege de dag (werknemer).'

Slechts één respondent reageerde:

'Ik heb een auto en ik wil hier graag blijven werken, dus al moet ik ergens anders heen vind ik dat geen probleem. Voor mij is het niet een reden om mijn baan op te zeggen als ik een half uurtje langer moet reizen, als ik zo mijn baan kan behouden (werknemer).'

Over het aantal uren dat medewerkers werken in de week zijn de respondenten over het algemeen tevreden. Tien van de elf respondenten geven aan dat zij niet meer willen werken en vinden het niet erg dat de uren die nu beschikbaar komen voor een kortere periode, opgevuld worden door uitzendkrachten. Slechts één respondent geeft aan meer te willen werken en vindt het jammer dat er niet meer geld beschikbaar voor gesteld kan worden.

De dienstroosters geven ook geen aanleiding tot problemen. De medewerkers geven allemaal aan dat zij de planning goed geregeld vinden en zijn zelf flexibel om hun werktijden te bepalen, in samenspraak met hun cliënten. Deze vorm van ‘autonomie’: het zelf inrichten van de werkdag, wordt als prettig ervaren door de respondenten en werd meerdere malen als antwoord genoemd op de vraag: ‘wat vindt u het prettigst aan uw werk?’

2) Functionele flexibiliteit

In de literatuur is beschreven dat functionele flexibiliteit gezien kan worden als de kwalitatieve vorm van flexibiliteit. Aan huishoudelijke hulpen is gevraagd wat zij vinden van het veranderen van hun taken pakket, of zij eventueel meer verzorgende taken willen overnemen. Door huishoudelijke hulpen om te scholen naar ‘verzorgenden’ hebben zij meer kans op baanbehoud, omdat zij dan zowel extramuraal, als intramuraal kunnen gaan werken. Vooral in de intramurale zorg is een tekort aan verzorgenden, wat zich in de toekomst steeds verder zal uitbreiden met het oog op de dubbele vergrijzing.

De reacties op de vraag of zij meer verzorgende taken willen vervullen zijn verschillend. Ongeveer de helft van de medewerkers, zes van de elf, geeft aan geen problemen te hebben om verzorgende taken uit te voeren:

‘Ik vind het leuk om verzorgende taken erbij te doen, meestal doe ik dat al. Als ik daar kom en mijn cliënt ligt nog in bed, haal ik deze eruit en help ik met wassen en aankleden, dat is toch een kleine moeite (werknemer)’.

Drie respondenten geven aan dat zij wel verzorgende taken erbij wilden doen, maar dan ook extra tijd daarvoor ingepland krijgen. Twee respondenten geven aan om geen verzorgende taken uit te voeren.

‘Ik wil absoluut niet in de verzorging omdat ik dan aan mensen moet gaan zitten en dat wil ik niet (werknemer)’.

Gezien bovenstaande reacties lijkt het dat de meeste medewerkers er weinig problemen mee hebben om als verzorgende te gaan werken. Om deze taken te kunnen vervullen moet er een (duale) opleiding gevolgd worden van ongeveer drie jaar, die versneld kan worden gedaan indien er competenties aanwezig zijn op niveau twee. Aan de medewerkers is gevraagd wat zij ervan vinden om een opleiding te volgen tot ‘verzorgende’, gesteld dat de werkgever dit zou betalen. De resultaten zijn opvallend, omdat deze mogelijkheid hen zekerheid biedt voor baangarantie.

Slechts één respondent vertelde al bezig te zijn met een opleiding tot verzorgende niveau drie. Van de elf medewerkers waren er maar liefst acht die aangaven dat ze liever geen opleiding dienen te volgen:

‘Daar zou ik totaal geen zin in hebben, moet ik weer tussen die kakelende huisvrouwen gaan zitten (werknemer)’.

Andere redenen die gegeven worden om geen opleiding te volgen waren: medewerkers denken het niveau van de opleiding niet aan te kunnen, geen studie naast een gezin willen volgen wegens de tijdsdruk en ‘ik ben al op leeftijd’ was een tweemaal genoemd argument (leeftijd respondent 47 en 57 jaar). Eén respondent antwoordde:

‘Ik zou nog wel eens een bijscholingscursus willen doen, maar niet meer een gehele opleiding. Ik zou het ook vervelend vinden als mijn cliënten het dan een dag zonder mij moeten doen, ik vind het al vervelend als ik één ochtend een cursus heb, laat staan een paar dagen in de week (werknemer)’.

3) Mentale flexibiliteit

Om mentale flexibiliteit als werknemers te kunnen opbrengen is het essentieel om te weten welke veranderingen er spelen in de omgeving. Er is in paragraaf 5.2.1 te lezen hoe medewerkers aankijken tegen de ontwikkelingen in de markt. Om de mentale flexibiliteit te achterhalen is er gevraagd hoe zij omgaan met het dreigende ontslag en hoe zij hun baan denken te kunnen behouden. Er is aan de respondenten gevraagd of zij als alfahulp te werk willen gaan ten behoeve van hun baangarantie en om het tekort aan alfahulpen op te lossen, dat ontstaat door de ‘lagere’ zorgindicaties van de gemeenten. Dit kan gezien worden als een dwangmiddel zoals beschreven is in de literatuur in paragraaf 3.5. Er zullen dus meer alfahulpen nodig zijn om al deze indicaties te vervullen. Echter vallen alfahulpen niet onder de CAO, hebben geen vast contract, bouwen geen pensioen op en hebben slechtere arbeidsvoorwaarden dan de huishoudelijke hulpen. Tevens zitten alfahulpen in een lagere salarisschaal. Inhoudelijke verschillen tussen alfahulpen en huishoudelijke hulpen is toegelicht in bijlage drie. Van de elf medewerkers zijn er drie die duidelijk aangeven dat werken als alfahulp de enige oplossing is voor hen om aan het werk te blijven. De reden van werken is alleen ten behoeve van het onderhouden van hun gezin, waarbij zij de enige kostwinnaar zijn. Inkomen is voor hen zodanig belangrijk dat zij nog in de basisbehoeften kunnen voorzien. Het salaris van een alfahulp is minder dan voor een huishoudelijke hulp,

maar meer dan een uitkering. Twee respondenten geven aan dat als zij als alfahulp moeten gaan werken zij zullen stoppen, ook als het alternatief een uitkering zal zijn.

'Ik hoef niet van deze centen te leven, ik wil pensioen opbouwen en dat gedoe met de cliënt als werkgever vind ik niks. Ik ga nog liever bij de Ikea achter de kassa zitten (werknemer).'

De overige respondenten roepen als eerste reactie dat zij nu niet als alfahulp willen gaan werken. De reden hiervoor zijn de sociale voorzieningen die slecht zijn en het niet opbouwen van pensioen en wachtgeld. Opvallend hierbij is dat het inkomen door hen later genoemd wordt dan de sociale voorzieningen. Hier kan uit geconcludeerd worden dat de meeste medewerkers meer waarde aan sociale voorzieningen, dan aan inkomen. De vraag die hierop volgde was: wat zou u doen als u moest kiezen tussen baanbehoud als alfahulp en ontslag? Ook deze respondenten kiezen voor het baanbehoud:

'In eerste instantie zou ik liever niet als alfahulp gaan werken, ik vind de sociale voorzieningen nu goed geregeld en vooral pensioen opbouw vind ik erg belangrijk. Maar als dit wel mij baangarantie kan geven, zal ik het met iets minder moeten doen. Al wil ik er natuurlijk niet al te veel op achteruit gaan (werknemer).'

Er is tevens gevraagd naar de beleefde arbeidssatisfactie. Waar halen de mensen hun voldoening vandaan uit hun werk. Op deze vraag werden over het algemeen overeenkomstige antwoorden gegeven. Alle respondenten geven aan dat ze het sociale aspect van dit werk het belangrijkste vinden:

'Het sociale aspect van dit werk is het belangrijkste voor mij, daar haal ik echt mijn voldoening uit. Als je ziet dat mensen eenzaam zijn en het zo gezellig vinden dat ik kom en dat ze koffie voor mij zetten, dat is toch geweldig (werknemer).'

Het begrip 'mate van autonomie' wordt tenslotte meerdere malen genoemd door de respondenten waaruit zij hun voldoening halen.

'Ik vind het heerlijk dat ik zoveel vrijheid heb. Er is niemand die meekijkt op mijn vingers van dit moet er gebeuren, wat ik in andere bedrijven wel zou hebben (werknemer).'

Met het begrip autonomie wordt bedoeld het zelf kunnen bepalen van werktijden en het indelen van eigen taken voor die dag. Aan deze zelfstandigheid hechten werknemers veel waarde en geven bijna allemaal dit als hoofdargument aan om in de thuiszorg te werken. Dit is eerder besproken in 5.2.4. waarbij het ging om de wensen van de medewerkers.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk vindt de interpretatie van de resultaten plaats door ze te koppelen aan de literatuur en de probleemstelling. Deze luidt: *hoe kunnen thuiszorgorganisaties de inzet van arbeid flexibiliseren om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen in de markt en op de variërende vraag naar huishoudelijke hulp?* De beantwoording van deze hoofdvraag komt tot stand door de inzichten die verkregen zijn vanuit de literatuur, het empirisch onderzoek en de beantwoording van de deelvragen, welke hieronder besproken worden.

Deelvraag 1: welke invloed heeft de komst van gereguleerde marktwerking in de zorg op de arbeidsorganisatie van zorgorganisaties?

Deze deelvraag kan beantwoord worden door de verkregen inzichten vanuit de literatuur en het empirisch onderzoek. Het komt erop neer dat marktwerking in de zorg geen doel op zich is, maar een middel dat moet bijdragen aan een goede prijs-kwaliteitverhouding. De nieuwe bekostigingssystematiek en het afschaffen van de contracteerplicht zijn middelen om marktwerking in de zorg te bevorderen. Deze veranderingen leiden ertoe dat organisaties hun aanbod moeten aanpassen om te kunnen concurreren in de markt. Putters (2003) definieert het begrip marktwerking dan ook als het bevorderen van concurrentie. Om te kunnen concurreren moet er kwalitatief goed aanbod geleverd worden wat niet gaat zonder goed personeel. Met gekwalificeerd personeel kun je strategisch voordeel behalen, omdat dit lastig te imiteren is door de concurrent (Boselie 2001). Het personeel moet dus geschoold zijn en anders goed opgeleid worden om vraaggestuurd en klantgericht te kunnen werken. Echter door de invoering van de WMO en de bijbehorende aanbestedingsprocedures kan het voorkomen dat organisaties het ene jaar een overbezetting aan capaciteit hebben van personeel en wanneer er aanbesteding verloren wordt, een onderbezetting. Flexibilisering van arbeid kan een ondersteuning zijn om de schommelingen in de behoefte aan personeel op te vangen (Goudswaard 2003).

Deelvraag 2: wat zijn de mogelijke effecten voor huishoudelijke hulpen als gevolg van invoering van de WMO en wat zijn hun belangen?

Vanuit de literatuur is gebleken dat werknemers zich moeten flexibiliseren om een organisatie te kunnen laten overleven in de concurrerende markt (Van Dijk & Pool 1999-2). Dit betekent voor medewerkers dat hun baangarantie in het geding komt wanneer zij zich niet

flexibiliseren. Personeel kan gedwongen worden als alfahulp te gaan werken om het tekort hieraan op te lossen. Uit empirisch onderzoek is gebleken dat werknemers in de huishoudelijke zorg het meest belang hechten aan een baan met zekerheid voor de toekomst met goede sociale voorzieningen. Wanneer huishoudelijke hulpen als alfahulp moeten gaan werken, komen de sociale voorzieningen voor hen op de tocht te staan. Een andere mogelijkheid voor werknemers om hun baangarantie te blijven behouden is zich te laten omscholen naar ‘verzorgenden’, waar verder op in gegaan zal worden bij de beantwoording van vraag drie.

Verder geven werknemers aan dat een goede werk-familiebalans een voorwaarde voor hen is om te blijven werken. De meeste respondenten zijn vrouwen die het werk combineren met de zorg van hun kinderen. Minder belang wordt er gehecht aan de (soort) werkgever. Alle medewerkers willen graag in de thuiszorg te blijven werken, ongeacht voor welke werkgever, ook als dit voor een particulier bedrijf zou zijn of een ZZP. Tevens geven alle werknemers aan dat zij de thuiszorgsector prefereren boven andere soorten organisaties vanwege de hoge mate van zelfstandigheid, waarin zij zelf de werktijden mogen bepalen en invloed kunnen uitoefenen op het samenstellen van de dienstroosters. Deze vorm van autonomie wordt ook in de literatuur benoemd als lokmiddel om medewerkers te boeien en arbeidstevredenheid te verhogen (Arthur 1994).

Deelvraag 3: welke vorm van flexibilisering van arbeid past het beste bij de ontwikkelingen in de thuiszorg en kan een antwoord bieden op de variërende behoefte aan personeel op het punt van huishoudelijke hulp?

Uitgaande van het conceptuele model dat in paragraaf 3.4 verder is uitgewerkt, is te zien dat het kiezen van een flexibiliteitsstrategie afhankelijk is van verschillende invloeden. Het micro (personeels) niveau is gekozen als variabele door de organisatie om op te sturen willen zij kunnen overleven in de concurrerende markt. Werknemers moeten immers de flexibiliteit vorm gaan geven. De verschillende vormen van flexibiliteit die beschreven zijn in de literatuur in paragraaf 3.3.2, zijn daarom onderzocht bij elf werknemers. Uit de onderzoeksdata komt naar voren dat met betrekking tot de numerieke flexibiliteit gericht op de geografische flexibiliteit, er negatief gereageerd is. Omdat de zorgaanbieder opereert in de gehele regio Zuid Holland, kan het voorkomen dat in de ene gemeente meer werkgelegenheid is dan in de andere. Hier zou numerieke flexibiliteit een passende oplossing kunnen bieden. Deze vorm van flexibiliteit wordt intern numerieke flexibiliteit genoemd, omdat er geprobeerd wordt met vast personeel de schommelingen op te vangen. Wat opvalt vanuit de

verkregen data is dat mensen aangeven baangarantie willen hebben, maar niet meer dan tien minuten willen reizen, terwijl dit de kans op baangarantie vergoot.

Deze vorm van flexibilisering zou dus niet toepasbaar zijn als strategie op de lange termijn.

Tevens is gevraagd naar het aantal diensturen dat medewerkers werken en of zij deze eventueel willen uitbreiden, of afbouwen. Bijna niemand van de werknemers wil meer gaan werken. Dit betekent dat de uren die vrijkomen doordat personeel met tijdelijke contracten geen verlenging krijgen, opgevuld kunnen worden met uitzendkrachten omdat vast personeel geen uitbreiding wil. Dit zou een hanteerbare strategie kunnen zijn voor de korte termijn planning om ad-hoc de piek- en dalmomenten van de vraag naar personeel op te vangen. Deze strategie is op de lange termijn echter niet kostenefficiënt, want uitzendkrachten zijn voor een organisatie duur om in te zetten. Tevens is er gevraagd hoe medewerkers staan ten opzichte van functionele flexibiliteit. Uit de onderzoeksdata is gebleken dat de helft van de respondenten taakverrijking geen probleem vindt. Dit zou een passende oplossing kunnen zijn om de variërende behoefte aan personeel op te vangen. Als medewerkers zich omscholen, zodat zij ook intramuraal kunnen gaan werken, hebben zij ook meer kans op baangarantie. Opvallend hierbij is dat medewerkers negatief reageren wanneer zij horen dat er een opleiding gevolgd moet worden. Dit maakt de toepassing van functionele flexibiliteit lastig. Een andere manier van baangarantie voor medewerkers is gaan werken als alfahulp. Door de toename van indicaties op HH1 niveau door de gemeenten, zal er een tekort aan alfahulpen ontstaan. De belangrijkste redenen voor huishoudelijk hulpen om niet als alfahulp te gaan werken zijn dat er geen sociale voorzieningen zijn en geen pensioenopbouw. Verassend is de meest genoemde reden waarom huishoudelijke hulpen niet als alfa hulp willen gaan werken vanwege het ontbreken van sociale voorzieningen is. De hoogte van het salaris wordt ook meerdere malen genoemd, maar altijd nà het belang van sociale voorzieningen. De hoogte van het salaris wordt meer relatief gezien, omdat dit door de meeste werknemer wordt afgezet tegen een uitkering. Dat een alfahulp de taken uitvoert op aanvraag van de cliënt en zo de regiorol meer moet overlaten aan de cliënt, vinden de meeste werknemers geen probleem. Dit is een opvallend verschijnsel, want dit is een aantasting van de autonomie terwijl medewerkers eerder hebben aangegeven dat autonomie voor hen erg belangrijk is in hun werk. Hier kan op ingespeeld worden door de organisatie door een structuur op te zetten waarbij de medewerkers een lager salaris krijgen en betaald worden als alfahulp, maar wel hun sociale voorzieningen blijven behouden en in dienst blijven van de zorgorganisatie. Er is bij het opstellen van deze strategie sprake van een vorm van demotie, omdat nu niet de medewerker

maar de cliënt de regierol heeft. Deze benadering komt het meest overeen met het gebruik van interne functionele flexibiliteit.

Nu alle deelvragen beantwoord zijn kan er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: *hoe kunnen thuiszorgorganisaties de inzet van arbeid flexibiliseren om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen in de markt en op de variërende vraag naar huishoudelijke hulp?*

De invoering van de WMO, de toenemende concurrentie en marktwerking in de gezondheidszorg heeft het HRM beleid van zorgorganisaties in beweging gebracht. Als zorgaanbieders willen overleven moeten zij zich kunnen onderscheiden van de concurrent, door middel van strategisch HRM. Een manier om je te onderscheiden van de concurrent is door gekwalificeerd personeel. Het probleem is echter dat wanneer een organisatie geschoold en kwalitatief goed personeel heeft aangetrokken, deze niet weet of zij het personeel mag behouden als er over twee jaar geen aanbesteding wordt gewonnen. Deze variërende behoefte aan personeel vraagt om een flexibele organisatie die op dit probleem inspeelt. Uit de antwoorden op de deelvragen is gebleken dat voor de lange termijn planning een interne functionele benadering van arbeidsflexibiliteit een oplossing kan bieden om in te spelen op de variërende behoefte aan personeel, waarbij er rekening gehouden wordt met de wensen van de medewerker, cliënt en de organisatorische belangen.

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden moet er nog gekeken worden hoe thuisorganisaties hun personeel gaan verleiden, zodat zij zich flexibel gaan inzetten voor de organisatie. Uit de literatuur van Heskett e.a (1997) blijkt dat scholing en trainingen gezien worden als een beloningsvorm voor medewerkers. Uit empirisch onderzoek blijkt dat scholing en training voor deze doelgroep niet als een beloning wordt ervaren, maar eerder als een belasting. De organisatie hoeft deze vorm van lokmiddelen niet in te zetten om medewerkers te verleiden tot flexibilisatie. Medewerkers geven aan baanzekerheid, autonomie en salaris belangrijk te vinden. Hier zullen lokmiddelen op gebaseerd moeten worden om werknemers tot flexibilisatie te verleiden. Baangarantie kan gegeven worden door medewerkers te laten werken als alfahulp en hiervoor hoeven zij geen scholing te volgen. Om een lager inkomen te compenseren kunnen de medewerkers verleid worden door het eerste jaar het salaris niet te verlagen. Dit geeft medewerkers, die niet volgens deze constructie willen werken, de gelegenheid om te zoeken naar een andere baan, dan wel te accepteren dat er een lager inkomensniveau aankomt. Echter een organisatie heeft niet alleen te maken met de wensen van het personeel zoals te zien is in het conceptuele model. Ook invloeden vanuit de externe omgeving en de organisatiebelangen hebben hun invloed op de flexibiliteitsstrategie. Het kan

daarom nodig zijn om mensen te dwingen tot flexibilisering om als organisatie te kunnen overleven. Hierbij kan gedacht worden aan het dwingen van medewerkers om als alfa-hulp te gaan werken wanneer er een personeelstekort ontstaat en er anders geen zorg geleverd kan worden. Een andere oplossing is hen te dwingen zich om te scholen naar een hoger niveau van 'verzorgende', omdat er intramuraal tevens een personeelstekort ontstaat. Het uiterste ingezette dwangmiddel is medewerkers ontslaan omwille van het organisatiebelang. De inzet van huishoudelijke hulpen kan te duur worden voor een organisatie wat niet kostenefficiënt is en de concurrentiepositie kan verslechteren.

7. Discussie en aanbevelingen

Dit afsluitende hoofdstuk gaat over de discussie van de interpretatie van de onderzoeksresultaten in het licht van de beschreven theorie en het conceptuele model. Daarna zullen er aanbevelingen worden gegeven worden ten behoeve van de zorgorganisatie Careyn, welke ook generiek kunnen toegepast.

7.1 Discussie

Volgens de literatuur is een gevolg van functionele flexibiliteit dat een organisatie meer flexibel wordt, omdat medewerkers op verschillende organisatieonderdelen kunnen worden ingezet (Goudswaard & Batenburg 2000). Uit de resultaten van het empirisch onderzoek is gebleken dat medewerkers helemaal niet 'breed' ingezet willen worden. Huishoudelijke hulpen willen die taken blijven uitvoeren die zij al deden en hebben weinig behoefte aan verdere uitbreiding hiervan. Hun voldoening halen ze niet uit de hoeveelheid taken, maar uit de sociale aspecten van het werk en de zelfstandigheid om zelf hun werktijden te bepalen. Een van de elementen die Heskett e.a (1997) aangeven ter bevordering van de arbeidssatisfactie is aandacht voor ontwikkeling. Hier vertoont de empirie discrepantie met de gestelde literatuur. Huishoudelijke hulpen willen zich in deze situatie weinig ontwikkelen in de zin van trainingen & scholing volgen. Er kan dus gesteld worden dat voor lager opgeleiden en in situaties waarin veel onzekerheden zijn, trainingen en scholing niet als een vorm van beloning worden gezien! Wanneer het noodzakelijk is voor de organisatie dat medewerkers zich toch moeten laten opleiden kan dit gezien worden als een dwangmiddel in deze situatie.

Medewerkers geven aan dat investeren in scholing teveel tijd kost en een te grote druk legt op hun werk-familie balans. In de literatuur wordt juist gesteld dat flexibele arbeid kan bijdragen aan een verbeterde werk-familie balans (Rijswijk e.a. 2002). De invloed van werkdruk op de medewerking van werknemers tot flexibilisering zou nader onderzocht moeten worden. Organisaties die flexibilisering van arbeid willen inzetten om in te kunnen spelen op de ontwikkelingen in de markt, ten aanzien van opleidingen en trainingen, moeten dus ook rekening houden met de wensen van de werknemer vanuit het privé-leven om strategisch voordeel te kunnen behalen.

Tevens geldt er voor de toepassing van numerieke flexibiliteit een spanning tussen wat de literatuur aandraagt als een passende oplossing om in te kunnen spelen op variërende behoefte aan personeel en wat werknemers prefereren. De literatuur geeft aan dat numerieke flexibiliteit ingezet kan worden om de schommelingen van de vraag naar de hoeveelheid

arbeid van een organisatie op te vangen (Goudswaard 2003). Echter medewerkers willen niet meer uren werken om deze schommelingen van behoefte aan personeel op te vangen en meer dan tien minuten reizen wordt gezien als een belasting. Er sprake van een spanningsveld waarin de organisatie zich begeeft. Medewerkers willen zich niet mobiliseren om de organisatie flexibeler te maken, en zijn moeilijk te verleiden om zich wel te flexibiliseren. De externe invloeden vanuit de omgeving zoals gereguleerde marktwerking en toenemende concurrentie dwingen organisaties tot flexibilisering. Er zullen dus dwangmiddelen, zoals beoordelingsgesprekken en ontslag moeten worden toegepast wil de organisatie kunnen overleven in een concurrerende markt en flexibeler te worden. Er wordt hieronder een aantal aanbevelingen gedaan ten behoeve van de zorgorganisatie Careyn om zich in de toekomst staande te kunnen houden, welke ook generiek kunnen worden toegepast.

7.2 Aanbevelingen

Uit de conclusie is gebleken dat interne functionele flexibiliteit voor Careyn het meest toepasbaar is voor de lange termijn planning. Wat interessant voor dit onderzoek is om nader uit te zoeken wat de juridische consequenties van deze strategie inhouden, in verband met de salarisverlaging die er optreedt. Een ander aspect uit dit onderzoek dat verder onderzocht kan worden, is of er een aanpassing kan komen van de betreffende wet-en regelgeving, dat er meer gericht op zou moeten zijn om arbeidsflexibilisatie te stimuleren. Het probleem van schommelingen in de vraag naar personeel zal zich in de toekomst steeds verder uitbreiden met het oog op de dubbele vergrijzing, daarom is het van belang dat organisaties beter kunnen inspelen op de variërende behoefte aan personeel en waarin flexibele arbeid als ondersteuning kan fungeren waarbij organisaties minder beperkt worden door opgelegde wetgeving.

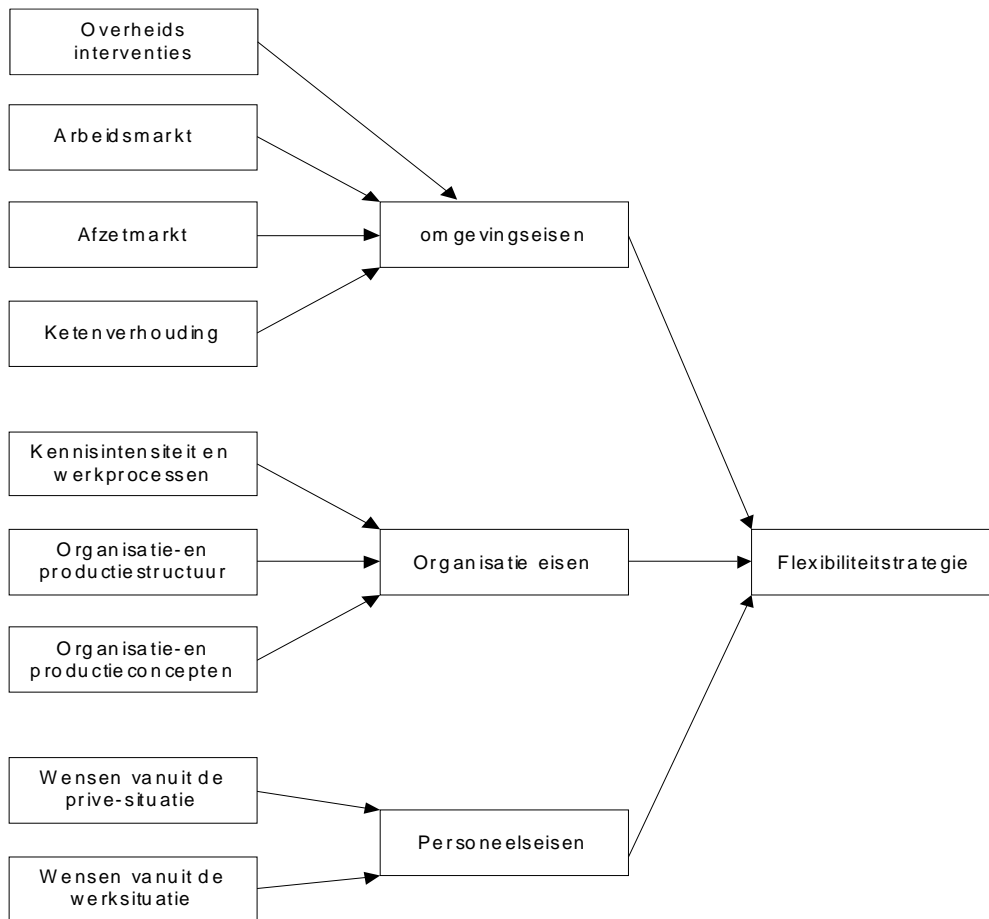
Een tweede aanbeveling is om als thuiszorg organisatie verder te blijven inspelen op de ontwikkelingen van de markt en proberen hierop te anticiperen. Thuiszorgaanbieders moeten zich afvragen of huishoudelijke verzorging daadwerkelijk te beschouwen is als een kernactiviteit van het totale zorgaanbod. Vervolgens staat de organisatie voor de tactische overweging of deze activiteit zelf moet worden uitgevoerd of dat uitbesteding kostenefficiënter is. Door uitbesteding kan dezelfde zorg geleverd worden tegen een lagere prijs, omdat hier schaalvoordeel kan worden behaald en kan de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven. De Tweede Kamer wil de garantie hebben dat de hulp in het huishouden van voldoende kwaliteit is, waarbij de Kwaliteitswet Zorginstellingen randvoorwaarden schept voor iedereen die hulp in de huishouding aanbiedt. Doordat de gemeenten zorgaanbieders uitkiezen met de laagste prijs kan dit gevolgen hebben voor de kwaliteit. Een

oplossing hiervoor is het in dienst nemen van een ‘zelfstandige zonder personeel’(ZZP), die opdracht krijgt van de thuiszorgorganisatie. Als ZZP’er bepaalt de zorgverlener zelf op welke dagen en tijden hij/zij wil werken. ZZP’ers kunnen worden bemiddeld naar een cliënt op basis van hun kwaliteiten, capaciteiten en werkmogelijkheden. Het voordeel van een ZZP ten opzichte van een alfahulp is dat werk ook mogelijk is voor hoger gekwalificeerd werk en de kwaliteit zo gewaarborgd blijft. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat medewerkers weinig belang hechten aan hun werkgever en zou een ZZP een oplossing kunnen bieden.

Tenslotte is een aanbeveling om te onderzoeken welke lessen er uit de ervaringen van andere publieke sectoren te leren zijn. De gezondheidszorg is een sector apart, omdat het gaat om de zorg voor mensen. Toch kan er geleerd worden van andere sectoren hoe zij hun HRM beleid hebben aangepast als gevolg van marktwerking. In meerdere publieke sectoren wordt het werk via aanbesteding worden verdeeld. Te denken valt aan de wet personenvervoer (WP2000) die eerder in het personenvervoer massa-ontslagen voorkwam. Deze wet bepaalt dat nieuwe werkgevers het personeel van de oude moeten overnemen tegen bestaande arbeidsvoorwaarden. Uit de resultaten van de interviews blijkt ook dat personeel weinig belang hecht aan de werkgever-werknemer relatie, belangrijker voor hen is dat zij aan het werk kunnen en hun sociale voorzieningen kunnen behouden.

7.3 Reflectie

Hieronder zal een reflectie worden gegeven op het gekozen conceptuele model en de onderzoeksopzet. Het conceptuele model zoals is weergegeven in paragraaf 3.4 brengt de relaties en de samenhang van de besproken thema’s in beeld. Met dit model wil de onderzoekster de invloeden weergeven die op het bepalen van de flexibiliteitsstrategie inspelen. Vanuit literatuur en de empirie komt naar voren dat de overheid een belangrijk rol speelt bij het bepalen van de strategie van een organisatie. Dit model is oorspronkelijk toegepast op de ‘profit sector’ waarbij er geen sturing is vanuit de overheid. In de gezondheidszorg is dat wel het geval en daarom is aan het model het element ‘overheidsinterventies’ toegevoegd wat zijn invloed uitoefent op de ‘omgevingseisen’. Tevens is de stijl van het model aangepast om het geheel overzichtelijker te maken. De nieuwe aanpassing van het model is hieronder weergegeven:



Figuur 2: aangepast conceptueel model van Goudswaard & Batenburg (2000).

De uitvoering van dit onderzoek is anders verlopen dan in eerste instantie door de onderzoekster bedacht. Gaandeweg moest het onderzoek verder afgebakend worden wegens de moeizame medewerking van andere thuiszorgorganisaties die zelf nog te veel met de invoering van de WMO bezig waren. Het onderzoeken van de strategie op het gebied van personeelsbeleid bij nieuwkomers in de markt was niet uitvoerbaar, omdat deze organisaties nog geen strategie hadden opgezet voor specifieke concurrentie en marktstrategie. Deze beginnende organisaties zijn nog te veel gericht op groeien en overleven in de markt en minder op concurreren.

Een tekortkoming van dit onderzoek is de generaliseerbaarheid naar andere organisaties. Het onderzoek betreft een casestudy waardoor de uit het onderzoek naar voren gekomen flexibiliteitsstrategie specifiek toepasbaar is voor de onderzochte organisatie. Er zou meer onderzoek gedaan kunnen worden bij verschillende thuiszorgorganisaties om te kijken of deze strategie uiteindelijk te meest succesvolle flexibiliteitsstrategie blijkt te zijn. Dit was echter onhaalbaar in de tijd voor dit onderzoek, maar is wellicht interessant om verder te exploreren.

8. Literatuuroverzicht

Arthur, J.B. (1994) Effects of Human Resource Systems on Manufacturing Performance and Turnover, *Academy of Management Journal*, 3(37): 670-87

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de. 2001. *Basisboek Methoden en technieken.*: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Groningen: Stenfert Kroese

Bolhuis, M. 1996. *Externe flexibilisering; een onderzoek bij bedrijven.* Den Haag: Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg.* Zevende herziene druk. Utrecht: Het Spectrum. [1983].

Boselie, P. 2001. Employee perception on commitment oriented work systems: effects on trust and perceived Job security. *ERIM report series research in management* (2): 1-28

Boselie, P., J. Paauwe & P. Jansen. 2001. Human resource and performance: lessons from the Netherlands'. *International Journal of Human Resource Management* 12 (7): 1107-1122

Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services.* Tweede herziene druk. Buckingham: Open University Press [1997].

Boxall, P. & Purcell, B. 2003. *Strategy and human resource management.* Hampshire/ New York: Pargrave Macmilan

Breedveld, E. 2003. *Thuiszorg in bedrijf, Herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997.* Tilburg: Van Spaendonck Drukkerij B.V.

Creswell, J.W. 2003. Research Design. *Qualitative, quantitative and mixed method approaches.* Second Edition. London: Sage Publications

CPB. 2002. *Concurrentie in de zorg.* Den Haag: CPB

CPB. 2003 *Zorg voor concurrentie*. Een analyse van het nieuwe zorgstelsel. Den Haag: CPB

Derckx, M. & M. Kloek. 2003. 'Thuiszorg als bedrijfstak in beweging. Concurrentie dwingt tot positionering'. *ZM Magazine*. 19 (12):27-31

Dijk, J.K. van & J. Pool. 1999-1. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1; Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Dijk, J.K. van & J. Pool. 1999-2. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 2; nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Faber, G & Schippers, J (red.).1997. *Flexibilisering van arbeid*. Bussum: Coutinho

Finkenflügel, H .2004.'Op zoek naar de dynamiek van zorg' *ZM Zorgmagazine* 9:117-120

Goudswaard, A. 2003. Proefschrift: *flexibele arbeid- duurzame arbeid?; De stand van zaken na twintig jaar flexibilisering*.

Goudswaard, A. & R. Batenburg. 2000. 'De flexibiliteit van Nederlandse bedrijven; strategieën en determinanten' *Bedrijfskunde* 72 (4):10-19

Heskett, J.L., W.E. Sasser & L.A. Schlesinger. 1997. *The service profit chain; How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value*. New York: The free Press.

Van hoof, J. 1987. *De arbeidsmarkt als Arena: arbeidsmarktproblemen in sociologisch perspectief*. Amsterdam

Jager, A. 2002. 'The Netherlands' *Critical review of literature and discourses about flexibility*. Vienna: HWF Research Consortium, Institute for Advanced Studies.

Kalleberg, A.L. 2000. 'Nonstandard Employment Relations: Part-Time, Temporary and Contract Work', *Annual Review of Sociology* (26): 341-365.

Kiers, B. 2007. Thuiszorg moet afslanken door WMO. *Zorgvisie*. (4):14-20

Korczynski, M. 2002. *Human Resource Management in Service Work*. Hampshire/ New York: Palgrave. Hoofdstuk 2: pp 19-29.

Lapr , R & Montfort, G. 2001. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: elsevier Gezondheidszorg.[1999].

NIZW. 2005. *Contouren WMO*. [Internet] Innovatiepartner in Zorg en welzijn [aangehaald op 11-01-07] Bereikbaar op: www.wetmaatschappelijkeondersteuning.nl/

O' Reilly. 1998. 'Using culture for strategic advantage' *Bestuurskunde*, 10 (5): 31-35

Pfeffer, J. 1998. *The human equation: Building profits by putting people first*. Boston: Harvard Business School Press. P 64-74

Poel, P. van der. 2003. 'Scoren bij burgers. Lokaal zorgbeleid. *Zorgvisie*. (12):40-43

Putters, K. 2003. *Anticiperen op marktwerking*. Zoetermeer: RVZ

Riemsdijk, M.J. van & K.G. Tijdens. 2000. 'Arbeidsflexibilisering: een proeve van Nederlands onderzoek'. *Bedrijfskunde* 72 (4): 4-9

Rijswijk, K. van, M.H.J. Bekker & C.G. Rutte. 2002. 'Parttime werk, flexibele werktijden en de werk-familiebalans; een overzicht van de literatuur' *Gedrag & Organisatie* 15 (5): 320-333.

Scott, W.R. 1998. *Organizations rational, natural, and open systems*. New Jersey: Prentice-Hall International.[1981]

Sijtema, T.B. 2006. *Wet maatschappelijke ondersteuning*. Deventer: Kluwer

Visser, J. & van Rij, V. 1999. *Vakbeweging en Flexibiliteit*. Amsterdam: Welboom

Vos, L. 2005. *Flexibele inzet van arbeid; Een antwoord op vraaggestuurde zorg in GGz-instellingen?* Afstudeerscriptie

VWS. 2003. *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ* [Internet]. Ministerie VWS, 19-09-2003. [aangehaald op 11-01-07].

Bereikbaar op: <http://www.minvws.nl>

VWS. 2004. *Naar een betaalbare AWBZ* [Internet] Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport. 25-08-2004. [aangehaald op 11-01-07] Bereikbaar op:

http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/naar_een_betaalbare_awbz.asp

Willemsens, C. 2005. Thuiszorginstellingen moeten strategische keuzes maken: scenario's voor huishoudelijke zorg. *Zorgvisie*, 2005: 8-30-31

Wijk, K.P van & Dijk, J.K. 2005. *Meer marktwerking en Human Resource Management; effecten van de stelselherziening op het HRM van zorgorganisaties*.

Wijk, K.P van .2007. *De Service Care Chain*. Rotterdam : Instituut Beleid Management Gezondheidszorg

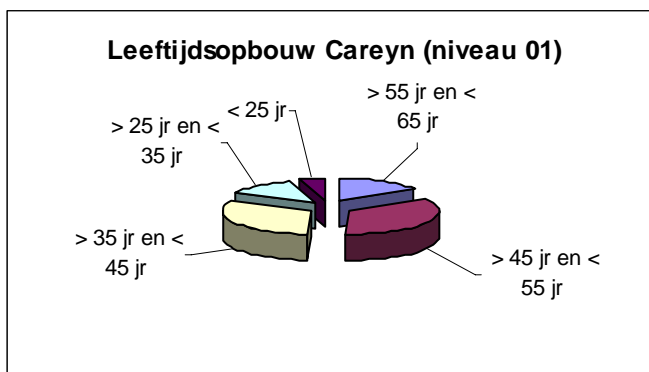
Bijlage 1 Overzicht personeelsbestand Careyn

Leeftijdsofbouw

Werknemers > 55 jr en < 65 jr
 Werknemers > 45 jr en < 55 jr
 Werknemers > 35 jr en < 45 jr
 Werknemers > 25 jr en < 35 jr
 Werknemers < 25 jr

Totaal Careyn		
qty	Fte	Perc
233	83,8	26%
486	204,0	39%
460	197,8	21%
190	87,9	10%
78	32,0	0%
1.447	605,5	100%

Tabel 1 Leeftijdsofbouw



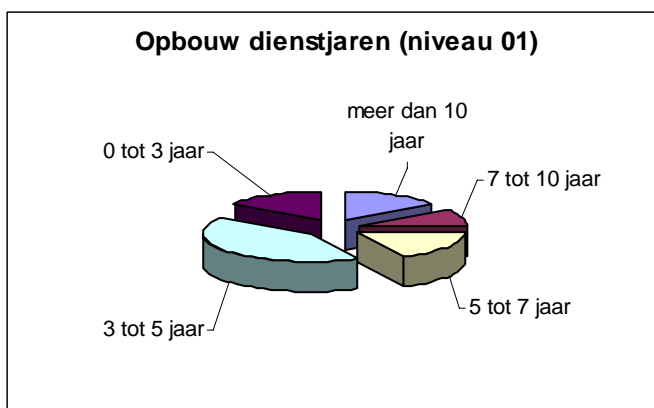
Figuur 3 grafische weergave leeftijdsopbouw

Dienstjaren

meer dan 10 jaar
 7 tot 10 jaar
 5 tot 7 jaar
 3 tot 5 jaar
 0 tot 3 jaar

Totaal Careyn	
qty	perc
218	15%
145	10%
258	18%
607	42%
219	15%
1.447	100%

Tabel 2 opbouwdienstjaren



Figuur 4 grafische weergave opbouwdienstjaren

Bijlage 2 Overzicht respondenten

Medewerkers

Mevr. R. den Hengst, 57 jaar, 23 jaar in dienst
Mevr. W. van der Gaag, 47 jaar, 7 jaar in dienst
Mevr. C. Middelkoop, 57 jaar, 12,5 jaar om dienst
Mevr. J. Weidman, 35 jaar, 17 jaar in dienst
Mevr. I. Diepman, 35 jaar, 1 jaar in dienst
Mevr. J. de Jong, 24 jaar, 6 jaar in dienst
Mevr. A. van Geest, 47 jaar, 6 jaar in dienst
Dhr. A. Berkman, 55 jaar, 5 jaar in dienst
Mevr. S. Vermeulen, 30 jaar, 2 jaar in dienst
Mevr. O. Lupker, 29 jaar 3,5 jaar in dienst
Mevr. E. Roodenrijs, 42 jaar, 10 jaar in dienst

Teamleider

Mevr. A. de Leeuw

Unithoofd

Mevr. Drs. M. Helderman

Concern manager HRM

Dhr. Mr. W. Sillevis Smit

Bijlage 3 Verschil tussen Alfahulpen en Huishoudelijke hulpen

	Alfahulpen (ondersteunen)	Huishoudelijke hulp (overnemen)
Doel functie	Het uitvoeren van huishoudelijke zorg volgens opdracht van de cliënt.	Het verlenen van huishoudelijke zorg en het sturen in de regie over het huishouden.
Rol & verantwoordelijkheden	Uitvoerend. Cliënt geeft opdrachten.	Uitvoerend en overnemend. Cliënt bepaalt deels wat er gedaan moet worden. Medewerker heeft het initiatief.
Cliënt	Is zelfstandig.	Kan niet zelfstandig het huishouden runnen.
Opleidingsniveau	Ongeschoold	Niveau 1
Taken	Alle voorkomende huishoudelijke taken: schoonmaken, boodschappen doen	Alles huishoudelijke taken + zorgen dat voorraden bijgehouden worden, zoals schoonmaakmiddelen.
Gewenst/ verwacht resultaat	Een schoon huis binnen de daarvoor afgesproken tijd en volgens opdracht van de cliënt.	Een schoon huis binnen de afgesproken tijd en een bijdrage aan het soepel draaiend houden van het huishouden op middellange termijn.

Bijlage 4 Interviewlijst

Algemene vragen:

1. *Naam:*
2. *Leeftijd:*
3. *Opleidingsniveau:*
4. *Soort contract:*
5. *Hoeveel uur werkt u per week:*
6. *Hoe lang bent u in dienst:*

Vragen Numerieke flexibiliteit:

1. *Wat vindt u van het aantal uur dat u werkt?*
2. *Wat vindt u van het dienstrooster?*
3. *Zo u uw tijden anders willen indelen? Bijv alleen ochtenden, middagen?*
4. *Zou u bereid zijn verder te reizen voor uw werk? Zo ja hoelang wilt u maximaal reizen?*

Vragen kwalitatieve flexibiliteit:

5. *Wat vindt u van de hoeveelheid van de taken die u moet uitvoeren?*
6. *Zou u meer/ minder taken willen doen? Zo ja, welke?*
7. *Wat vindt u van het niveau van uw werk?*
8. *Zou u trainingen willen volgen om hoger op te willen komen? Zo ja wat voor trainingen?*

Vragen mentale flexibiliteit:

9. *Wat zijn de belangrijkste aspecten in uw werk waar u voldoening uit haalt?*
10. *Wat vindt u minder leuk in uw werk?*
11. *Waarom blijft u bij Careyn werken?*
12. *Zou u voor een andere werkgever willen werken? Voorbeeld Albert heyn?*

13. Hoe belangrijk is inkomen voor u?

14. Zou u als alpha hulp willen werken? Waarom wel/ niet?

15. Hoe belangrijk is het voor u om door betaald te worden wanneer u ziek bent?

16. Hoe belangrijk vindt u pensioen opbouw?

17. Wat zou u anders willen zien bij Careyn om hen een aantrekkelijke organisatie te maken om voor te werken