

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

**Een kwalitatief onderzoek naar de bevordering van ‘het
ondernemerschap op de werkvloer’ in een thuiszorg setting**



**Jorien de Nijs
december 2009**

Titel: Betrokken zorgprofessionals en toegewijde managers

Ondertitel: een kwalitatief onderzoek naar de bevordering van 'het ondernemerschap op de werkvloer' in een thuiszorgsetting

Naam: Jorien de Nijs
Studentnummer: s0094838
December 2009

Master Thesis
Business Administration
Track: Service Management
Faculteit Management en Bestuur
Universiteit Twente, Enschede

Begeleiders:
Dr. D.B.D. Bannink (1^{ste} begeleider)
Dr. H.G.M. Oosterwijk (2^{de} begeleider)
H. Mulder (Livio)
I. Bezemer (Livio)

UNIVERSITEIT TWENTE.



Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek, waarmee ik mijn master Business Administration aan de Universiteit Twente voltooi. Dit onderzoek sluit naadloos aan bij mijn interesse en nieuwsgierigheid over de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. De mogelijkheid om binnen de afdeling Livio, Speciale Zorg een onderzoek uit te voeren met als doel het bevorderen van het ondernemerschap op de werkvloer sprak mij dan ook gelijk aan en heb ik met beiden handen aangepakt.

Dit onderzoek had niet kunnen plaats vinden zonder de steun van een aantal personen. Allereerst wil ik Benno en José bedanken voor de goede raad aan het begin van dit afstudeertraject. Heleen en Inge, bedankt voor het enthousiasme en de betrokkenheid waarmee jullie mij hebben begeleid. Daarnaast wil ik via deze weg ook alle collega's die tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan het interview nogmaals hartelijk bedanken.

Speciaal woord van dank gaat uit naar Duco Bannink en Herman Oosterwijk, mijn begeleiders vanuit de Universiteit. De persoonlijke begeleiding heeft mij talloze keren geïnspireerd en gemotiveerd om het beste uit mijzelf te halen.

Een goede voorbereiding en de juiste professionele ondersteuning zijn echter niet voldoende om grote uitdagingen succesvol te voltooien. Vriendschap en het vele vertrouwen van de mensen om mij heen, heb ik als zeer waardevol ervaren. Vrienden, familie en collega's; zonder jullie was de weg naar de finish van dit onderzoek een stuk moeizamer geweest!

Als laatste wil ik op deze plek mijn ouders en zusjes bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun; jullie laten mij keer op keer zien en voelen dat jullie achter mij staan. Daarnaast hebben jullie mij een basis meegegeven waarmee ik in de toekomst met vertrouwen mijn eigen weg kan inslaan!

Jorien de Nijs

Enschede, december 2009

Management summary

Aanleiding

Tegenwoordig worden gezondheidszorgorganisatie in Nederland steeds meer gedwongen om effectiever en efficiënter te werken zonder dat ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening. Voor zorgverlener Livio is het een grote uitdaging om de werkprocessen en de mentaliteit van de zorgverleners aan te passen aan deze snelle ontwikkelingen. Het probleem volgens het management hierbij is dat zorgprofessionals te weinig aandacht hebben voor de bedrijfsmatige en organisatorische processen die verbonden zijn aan de zorgverlening. Vooral op het gebied van de financiering is het van belang dat zorgprofessionals hier meer op één lijn komen te zitten met het management. Het doel van dit onderzoek is dan ook om managers binnen Livio Speciale Zorg inzicht te geven in de manier waarop ondernemerschap op de werkvloer bevorderd kan worden, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening.

Aanbevelingen

Gebaseerd op de huidige relatie tussen het management en de zorgprofessionals is er gekeken welke coördinatie mechanismen in kunnen worden gezet om het ondernemerschap binnen de verschillende teams te vergroten. Per team zijn vervolgens aanbevelingen richting het management gegeven over hoe het ondernemerschap bevorderd kan worden.

Verpleging: Aangezien de waardepatronen van managers en zorgprofessionals niet goed op elkaar aansluiten, is één van de belangrijkste aanbevelingen om de twee instituties niet verder te dwingen om beter op elkaar aan te sluiten, want dit is een onmogelijke taak. Voor het bevorderen van het ondernemerschap wordt aangeraden om de specifieke bedrijfsmatige en organisatorische taken te laten oppakken door een groep zorgverleners die kennis hebben van deze processen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan taken als de planning en indicatiestelling. Daarnaast wordt aanbevolen om meer te sturen op de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen ten opzichte van de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten die zijn verbonden aan de zorgverlening.

Thuisbegeleiding: De coördinatoren vormen een belangrijke koppeling tussen het management en de zorgprofessionals. Aangeraden wordt om de coördinatoren zo min mogelijk controle activiteiten uit te laten voeren, zodat deze stevige positie van de coördinatoren in de toekomst behouden blijft. Daarnaast wordt aanbevolen om meer te gaan sturen door middel van gebruik te maken van duidelijke voorbeelden, want het blijkt dat de zorgprofessionals op dit moment nog niet altijd weten hoe ze moeten omgaan met bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van de zorgverlening. Een

ander argument voor de laatste aanbeveling is dat tijdens de interviews is gebleken dat de thuisbegeleiders veel behoefte hebben aan uitleg en herhaling van eerder besproken bedrijfsmatige en organisatorische aspecten die verbonden zijn aan hun werkzaamheden.

MTH en PIT: Om de goede relatie tussen het management en de zorgprofessionals te behouden, wordt aangeraden om rekening te houden met de mogelijke negatieve kanten van te veel autonomie onder zorgprofessionals. Wanneer er sprake is van te veel autonomie, is het lastig voor het management om zicht te blijven houden op de werkzaamheden van de zorgverleners. Hierdoor kan de wederzijdse afstemming tussen beide instituties in gevaar komen, wat mogelijke negatieve invloed heeft op het ondernemerschap binnen deze teams.

Motivatie

Door middel van een uitgebreide literatuurstudie en kwalitatieve interviews met de coördinatoren en het management van de teams binnen Livio, Speciale Zorg is de relatie tussen managers en zorgprofessionals onderzocht. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat het ondernemerschap binnen Speciale Zorg vooral wordt belemmerd doordat de waardepatronen van zorgprofessionals en managers niet altijd goed op elkaar aansluiten. Om beide groepen (in dit verslag instituties genoemd) toch samen te laten werken, is het van belang om de koppeling tussen beide instituties beter te organiseren. Vanuit de literatuur zijn er drie mechanismen naar voren gekomen die een rol kunnen spelen bij de coördinatie van de instituties. Het mechanisme *decoupling* kan worden ingezet in situaties waarbij instituties zo veel van elkaar verschillen, dat het verstandiger is om ze uit elkaar te halen (loskoppelen), zodat het toch mogelijk wordt om het uiteindelijke doel te behalen. Dit mechanisme blijkt goed van pas te komen bij de verpleging en deels bij de thuisbegeleiding. Bij het mechanisme *isomorfisme* gaan instituties na verloop van tijd steeds meer op elkaar lijken, omdat ze geconfronteerd worden met dezelfde omgevingskenmerken. Dit mechanisme kan een positieve uitwerking hebben op de teams van de thuisbegeleiding als er meer wordt gestuurd met behulp van voorbeelden. Als laatste kan het mechanisme *closure* worden ingezet voor een betere coördinatie tussen de instituties van het management en de zorgprofessionals. Wanneer er sprake is van closure proberen professionals zoveel mogelijk controle uit te oefenen op de eigen werkzaamheden, zoals dit het geval is bij de teams van het MTH en de PIT.

Tot slot

Tot slot kan worden opgemerkt dat de titel van dit onderzoek verwijst naar twee groepen, managers en zorgprofessional die beide de zorg een warm hart toedragen. Beide groepen doen dit echter op hun eigen manier, waardoor de afstemming niet altijd optimaal is. Desondanks bleek tijdens dit onderzoek dat er sprake is van veel wederzijds begrip tussen de instituties. De aanbevelingen in dit

onderzoek beogen dit wederzijds begrip verder te vergroten om zo tegemoet te komen aan de doelstelling van dit onderzoek: het bevorderen van het ondernemerschap op de werkvloer.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	I
Management summary	II
Inhoudsopgave.....	V
1. Introductie.....	2
1.2 Aanleiding.....	2
1.3 Contextbeschrijving.....	4
1.3.1 Invoering coördinatoren.....	4
1.4 Probleem analyse	6
1.5 Doel van het onderzoek	7
1.6 Onderzoeksontwerp	8
1.7 Onderzoeksmodel	9
1.8 Leeswijzer	10
DEEL 1	
2. Inleiding op het theoretisch kader.....	13
3. De institutionele theorie en de mechanismen.....	15
3.1 De definitie	16
3.2 De drie institutionele peilers volgens Scott (1995)	17
3.2.1 Regulatieve peiler.....	17
3.2.2 Normatieve peiler.....	18
3.2.3 Cognitieve peiler.....	19
3.2.4 Samengevat.....	20
3.3 De mechanismen	21
3.3.1 Decoupling.....	21
3.3.2 Isomorfisme.....	22
3.3.3 Closure.....	23
3.4 Conclusie	23
4. De institutie van het management.....	25
4.1 Nieuw Publiek Management	25

4.2 De kenmerken van NPM.....	25
4.3 Conclusie	28
5. De institutie van de zorgprofessionals.....	31
5.1 Definitie van professionalisme	31
5.2 Professionalisme in de thuiszorg.....	32
5.3 Conclusie	35
6. Terugblik op het theoretisch kader en formulering onderzoeksvraag.....	37
7. Onderzoeksmethoden voor het praktijkonderzoek.....	39
7.1 De onderzoeksstrategie.....	39
7.2 De onderzoeksmethode.....	39
7.3 De onderzoeksdata.....	40
7.4 Selectie van de respondenten.....	40
7.4.1 Selectie respondenten professionele institutie	41
7.4.2 Selectie respondenten management institutie.....	41
DEEL2	
8. Een korte terugblik op deel 1	45
9. Analyse onderzoeksresultaten	48
9.1 De institutie van het management.....	48
9.2 De institutie van de zorgprofessionals	50
9.3 Aanwezigheid van de mechanismen	52
9.3.1 Verpleging.....	52
9.3.2 Thuisbegeleiding.....	56
9.3.3 MTH en PIT	58
9.4 Bevorderen van het ondernemerschap op basis van de mechanismen	60
9.4.1 verpleging	60
9.4.2 Thuisbegeleiding.....	62
9.4.3 MTH en PIT	64
10. Conclusie, aanbevelingen en discussie	66

10.1 Algemene conclusie.....	66
10.2 Discussie	67
10.3 Conclusies en aanbevelingen per team.....	69
10.3.1 Verpleging.....	69
10.3.2 de thuisbegeleiding	71
10.3.3 PIT en MTH	72
10.4 Tot slot.....	73
 Literatuurlijst	74
Bijlage 1: Summary Master Thesis.....	77
Bijlage 2: Bijeenkomst Coördinatoren Speciale Zorg	86
Bijlage 3: Uitnodiging interview zorgprofessionals.....	88
Bijlage 4: Interview protocol zorgprofessionals	89
Bijlage 5: Interview protocol managers.....	94

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

1. Introductie

Elk jaar wordt de Nederlandse gezondheidszorg weer opnieuw geconfronteerd met stijgende kosten. Een toename in de kosten wordt onder andere veroorzaakt door de toenemende vraag naar zorg door de vergrijzing van de bevolking. Het is dan ook vanzelfsprekend dat er veel aandacht wordt besteed aan een optimale inrichting van de gezondheidszorg. Voor zorgorganisaties houdt dit in dat ze regelmatig te maken krijgen met veranderingen gericht op het bevorderen van efficiëntie en effectiviteit van de dienstverlening. Net als publieke organisaties worden zorginstellingen beïnvloed door sociaaleconomische structuren en politieke druk (Pollitt & Bouckaert, 2000). Een goed voorbeeld hiervan is de introductie van de marktwerking in de zorg. Vanwege de invoering van marktwerkingsprincipes worden zorginstellingen gedwongen om zich te conformeren aan de geldende regels en wetten die van bovenaf worden opgelegd. Voor thuiszorgorganisaties is het mede door invoering van deze marktprincipes steeds meer van belang geworden om kritisch te kijken naar de financiering van de geleverde zorg. De marktwerking in de zorg stelt thuiszorgorganisaties voor de lastige taak om met externe financiers zoals de overheid en de zorgverzekeraars te onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de zorgverlening. Dit vraagt veel van het aanpassingsvermogen van het management en de zorgverleners binnen zorgorganisaties. Volgens Berg, Schellekens & Bergen (2005) is het probleem bij dit soort veranderingen dat er een scheiding waarneembaar is tussen enerzijds de zorgprofessionals die invloed hebben op de verbetering van de *inhoud* van de zorg en anderzijds het management die invloed heeft op de *organisatie* van de zorg.

1.2 Aanleiding

Dit onderzoek richt zich op de organisatie Livio, een dienstverlenende organisatie op het gebied van zorg, wonen, gezondheid en vitaliteit. De diensten van Livio worden aangeboden in 18 gemeentes in de gebieden Twente en in de Oost-Achterhoek. Livio kan worden gekenmerkt als een “full service” zorgverlener. De meest gangbare diensten zijn de thuiszorg en de zorg in verpleeg- en verzorginghuizen. Daarnaast biedt de organisatie ook diensten aan op het gebied van jeugdgezondheidszorg, logopedie, hulp bij de huishouding enzovoort. De organisatie kan worden omschreven als een concern. De moederstichting, Livio, heeft een aantal juridische eenheden onder zich hangen. Deze eenheden zijn volledig eigendom van de stichting Livio. Kenmerkend voor het concern is dat de kernfuncties zijn onderverdeeld in werkmaatschappijen. Dit onderzoek richt zich specifiek op de werkmaatschappij: Stichting Livio zorg-aan-huis welke gericht is op diensten in de thuiszorg (Livio, 2007).

Uit het jaarverslag van Livio (2007) valt op te maken dat ook deze organisatie te maken heeft met vele veranderingen van buitenaf die van invloed zijn op de zorgverlening. Marktwerving, invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en zorgzwaarte profielen zijn voorbeelden van nieuwe ontwikkelingen waar Livio op in moet spelen om de marktpositie te behouden. De veranderingen worden door de organisatie over het algemeen als positief ervaren, echter de snelheid en de onsamenvatbaarheid van de invoering van veranderingen maakt het soms lastig om goed in te kunnen spelen op deze veranderingen. Ondanks dat de veranderingen in een hoog tempo gaan en het moeilijk is om daar plannen voor lange termijn aan te verbinden, is het voor de organisatie van belang om snel te anticiperen op veranderingen om de marktpositie te behouden. Dit houdt veelal in dat er op een zakelijker manier naar de levering van zorg moet worden gekeken. Een goed voorbeeld hiervan zijn de snelle veranderingen binnen de (Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten) AWBZ. In het verleden was het onder bepaalde omstandigheden nog mogelijk om zo nu en dan onbetaalde zorg te leveren, met het achterliggende idee dat dit elders in de organisatie wel gecompenseerd werd met het aanbieden van andere diensten. Tegenwoordig is dit niet langer acceptabel en moet er op andere manieren gekeken worden hoe de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk aangeboden kan worden. Anders gezegd, er komt meer nadruk te liggen op de financiering van de zorg. De verwachting is dat bedrijfseconomische wetmatigheden in de toekomst steeds meer uitwerking hebben op het leveren van zorg en dus ook op de rol van de professionals werkzaam in deze sector. Als vanouds moet er zorg worden geleverd, maar dan wel binnen de strakke financiële kaders die al dan niet opgelegd worden van buitenaf. Zoals in het jaarverslag 2007 terug te lezen valt, beseft de organisatie dat zij mee zal moeten gaan in deze ontwikkelingen. Dit vraagt van de organisatie dat de huidige werkwijzen aangepast dienen te worden. Dit wil de organisatie onder andere bewerkstelligen door het kritisch evalueren en bijstellen van de processen en door zich te richten op veranderingen die te maken hebben met de mentaliteit van het personeel tegenover een 'gezonde bedrijfsvoering' (Livio, 2007).

Dit onderzoek richt zich op bovenstaande ontwikkelingen in de zorg. Er zal worden gekeken of deze veranderingen van invloed zijn op de relatie tussen enerzijds het management en anderzijds de zorgprofessionals. Daarbij is het voor het management van belang om te weten te komen hoe men kan sturen op bevorderen van het ondernemerschap onder de zorgverleners. Met ondernemerschap op de werkvloer wordt in dit onderzoek bedoeld dat zorgverleners naast hun zorginhoudelijke werkzaamheden ook oog hebben én rekening houden met de meer bedrijfsmatige en organisatorische processen van de zorgverlening.

1.3 Contextbeschrijving

Het onderzoek zal uitgevoerd worden binnen Livio, Speciale Zorg. Speciale Zorg valt onder de werkmaatschappij Zorg-aan-Huis en levert verschillende soorten zorg bij de klant aan huis. In figuur 1 (zie volgende pagina) is de structuur van Livio, Speciale Zorg weergegeven in een organogram. In dit organogram valt af te lezen welke zorg de verschillende teams binnen Speciale Zorg leveren. Daarnaast is ook aangegeven hoe groot¹ de verschillende afdelingen zijn.

1.3.1 Invoering coördinatoren

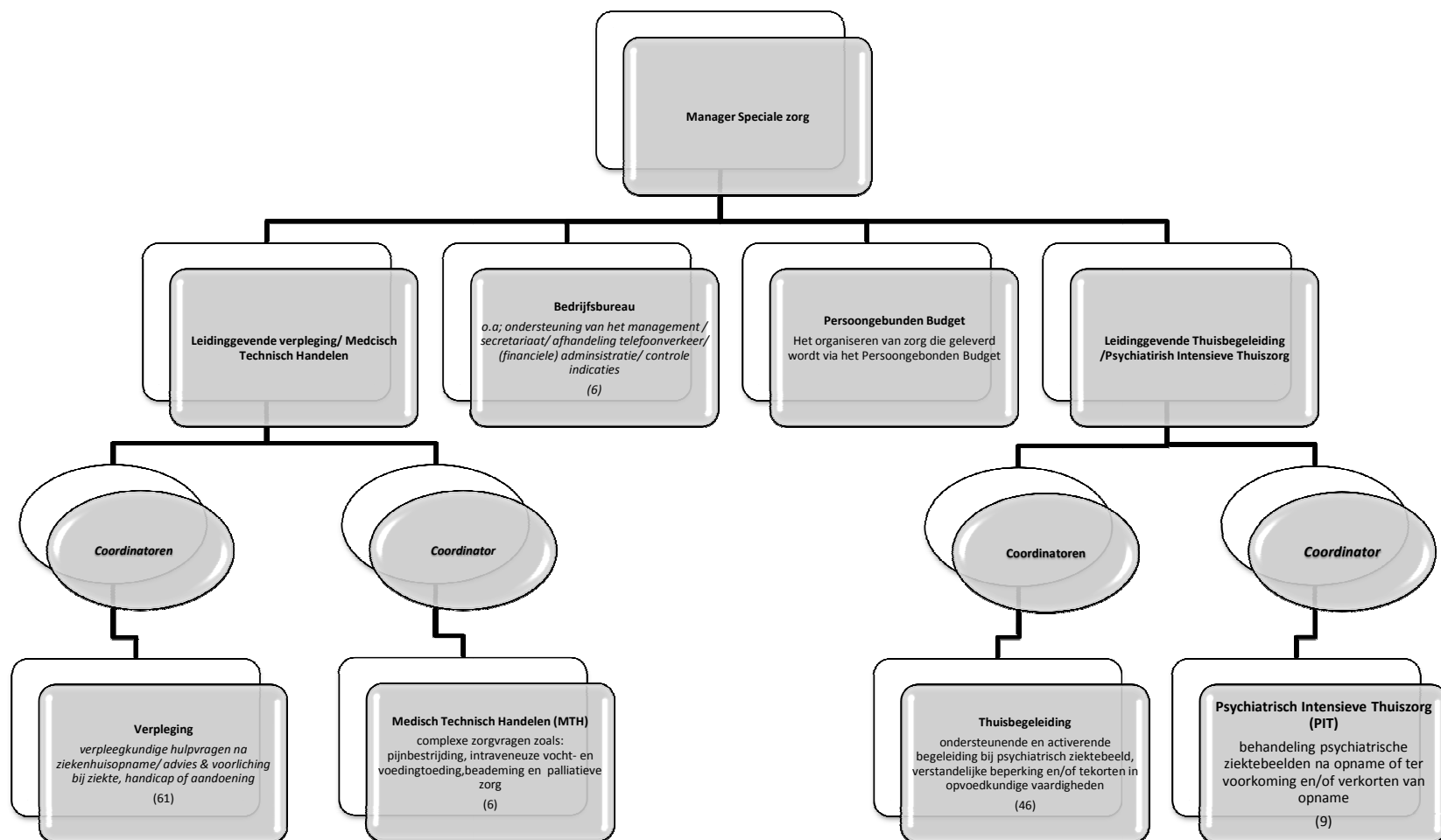
De verschillende afdelingen binnen Speciale Zorg hebben sinds kort (december 2008) met elkaar gemeen dat er wordt gewerkt met teamcoördinatoren. De rol van de teamcoördinator verschilt per afdeling. Hieronder zal kort per afdeling worden aangegeven welke ervaringen er op dit moment zijn met de rol van de coördinator en welke taken hierbij vastliggen. Het management is op het moment nog zoekende in hoe men de rol van coördinator meer vorm kan geven, vandaar dat in het organogram is gekozen om de coördinator in een ovale vorm weer te geven.

Verpleging

Per 1 december 2008 is er door het management besloten om zelfregulerende teams in te voeren. In totaal zijn er 5 geografische team samengesteld die elk hun eigen teamcoördinator hebben. Uit oriënterende gesprekken met het management is gebleken dat de zelfregulerende teams vrij abrupt zijn ingevoerd en dat men nog niet echt een duidelijk beeld heeft hoe deze zelfregulering vorm te geven. De invoering van zelfregulerende teams kan dus worden gezien als een project wat nog in de kinderschoenen staat. Door het management wordt momenteel gewerkt aan twee instrumenten ter ondersteuning van de zelfregulerende teams. Allereerst is per 1 januari 2009 de intercollegiale toetsing ingevoerd. Deze intercollegiale toetsing heeft als doel om de beroepsinhoud op één lijn te trekken. Daarnaast wordt er op dit moment gewerkt aan de invoering van een tweede instrument. Het gaat hierbij om het coachen van de managers als wel van de coördinatoren van de verschillende teams. Hiervoor worden twee externe coaches ingehuurd.

¹ Grootte van de afdeling zoals per 1 april 2009 is vastgesteld

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers



Figuur 1: schematische weergave Speciale Zorg

Thuisbegeleiding

Voor de afdeling Thuisbegeleiding geldt dat de medewerkers al langer bekend zijn met het werken in teams. De manager zegt hierover dat het invoeren van zelfregulerende teams veel tijd kost. Zo geeft zij aan dat het ene team al verder is dan het andere team. Nog geen van de teams is volledig zelfregulerend. Bij de thuisbegeleiding werken op dit moment 46 medewerkers verdeelt over 6 teams. Er zijn 3 coördinatoren die elk twee teams onder zich hebben. Elke week heeft de manager een overleg samen met de coördinatoren waarin allerlei zaken worden besproken. Volgens de manager is de noodzaak voor zelfregulering groot. De medewerkers werken bij mensen thuis waarbij zij ook regelmatig met complexe situaties te maken krijgen, denk bijvoorbeeld aan contacten met politie en jeugdzorg bij kindermishandeling. Volgens de manager herkennen de medewerkers de noodzaak voor zelfregulering op zorginhoudelijk gebied. Dit geldt echter nog niet voor de processen die gericht zijn op bedrijfseconomische activiteiten zoals het invullen van herindicatie formulieren. Hier is volgens de manager een belangrijke rol weggelegd voor de coördinator die de teamleden op weg kan helpen bij de meer bedrijfsmatige- en organisatorische gerichte processen en daarnaast fungeert als een centraal aanspreekpunt.

Medisch Technisch Handelen (MTH) team & Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg (PIT) team

Zowel voor de afdeling MTH en de PIT geldt dat er één team is, waarvan één persoon de rol van coördinator op zich heeft genomen. Beide teams hebben al langer ervaring met zelfregulering. Verder kan worden opgemerkt dat deze twee teams over het algemeen een hogere mate van opleidings- en deskundigheidsniveau hebben dan de verpleging en de thuisbegeleiding.

1.4 Probleem analyse

Zoals al kort werd aangehaald, is het voor het management van belang om de werkprocessen en gedeeltelijk ook de mentaliteit van de zorgverleners aan te passen aan de snelle ontwikkelingen waar de thuiszorg mee te maken heeft. Binnen Livio, en in het bijzonder binnen de teams vallend onder Speciale Zorg, is het belangrijk om meer oog te krijgen voor de financiering van de zorg. Dit vraagt onder andere van de medewerkers dat zij een manier vinden om goed om te gaan met de prestatiedruk (flexibelere werktijden, verhogen productiviteit e.d.). Daarnaast is het ook van belang dat een medewerker soepel kan inspelen op de financieringsstromen die gepaard gaan met de zorgverlening. Het is voor Livio van belang dat naast het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg, deze zorg ook wordt vergoed door externe financiers. Als de financiering van de zorg niet goed in orde is, zal dit uiteindelijk ten koste gaan van de zorgverlening. Het probleem, volgens het management, is dat er door zorgverleners veelal nog gehandeld wordt vanuit de regels waarop de zorg vervolgens wordt aangepast. Daarbij komt dat zorgverleners weinig oog hebben voor de

bedrijfsmatige en organisatorische processen die aan de zorgverlening verbonden zijn. Het management wenst dat er niet eerst wordt gekeken naar de regeltjes, maar eerst naar de zorgbehoefte en situatie van de klant. Vervolgens moet er op basis van de behoefte van de klant gekeken worden naar de best passende financieringsmogelijkheid. Kort samengevat, streeft het management om te gaan werken aan een organisatie die meer 'ondernemend' is.

Afstemming van de wensen van de zorgprofessionals aan de ene kant en het management aan de andere kant is niet specifiek een probleem binnen Livio, Speciale Zorg. Volgens Groll (2000) zijn er veel benaderingen mogelijk om de zorg op een effectieve en efficiënte wijze in te richten. Deze benaderingen zijn gebaseerd op verschillende methoden en tradities en de aanhangers spreken vaak niet elkaars taal. Dit houdt in dat betrokken partijen de voordelen van een andere benadering vaak niet zien en dit wordt versterkt door het geloof in de eigen benadering. Dit verschil in opvatting over hoe de zorgverlening eruit moet zien, leidt vaak tot conflicten. Groll (2000) geeft aan dat managers bijvoorbeeld sterker gericht zijn op methodes als organisatie verandering, proces verbeteringen en consumer quality index (CQI). De zorgprofessional richt zich echter liever op methodes zoals professionele ontwikkeling, licenties/certificering en de continuïteit van bijscholing om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Samengevat is er een discrepantie waarneembaar tussen de manier waarop twee verschillende instituties, de zorgprofessional aan de ene kant en de manager aan de andere kant, denken over de organisatie van de zorg (Groll, 2000). In bijlage 2 is een voorbeeld uit de praktijk te vinden waarin de discrepantie tussen management en zorgprofessionals duidelijk zichtbaar is.

1.5 Doel van het onderzoek

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat het management actief op zoek is naar een manier om invulling te geven aan de integratie van de bedrijfsmatige processen met de zorginhoudelijke processen. Het doel van dit onderzoek is dan ook om een bijdrage te leveren aan een betere afstemming tussen bedrijfsmatige/organisatorische en zorginhoudelijke processen. Samengevat bedoelt het management dat het van belang is om het 'ondernemerschap op de werkvloer' beter tot uiting te laten komen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening. Door middel van een kwalitatief onderzoek wil het management meer inzicht krijgen in hoe deze 'twee werelden' dichter naar elkaar toe gebracht kunnen worden. Een belangrijk aspect voor het management is om meer inzicht te krijgen in de rol van de coördinatoren als spil tussen het management en de werkvloer.

Het doel van dit onderzoek is om het management binnen Livio, Speciale Zorg meer inzicht te geven in de manier waarop het ondernemerschap binnen de teams bevorderd kan worden.

1.6 Onderzoeksontwerp

Het doel van een onderzoeksontwerp is om richting te geven aan het onderzoeksproces. In het geval van sociaal onderzoek worden er door Babbie (2004) drie verschillende doelen van het onderzoek onderscheiden:

- ✓ Verkennend: onderzoek waarbij de nadruk ligt op het beter leren kennen van een onderwerp. Deze benadering kijkt naar nieuwe interesse gebieden of naar onderwerpen die nog relatief nieuw zijn.
- ✓ Beschrijvend: onderzoek waarbij de nadruk ligt op het beschrijven van waargenomen situaties en gebeurtenissen. De onderzoekers observeert en beschrijft vervolgens wat hij/zij heeft waargenomen. Wetenschappelijke beschrijvingen kenmerken zich door de precieze en uitgebreide beschrijving van waarnemingen.
- ✓ Verklarend: onderzoek waarbij de nadruk ligt op het uitleggen van situaties. Beschrijvende studies richten zich vooral op vragen als wat, waar, wanneer en hoe terwijl verklarende studies zich richten op de vraag; hoe? (Babbie, 2004)

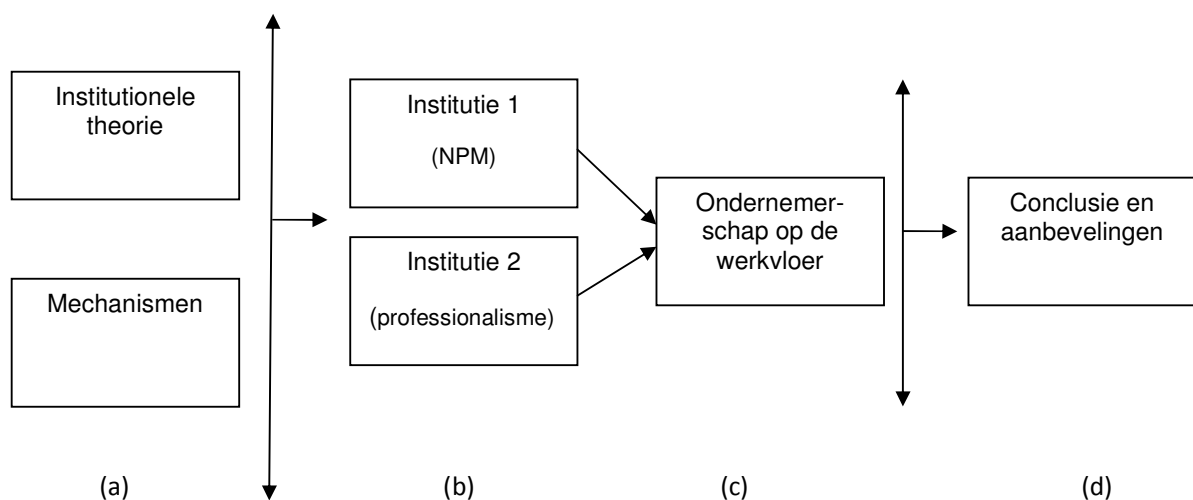
Dit onderzoek heeft een verkennend karakter, omdat het voor het management van Speciale Zorg niet duidelijk is wat er precies speelt bij het implementeren van bedrijfsmatige georiënteerde processen in de zorginhoudelijke processen. Verder is er, zover bekend, nog weinig onderzoek gedaan naar de discrepantie tussen bedrijfsmatige processen en zorginhoudelijke processen in de Nederlandse thuiszorg. Naast een verkennend karakter, heeft dit onderzoek ook kenmerken van een verklarend en beschrijvend onderzoek. Verklarend, omdat er door middel van onderzoek geprobeerd wordt meer inzicht te krijgen in de verschillen en de overeenkomsten tussen de twee werelden van management en zorgprofessionals. Beschrijvend, omdat het onderzoek plaatsvindt in de praktijk, waarbij waarneming en meningen van de verschillende partijen een belangrijk input zijn voor het onderzoek.

Om sociaal wetenschappelijk onderzoek uit te voeren worden drie soorten onderzoeksmethoden door (Creswell, 2009) onderscheiden: kwalitatief, kwantitatief en gemengde methoden. In dit onderzoek zal gebruikt worden gemaakt van kwalitatieve methoden. Kwalitatieve methoden zijn erop gericht om de mening die groepen of individuen aan sociale problemen toekennen beter te verkennen en begrijpen. Kenmerkend voor kwalitatieve methoden is dat er data wordt verzameld in de setting van de deelnemers en dat de data analyse gericht is op inductie; de onderzoeker gaat van specifieke naar generalistische thema's. Daarnaast spelen de deelnemers in het onderzoek een grote rol, omdat de onderzoeker probeert te leren van de problemen of onderwerpen waar de respondenten zich mee bezighouden.

Babbie (2004) beredeneert dat data verzameling, analyse en theorie vaak sterk met elkaar verbonden zijn in kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het eerste deel van dit onderzoek bestaat dan ook uit een uitgebreide literatuurstudie waarin de theoretische concepten worden bestudeerd. Het tweede deel van het onderzoek is gericht op het praktijkonderzoek. Door middel van het praktijkonderzoek zal geprobeerd worden een antwoord op de onderzoeksvraag te formuleren. Op basis van de onderzoeksvraag die aan het eind van het eerste deel gepresenteerd zal worden, zal er gekozen worden voor een passende onderzoeksmethode voor het praktijkonderzoek

1.7 Onderzoeksmodel

De verschillende stappen die worden ondernomen ter beantwoording van de doelstelling, staan in onderstaand figuur in de vorm van een onderzoeksmodel gevisualiseerd. (a) Een analyse van de institutionele theorie en de mechanismen levert inzichten op over de opbouw van instituties en hoe de samenwerking tussen instituties kan worden gecoördineerd. (b) Deze inzichten bieden een basis van waaruit de verschillende instituties van het management en de zorgprofessionals verder kunnen worden bestudeerd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van inzichten uit de theorie over Nieuw Publiek Management (NPM) en het professionalisme. (c) Aan de hand van deze theoretische inzichten wordt uiteengezet waarom het lastig is om vanuit het oogpunt van twee verschillende instituties het ondernemerschap op de werkvloer te bevorderen. In deze fase van het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een empirische analyse om inzicht te verkrijgen in het functioneren van de instituties van het management en de zorgprofessionals binnen Speciale Zorg. (d) Een confrontatie tussen de resultaten vergaard binnen Speciale Zorg en de inzichten uit de verschillende theoretische invalshoeken, leidt tot conclusies en aanbevelingen over de bevordering van het ondernemerschap op de werkvloer binnen Speciale Zorg.



Figuur 2: het onderzoeksmodel

1.8 Leeswijzer

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste gedeelte bestaat uit de literatuurstudie, formulering van de onderzoeksvraag en beschrijft de onderzoeksmethoden. In deel 2 wordt het praktijkonderzoek beschreven en worden de conclusie en aanbevelingen gepresenteerd. De achterliggende gedachte van de tweedeling is dat dit onderzoek aan de ene kant wetenschappelijk is, maar aan de andere kant wordt er onderzoek gedaan naar een vraagstelling die afkomstig is uit de praktijk. Deel 1 van het onderzoek bekijft dus meer de wetenschappelijke kant van het onderzoek, terwijl deel 2 naast de wetenschap ook gericht is op de praktijk.

In deel 1 wordt het theoretisch kader gepresenteerd. Het theoretisch kader volgt het onderzoeksmodel zoals gepresenteerd in figuur 2. In hoofdstuk 3 wordt de institutionele theorie en de mechanismen voor coördinatie besproken. In hoofdstuk 4 en 5 zullen de instituties van respectievelijk het management en de zorgprofessionals doorgrond worden met behulp van de institutionele peilers. De theoretische aspecten die van toepassing zijn op dit onderzoek worden in hoofdstuk 6 bij elkaar gebracht en hieruit volgt dan uiteindelijk de onderzoeksvraag. Hoofdstuk 7 zal bespreken hoe deze onderzoeksvraag getest zal worden in de praktijk van Livio, Speciale Zorg.

Deel 2 start met een korte samenvatting van wat er in deel 1 van het hoofdstuk is onderzocht. Deze samenvatting is relevant voor de mensen in de praktijk die uiteindelijk een kort maar tegelijkertijd duidelijke en overzichtelijke analyse willen hebben van het probleem. Vervolgens zal in hoofdstuk 9 de resultaten van het praktijkonderzoek worden geanalyseerd. Het onderzoek sluit af met een conclusie die terugkijkt naar wat het doel van het onderzoek is en hoe daar door middel van de onderzoeksvraag geprobeerd is een antwoord op te vinden. In dit hoofdstuk zullen tot slot ook aanbevelingen worden gegeven voor de praktijk en voor verder onderzoek op dit terrein.

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

DEEL 1



2. Inleiding op het theoretisch kader

In de volgende hoofdstukken zullen verschillende theorieën besproken worden die verband houden met de probleemstelling. Het doel van het bespreken van de theorieën is om een theoretische gefundeerde onderzoeksvraag te kunnen opstellen die vervolgens getest zal worden in de praktijk van Livio, Speciale Zorg. Het theoretisch kader kan dus worden gezien als een brug tussen de probleemstelling en het empirisch onderzoek. De theorie vormt een basis waarin aspecten van de probleemstelling tijdens het praktijkonderzoek (deel 2) verder uitgediept worden. Vanuit het theoretische raamwerk zullen in een later stadium van het onderzoek de resultaten verklaard worden.

Het theoretische kader start met hoofdstuk 3 waarin kennis wordt gemaakt met de institutionele theorie. Deze theorie geeft meer achtergrond over hoe instituties in elkaar zitten en vormt zo de basis van het theoretisch kader van waaruit de andere theoretische aspecten worden besproken. De institutionele theorie geeft onder andere meer inzicht in de motieven, handelwijzen en de manier waarop de instituties van het management en de zorgprofessionals aankijken tegen de wereld. Scott (1995), een belangrijke grondlegger van de institutionele theorie, maakt onderscheid tussen drie institutionele peilers waaruit instituties volgens hem zijn opgebouwd. Deze peilers zullen uitgebreid worden besproken met als doel om meer inzicht te krijgen in de 'twee werelden' van enerzijds het management en anderzijds de professionals in de thuiszorg. Verder worden in hetzelfde hoofdstuk drie mechanismen besproken die voortkomen uit de institutionele theorie en die een coördinatie tussen de twee instituties mogelijk kunnen bevorderen en/of belemmeren.

Nadat de institutionele theorie en de verschillende mechanismen uitgebreid zijn besproken, zal in de volgende twee hoofdstukken worden ingezoomd op de instituties van het management en de zorgprofessionals. In hoofdstuk 4 zal er dieper worden ingegaan op de institutie van het management. De ontwikkelingen in de publieke sector, waarin steeds meer management technieken uit het bedrijfsleven worden toegepast, zullen uitgebreid worden omschreven. Deze ontwikkelingen worden in de literatuur ook wel gekenmerkt met de definitie 'New Public Management' (in het vervolg afgekort tot NPM). Een verdieping in NPM is interessant aangezien er in de zorg steeds meer accent komt te liggen op effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening. De implicaties voor het management zullen worden toegelicht aan de hand van de drie peilers van Scott (1995).

De institutie van de zorgprofessionals komt aan bod in hoofdstuk 5. De verschillende aspecten van professionaliteit en hun invloed op de institutie zullen worden besproken. Verder zal er dieper

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

worden ingegaan op wat de invloed van het professionalisme in de thuiszorg. Net als in de bespreking van de institutie van het management zullen de peilers van Scott (1995) ook hier weer worden toegepast om meer inzicht te krijgen in de institutie van de zorgprofessionals.

In hoofdstuk 6 zullen de verschillende theoretisch concepten bij elkaar worden gebracht en wordt uiteengezet waarom het lastig is om vanuit de twee verschillende instituties het ondernemerschap op de werkvloer te bevorderen. Op basis van de inzichten verkregen uit de literatuurstudie zal in hoofdstuk 6 de definitieve onderzoeksvraag worden geformuleerd.

3. De institutionele theorie en de mechanismen

De institutionele theorie is een theorie die op veel verschillende manieren wordt toegepast in de wetenschap. Brignall & Modell (2000) hebben in hun onderzoek bijvoorbeeld gekeken naar de relatie tussen resultaatmetingen en de rol van het management in de publieke sector. De institutionele benadering is in dit onderzoek gekozen, omdat deze gericht is op problemen in machtsrelaties en conflicterende interesses van verschillende groepen belanghebbenden. Een ander voorbeeld is het onderzoek van Jones & Dewing (1997) waar gekeken wordt naar de houding van artsen en managers in Engeland als het gaat om veranderingen in de controle systemen. Door de invoering van een nieuw controle systeem wordt als het ware de oude hiërarchie, waarin doktoren een 'elite positie' hebben in het ziekenhuis, vervangen door een nieuwe, commerciëlere hiërarchie waarin de administratieve functies los staan van de medische functies. Ook Scott (1995) is een wetenschapper die gebruik maakt van de institutionele theorie om meer inzicht te krijgen op vragen zoals: ' waarom wordt er verschillend gekeken naar professionele en bureaucratische werknemers?' Uit deze voorbeelden blijkt dat de institutionele theorie vaak wordt toegepast in een context waarin er sprake is van conflicterende opvattingen, meningen en normen&waarden tussen groepen mensen.

Voor de thuiszorg geldt dat er ook verschillende groepen zijn met conflicterende belangen. In dit onderzoek wordt gekeken naar twee instituties, het management en de zorgprofessionals, die er gezamenlijk voor moeten zorgen dat het 'ondernemerschap op de werkvloer beter tot uiting komt'. De managers concentreren zich vanuit hun vakgebied en verantwoordelijkheid van nature meer op de bedrijfsmatige processen, terwijl de zorgprofessionals gericht zijn op de zorginhoudelijke processen. Met de invoering van onder andere marktwerking principes wordt het echter steeds meer van belang dat deze twee instituties dichterbij elkaar worden gebracht, omdat de bedrijfsmatige processen niet langer los van de zorginhoudelijke processen kunnen worden gezien.

In §3.1 zal worden ingegaan op de betekenis van instituties. Vervolgens zal er gekeken worden hoe instituties zijn opgebouwd, hiervoor wordt gebruik gemaakt van de institutionele peilers zoals die door Scott (1995) zijn onderscheiden. Een belangrijke opmerking bij het bespreken van de institutionele theorie is dat er gekeken wordt naar de betekenis van institutionalisering voor organisaties, aangezien er in dit onderzoek wordt gekeken naar het effect van verschillende instituties binnen één organisatie.

De institutionele theorie kan onder andere worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in situaties waarbij twee groepen met elkaar botsen qua opvatting, manier van denken enzovoort. Als er vanuit

de institutionele theorie wordt gekeken naar het spanningsveld tussen de twee instituties, het management en de zorgprofessionals, dan zijn er drie mechanismen die mogelijk invloed hebben op de coördinatie tussen beide instituties. Deze mechanismen zullen worden besproken in §3.3.

3.1 De definitie

Zoals blijkt uit de voorbeelden die in de inleiding zijn aangehaald, wordt de institutionele theorie veelvuldig toegepast in de wetenschap om sociale fenomenen te bestuderen en analyseren. Naast het feit dat de institutionele theorie wordt toegepast in vele disciplines en door verschillende onderzoekers, is er een grote variatie in definities en de toepassingen van de theorie (zie ook Scott, 1995; hoofdstuk 1). Deze verscheidenheid maakt dat het lastig is om een eenduidige definitie te geven over wat de institutionele theorie precies inhoudt.

Wanneer de institutionele theorie in een organisatorisch context wordt toegepast dan wordt er vaak naar de sociologische definitie van instituties gekeken. Door sociologen wordt een institutie gezien als ‘een gevestigde orde bestaand uit gestandaardiseerd en aan regels gebonden gedrag’. De term institutionalisering wijst in deze gedachtegang dan ook op het proces, en de uitkomst van het proces, waarin sociale activiteiten worden geregulariseerd en volgens vaste regels worden vastgelegd als stabiele, sociale kenmerken. Institutionele organisaties kunnen volgens Jaffee (2001) worden vergeleken met sociale instituties zoals familie verbanden en politieke systemen. Dit betekent dat als een organisatie wordt omschreven als een institutie, deze als minder rationeel, formeel en doelgericht wordt gekenmerkt. Met andere woorden; institutionele organisaties zijn niet enkel organisaties waar producten/diensten worden geproduceerd, maar het zijn ‘menselijke’ organisaties gedreven door emoties en tradities. In het vervolg van deze scriptie zal de volgende definitie van instituties worden gebruikt:

“Instituties bestaan uit cognitieve, normatieve en regulatieve structuren en activiteiten die stabiliteit en mening geven aan sociaal gedrag. Instituties worden overgebracht op verschillende manieren, door middel van bijvoorbeeld, culturen, structuren en routines, en deze opereren op verschillende lagen in de jurisdictie” (Scott, 1995, p. 33).

Volgens Oliver (1991) worden instituties niet enkel gevormd door de overheid en beroepsgroepen, maar ook belangengroepen en de publieke opvattingen hebben invloed op de vorming van instituties. Crossan, Lane & White (1999) voegen aan de definitie toe dat institutionalisering als een

proces moet worden gezien waarin het individuele leren van individuen en groepen in een organisatie wordt vastgelegd in vaste regels van systemen, structuren, procedures en strategieën. Covaleski, Dirsmith & Michelman (1993) benadrukken ook dat bij het definiëren van een institutie onderscheid gemaakt moet worden tussen institutionalisering als een *proces* en als *uitkomst*. Als institutionalisering als een uitkomst wordt gezien dan wordt er weinig aandacht besteed aan de interesses en de politieke invloed die ten grondslag liggen aan organisatiestructuren en werkzaamheden. De verwachtingen van hoe men moet handelen in de praktijk bestaan al geruime tijd en worden passief voor 'waar' aangenomen door organisaties. Dit staat in contrast met hoe er wordt aangekeken tegen institutionalisering als een proces. Als institutionalisering als een proces wordt gedefinieerd, is er aandacht voor de relatieve macht van belanghebbende op hoe de organisatie wordt ingericht en welke werkwijzen worden toegepast (Covaleski, Dirsmith & Michelman, 1993).

Als er wordt gekeken naar de instituties van het management en zorgprofessionals binnen de thuiszorg dan is het van belang om institutionalisering als een proces te zien. Dit is voornamelijk van belang omdat de zorg sterk onderhevig is aan veranderingen die weer van invloed zijn op de positie van het management en de zorgprofessional. De beroepsgroepen en overheid, maar ook de inspraak van burgers over hoe de zorg moet worden georganiseerd, heeft invloed op hoe de institutie van het management en de zorgprofessionals eruit zien.

3.2 De drie institutionele peilers volgens Scott (1995)

In de definitie die Scott (1995) geeft van instituties komen drie institutionele peilers naar voren. Een institutie bestaat volgens hem uit cognitieve, normatieve en regulatieve structuren. Een analyse van de drie institutionele peilers kan inzicht geven in de manier waarop verschillende onderzoekers/wetenschappers over instituties denken. Zoals uit onderstaande beschrijving van de drie peilers zal blijken, worden instituties overgedragen door culturen, structuren en routines die op verschillende niveaus erkenning krijgen. Volgens Scott (1995) verschilt het per wetenschapper welke peiler(s) meer of minder gewicht krijgen.

3.2.1 Regulatieve peiler

De regulatieve peiler richt zich op de formele en veelal expliciete druk van buitenaf op het gedrag van instituties. Dit houdt onder andere in dat als instituties zich niet houden aan regels, of sociaal onwenselijk gedrag vertonen, dit kan uitmonden in sancties en straffen. Vaak zijn het overheidsorganisaties die deze druk uitoefenen op de institutie.

Regulatieve processen beïnvloeden het gedrag van instituties dus door middel van het opstellen van regels, waarvan de naleving wordt gecontroleerd. Om ervoor te zorgen dat de regels worden nageleefd worden verschillende methoden toegepast. De belangrijkste is het straffen van ongewenst gedrag en het belonen van goed gedrag. Hoewel de naleving van de regels meestal via formele wegen, overheidsorganisaties, in de gaten worden gehouden, hoeft dit niet altijd het geval te zijn. Een voorbeeld hiervan is dat instituties rekening houden met hun maatschappelijke betrokkenheid. Instituties zijn niet verplicht om zich in te zetten voor het goede doel, maar als ze dat wel doen dan heeft dit vaak een positieve uitwerking op de institutie. Voor organisaties betekent deze maatschappelijke betrokkenheid dat ze worden beloond voor hun inzet, omdat de naam van de organisatie in een goed daglicht komt te staan.

In verscheidene opzichten wordt volgens Scott (1995) deze peiler als meest herkenbaar/gebruikelijk gezien. De denkwijze achter regulatieve structuren, komt volgens Scott (1995) onder ander overeen met het perspectief van de sociaal realisten. Sociaal realisten zijn van mening dat actoren gewoonte getrouw rationeel handelen. Op basis van een kosten-baten analyse maken individuen keuzes, waarbij ze de regels zullen naleven als dit in hun voordeel is. Kort gezegd, een stabiel systeem van regels in combinatie met straf en beloningsmaatregelen vormen een belangrijke deel van een institutie.

3.2.2 Normatieve peiler

Op normatief niveau worden instituties beïnvloed door sociale verwachtingen en verplichtingen van de omgeving. Deze verwachtingen en verplichtingen geven deels richting aan de manier waarop een institutie zijn activiteiten organiseert en uitvoert. Een goed voorbeeld hiervan is dat vandaag de dag van organisaties wordt verwacht dat ze hun producten op een milieu vriendelijke manier produceren.

De normatieve peiler is volgens Scott (1995) gericht op regels die zowel een voorschrijvend, evaluatief en verplichtend aspect kunnen hebben. Zowel normen als waarden zijn te herkennen in deze regels. Waarden geven aan wat de gewenste situatie is terwijl normen aangeven hoe deze gewenste situatie behaald kan worden. Dit houdt dus in dat normatieve systemen de doelen definiëren en tegelijkertijd aangeven hoe deze bereikt kunnen worden. Scott (1995) geeft aan dat sommige normen en waarden voor iedereen in de samenleving van toepassing zijn, terwijl andere waarden en normen alleen voor een beperkte doelgroep bedoeld zijn. Deze specifieke normen en waarden gericht op een kleinere doelgroep worden aangeduid door middel van de term 'rol'. Een voorbeeld in dit geval is de rol van artsen. Bij hun beëdiging tot arts leggen zij een eed af waarin ze aangeven zich te zullen houden aan de normen en waarden die horen bij hun beroepsgroep. Deze

rollen leggen niet enkel beperkingen op aan het menselijk gedrag maar kunnen ook voor bepaalde bevoegdheden zorgen. Rollen zorgen dus zowel voor bepaalde rechten en plichten.

De normatieve peiler wordt volgens Scott (1995) al eeuwenlang erkend door sociale wetenschappers. De normen en waarden zijn bijvoorbeeld van oudsher goed terug te vinden in religieuze systemen. Bij het normatieve perspectief wordt er in tegenstelling met het regulatieve perspectief niet enkel rekening gehouden met rationeel gedrag. Normen en waarden liggen ten grondslag aan de keuzes die actoren maken. Een andere tegenstelling met de regulatieve peiler is dat individuen zich niet enkel conformeren aan de regels vanwege eigenbelang, maar meer om dat het van ze verwacht wordt.

3.2.3 Cognitieve peiler

Bij de cognitieve peiler ligt de nadruk op het kenmerk dat instituties worden gevormd door gemeenschappelijk begrippen en vanzelfsprekende assumpties en veronderstellingen.

Volgens Scott (1995) draait het er bij de cognitieve benadering om dat instituties gevormd worden door regels die ons vertellen hoe 'de werkelijkheid' eruit ziet. Wetenschappers die met een cognitieve bril kijken naar instituties houden rekening met de cognitieve dimensie van individuen. Volgens deze wetenschappers vormen stimuli uit de externe omgeving en de reacties van individuen hierop een verzameling van interne symbolische representatie van de wereld. In de neo-institutionele theorie worden symbolische systemen en gedeelde meningen niet alleen gezien als voornamelijk intern en subjectief. De symbolische systemen en culturele regels worden steeds meer gezien als objectief en van buitenaf opgelegd aan individuen (Scott, 1995). Een institutie komt dus tot stand door het uitkristalliseren van meningen die nu voor 'waar' of 'feiten' worden aangezien. Door Scott (1995) wordt ook aangehaald dat individuen de sociale werkelijkheid steeds opnieuw reconstrueren en onderhandelen. Bij dit reconstrueren en onderhandelen, spelen symbolische structuren een belangrijke rol, deze zorgen voor oriëntatie en geven richting aan het proces van zingeving. Als naar instituties wordt gekeken, is het dus van belang dat er aandacht wordt besteed aan deze geloofsystemen.

Scott (1995) geeft aan dat cognitieve systemen vaak zo vanzelfsprekend zijn binnen sociale structuren, ze zijn fundamenteel in het leven, dat ze vaak niet worden herkend. De cognitieve benadering benadrukt verder dat het sociale leven wordt vorm gegeven door de creatie van categorieën van sociale actoren, zowel individueel als collectief. Het idee hierachter is dat we actoren uit de categorieën makkelijker herkennen en dat we weten welke acties we moeten ondernemen. Een voorbeeld van categorieën zijn bijvoorbeeld scholen, ziekenhuizen enzovoort. In vergelijking met de normatieve peiler draait het bij de cognitieve peiler niet om de normatieve verwachtingen die ons

gedrag bepalen, maar meer om het belang van onze sociale identiteit. Hiermee wordt bedoeld dat we weten wie we zijn en hoe we moeten handelen in bepaalde situaties.

3.2.4 Samengevat

Volgens Scott (1995) wordt er door onderzoekers niet alleen onderscheid gemaakt op de verschillende kenmerken van de peilers, maar ook op de manier hoe de instituties worden overgedragen. Scott (1995) geeft aan dat instituties worden overgedragen door middel van cultuur, sociale structuren en routines, deze worden aangeduid als 'dragers'. In tabel 1 zijn de kenmerken van de drie peilers van de institutionele theorie kort samengevat. Daarnaast is er ook aandacht voor de dragers van elke institutionele peiler.

	Regulatief	Normatief	Cognitief
Belangrijkste kenmerken			
Basis van volgzzaamheid	Hulpmiddel (moeten/ kunnen)	Sociale plicht (willen)	Cognitief (weten)
Mechanismen	Dwang	Normatief	imitatie
Indicatoren	Instrumenteel	Passendheid	orthodox
Basis van legitimiteit	Regels, wetten, sancties	Moralistisch	Cultuur gebonden
Drager			
Culturen	Regels/wetten	Waarden/verwachtingen	Categorieën/symbolische voorstellingen
Sociale structuren	Overheidssysteem/ machtssystemen	Regime/ autoritaire systemen	Structurele gelijkheid/ identiteiten
Routines	Protocollen/ standaard procedures	Conformiteit/ prestatie plicht	Prestatie programma's/ voorschriften

Tabel 1: onderscheid tussen de drie institutionele peilers (bron: Scott, 1995, p. 35 & 52)

3.3 De mechanismen

De institutionele theorie, zoals beschreven in de vorige paragraaf, kan onder andere worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in situaties waarbij twee groepen met elkaar botsen qua opvatting, manier van denken enzovoort. Uit de literatuur blijkt dat verschillende instituties niet vanzelf kunnen worden gecoördineerd. Als er vanuit de institutionele theorie wordt gekeken naar het spanningsveld tussen de twee instituties, het management en de zorgprofessionals, dan zijn er twee mechanismen die mogelijk invloed hebben op de coördinatie tussen verschillende instituties. Het gaat hier om de mechanismen decoupling (§3.3.1) en isomorfisme (§3.3.2), die min of meer onbewust invloed hebben op de coördinatie tussen instituties. Daarnaast is er nog een ander mechanisme welke voor dit onderzoek van belang kan zijn. Het gaat hier om het mechanisme closure (§ 3.3.3), afkomstig uit de literatuur over het professionalisme.

3.3.1 Decoupling

Een belangrijk mechanisme dat voorkomt bij conflicterende institutionele druk is 'decoupling' (vrij vertaald: ontkoppeling). In de publieke sector en specifiek in de zorg, wordt decoupling vaak toegepast in situaties waar sprake is van conflicterende institutionele opvattingen (Brignall & Modell, 2000; Covalski, Dirsmith, & Michelman, 1993; Modell, 2001).

'Decoupling' kan worden beschreven als een proces waarbij verschillende elementen van verschillende delen van een organisatie uiteen worden gehaald als een reactie op institutionele druk om te voldoen aan inconsistente normen en waarden (Brignall & Modell, 2000) .

Het proces van decoupling vereist dat er minder nadruk komt te liggen op formele inspecties, evaluaties en controle van activiteiten op de werkvloer. Brignall & Modell (2000) geven aan dat decoupling als een strategie kan worden gebruikt door organisaties om bepaalde doelen te behalen als er bijvoorbeeld verschillende opvattingen zijn tussen de afdeling financiën en de professionele groepen binnen een organisatie. Integratie van deze afdelingen zal uitlopen in een gebrekkige samenwerking met conflicten, waardoor de balans tussen de groepen wordt verstoord. Voor een organisatie is het in dit geval verstandiger om zich 'hypocriet/schijnheilig' op te stellen door de groepen los van elkaar te koppelen, zodat er toch kan worden voldaan aan bepaalde doelstellingen. Volgens Covalski, Dirsmith, & Michelman (1993) gebruiken organisaties decoupling methoden vooral om goed te kunnen blijven functioneren. Om te kunnen voldoen aan de institutionele regels houden organisaties vaak vast aan bepaalde rituelen. Naast de formele structuur willen organisaties

echter ook goed om kunnen gaan met de onzekerheden die activiteiten met zich meebrengen. Covalleski, Dirsmith, & Michelman (1993) constateren dan ook dat steeds meer organisaties 'loosely coupled' worden, de formele structuur komt steeds meer los te staan van de werkprocessen

3.3.2 Isomorfisme

Een belangrijk aspect van de institutionele theorie, dat herkend wordt door verschillende wetenschappers, is dat organisaties binnen een bepaalde sector na verloop van tijd steeds meer op elkaar gaan lijken (Scott, 1995; Dimaggio & Powell, 1983; Abernethy & Chua, 1996). Naarmate een sector zich meer ontwikkelt, beginnen de organisaties op elkaar te lijken wat betreft structuur en cultuur. Dimaggio en Powell (1983) beargumenteren dat dit proces van gelijkheid tussen organisaties het best kan worden beschreven met de term 'isomorfisme' (vrij vertaald: gelijkheid)

Isomorfisme duidt op een proces waarin één eenheid binnen een populatie geforceerd wordt om zich aan te passen aan andere eenheden die worden blootgesteld aan dezelfde omgevingskenmerken (Dimaggio & Powell, 1983).

Er zijn verschillende redenen waarom isomorfe processen plaats vinden. Gelijkheid maakt het bijvoorbeeld makkelijker voor organisaties om met elkaar te onderhandelen. Het werven van personeel, herkenning, legitimiteit en het in aanmerking komen voor vergoedingen en contracten zijn enkele andere positieve redenen voor een organisatie om isomorf te handelen (Dimaggio & Powell, 1983). Dimaggio en Powell (1983) bespreken vooral het proces waarbij organisaties veranderen en daarbij meer op elkaar gaan lijken. In dit onderzoek wordt er echter gekeken hoe er binnen instituties wordt omgegaan met veranderingen en hoe individuen binnen een institutie zich aanpassen. De theorie over het isomorfisme zal hierna dus ook worden toegepast op instituties. Belangrijke motivatie waarom dit mechanisme ook terug te zien is binnen instituties is dat eerder al geconcludeerd werd dat instituties niet gezien moeten worden als een uitkomst maar als een proces.

Drie soorten isomorfe veranderingsprocessen worden onderscheiden door Dimaggio & Powell (1983): imitatie-, normatieve- en dwingende isomorfisme. *Dwingend* isomorfisme duidt op een proces waarbij instituties reageren op formele en informele druk van andere instituties waarvan ze afhankelijk zijn. Daarnaast spelen de culturele verwachtingen van de samenleving een belangrijke rol bij het veranderingsproces. Een voorbeeld is dat thuiszorgorganisaties zich onder andere moeten aanpassen aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en zorgkantoor als het gaat om het vergoeden van geleverde zorg. *Imitatie* isomorfisme vindt meestal plaats als er sprake is van een hoge mate van

onzekerheid in de omgeving of binnen een institutie. Om met deze onzekerheid om te gaan, imiteren instituties andere instituties die succesvol zijn en een hoge mate van legitimiteit hebben verworven op het vakgebied. Een voorbeeld van een imitatie veranderingsproces is dat zorginstellingen andere zorginstellingen imiteren die hoog gekwalificeerd (bijvoorbeeld met een HKZ-certificering) zijn als het gaat om kwaliteit van de zorg (één van de belangrijkste punten voor het behalen van een competitief voordeel op dit moment). *Normatief* isomorfisme vindt vooral plaats in situaties waar professionele groepen binnen een organisatie zich moeten conformeren aan de normen en waarden die vastgesteld zijn door professionele beroepsgroepen. Deze normen en waarden zijn veelal afkomstig vanuit het onderwijs en worden geïnitieerd door universiteiten en professionele associaties. Deze regels en normen zijn vaak alles overheersend en dat wordt versterkt als ze door de staat worden opgelegd. Normatief isomorfisme impliceert dus dat beroepsgroepen, werkzaam in verschillende organisaties, veelal gelijksoortig gedrag vertonen en dezelfde taal spreken (Dimaggio & Powell, 1983; Abernethy & Chua, 1996). Een voorbeeld van deze vorm van isomorfisme is dat individuen zich aanpassen zodra het bijvoorbeeld wetenschappelijke bewezen is dat bepaalde behandelingen effectiever/efficiënter zijn bij genezing van een specifieke ziekte.

3.3.3 Closure

Ackroyd (1996) concludeert in zijn onderzoek dat er een verschil is tussen enerzijds het managerialisme en anderzijds het fenomeen professionalisme: Professions zijn anders omdat ze gedeeltelijk of helemaal zelfsturend zijn. Professionals geven op verschillende vormen richting aan deze zelfsturing. Een belangrijk aspect dat door Ackroyd (1996) benoemd wordt, is dat professionals door middel van 'closure' een bepaalde mate van controle houden over de uitvoering van hun beroep. Dit doet de beroepsgroep bijvoorbeeld door middel van toezicht te houden op de markt door een loting in te voeren bij een studie als geneeskunde. Een andere manier van toezicht houden is bijvoorbeeld het registreren van de beoefenaars van een beroep in een register: zonder licentie wordt iemand op deze manier niet erkend door de beroepsgroep. Daarnaast wordt er ook binnen de organisaties waar professionals werkzaam zijn controle uitgeoefend door middel van informele organisatie. Een voorbeeld hiervan is dat andere professionals een stem hebben in de selectie van nieuw personeel. Deze laatste manier van toezicht houden wordt door Ackroyd (1996) gekenmerkt als 'double closure'.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is uitgebreid besproken wat instituties zijn en hoe deze zijn opgebouwd. Vervolgens zijn de mechanismen decoupling en isomorfisme beschreven die vanuit de institutionele theorie te begrijpen zijn. Als laatste is ook aandacht besteed aan het mechanisme closure, welke niet

onbesproken kan blijven vanwege het feit dat professionele beroepsgroepen zich onderscheiden door de mate van controle over het eigen werk. De institutionele theorie zal in de komende hoofdstukken worden gebruikt om achtereenvolgens de institutie van het management en van de zorgprofessionals te beschrijven. De theorie van de mechanismen zal in het tweede gedeelte van het onderzoek worden gebruikt als wordt ingezoomd op hoe de verschillende mechanismen bewust (als strategie) of onbewust kunnen bijdragen aan de afstemming/coördinatie tussen beide instituties.

4. De institutie van het management

In dit hoofdstuk zal worden gestart met de analyse van de eerste institutie: het management. De theorie over Nieuw Publiek Management zal daarbij als uitgangspunt worden gebruikt. Allereerst zal worden besproken wat er wordt verstaan onder Nieuw Publiek Management (§4.1). Hierbij zal worden ingegaan op de verschillende kenmerken (§4.2). Het hoofdstuk sluit af met een conclusie waarin de institutie aan de hand van de peilers van Scott (1995) wordt samengevat (§4.3).

4.1 Nieuw Publiek Management

In artikelen over verandering in de zorg komt de term ‘New Public Management’ (in het vervolg afgekort als NPM) regelmatig voor (zie o.a. Brignall & Modell, 2000; Dunleavy & Hood, 1994; Jones & Dewing, 1997; Modell, 2001). De term NPM duidt volgens Dunleavy & Hood (1994) op de reorganisatie van de publieke sector waarbij onder andere de management methoden steeds meer gebaseerd zijn op methoden die in de private sector worden toegepast. Belangrijk uitgangspunt bij de invoering van management technieken uit de private sector in publieke organisaties, is dat er steeds meer aandacht wordt besteed aan effectiviteit en efficiëntie. In publieke organisaties is er door de complexe aard van de werkzaamheden en verscheidenheid van het dienstenaanbod vaak sprake van een hoge mate van onzekerheid over doel-middel relaties. Het vergroten van de efficiëntie en effectiviteit in zorgorganisaties is volgens Brignall & Modell (2000) dan ook een moeilijke taak, want dit mag niet ten koste gaan van de capaciteit en de kwaliteit van de geleverde diensten. De NPM methoden worden in de publieke sector geïmplementeerd met als doel om de productiviteit te verhogen. Met “nieuw” wordt dus bedoeld; nieuw voor de publieke sector, want de management methoden zijn overgenomen van de private sector. De invoering van NPM in de publieke sector wordt gekenmerkt door het invoeren van allerlei prestatiemeting instrumenten en informatiesystemen (zie bijvoorbeeld Modell, 2001; Brignall & Modell, 2000). Deze instrumenten moeten het management ondersteunen in het maken van weloverwogen beslissingen.

4.2 De kenmerken van NPM

De invoering van de “nieuwe” managementtechnieken is volgens het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO) (2006) onder andere terug te zien in veranderingen op het gebied van interne- en externe aansturing, organisatiewijze en de manier van verantwoording afleggen in de publieke sector.

In het artikel ‘from old public administration to new public management’ van Dunleavy & Hood, (1994) wordt dieper ingegaan op de verschuivingen in de publieke sector. De verschuivingen binnen

de publieke sector worden gekenmerkt door twee belangrijke aspecten. Allereerst is er een verschuiving waarneembaar waarbij publieke organisaties niet langer als verschillend ten opzichte van private organisaties worden gezien. In de publieke sector wordt er bijvoorbeeld op dezelfde manier omgegaan met personeelszaken en beloningssystemen als in de private sector. Daarnaast is er een verschuiving waarneembaar die betrekking heeft over de mate van juridische bevoegdheden over bijvoorbeeld het personeel, contracten en financiering. De mate van deze bevoegdheden is beperkt tot uniforme en algemene regels waar organisaties in de publieke sector zich aan moet houden (Dunleavy & Hood, 1994). Een voorbeeld van deze verschuiving is dat de thuiszorg te maken krijgt met strengere regels. De inspectie voor de gezondheidszorg controleert op de kwaliteit van de zorg en daarnaast houden de zorgkantoren meer toezicht op de besteding van het geld. Dit vereist onder andere dat de financiële administratie en de informatiesystemen van thuiszorg organisaties zoveel mogelijk uniform zijn.

Door Dunleavy en Hood (1994) wordt vervolgens ingegaan op de kenmerken van NPM. In tabel 2 zijn de verschillen tussen NPM en 'old public administration' kort weergegeven.

Old Public Administration	New Public Management
Weinig transparantie	Veel Transparantie
Hoge mate van vertrouwen tussen principal-agent	Weinig vertrouwen in principal-agent relaties
Weinig/geen onderscheid tussen inkopers en aanbieders van diensten	Verenigen van losse functies in quasi marktcontracten of marktvormen
Competitie speelt nauwelijks een rol	Bevorderen van competitie tussen publieke organisaties
Gebruikers van diensten hebben nauwelijks inspraak in de provisie van publieke diensten	De rol van de aanbieders wordt tot het minimum beperkt, meer macht bij de gebruikers van diensten

Tabel 2: verschillen tussen 'old public administration' en NPM (Dunleavy & Hood, 1994)

Als er wordt gekeken naar de kenmerken van NPM dan kan worden geconstateerd dat de verschuiving van 'old public administration' naar 'new public management' ook terug is te zien in de thuiszorg.

Het kenmerk van transparantie is goed terug te zien in de (nieuwe) manier van financiering van de gezondheidszorg. Hiermee wordt vooral geduid op het feit dat kosten steeds meer worden verbonden aan de geleverde output van publieke organisaties en niet langer aan de input. Een

voorbeeld hiervan is de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) per 1 januari 2005. Deze nieuwe betalingswijze moet volgens het ministerie van VWS leiden tot meer efficiëntie en kwaliteit in de gezondheidszorg. Uitgangspunt van de DBC's is dat patiënten en de verzekeraars bij aanvang van de behandeling zicht hebben in de kosten van het behandelingstraject (MinVWS, 2004). De introductie van DBC's heeft impact op de thuiszorg; zorg die voorheen nog vergoed werd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt steeds vaker onder een DBC van een behandelend arts. Dit heeft consequenties voor de financiering van de zorgverlening: de behandeling wordt in een dergelijk geval gefinancierd met geld uit de zorgverzekeringwet (ZVW) in plaats vanuit de AWBZ. Daarnaast wordt er ter bevordering van de transparantie ook steeds meer gebruik gemaakt van prestatie indicatoren in de publieke sector. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het inzetten van prestatie-indicatoren om te voldoen aan de aspecten die nodig zijn om aan het keurmerk Harmonisatie Kwaliteitsbeleid in de Zorg (HKZ) te voldoen.

De relatie tussen professionele zorgverleners en patiënten kan worden beschreven in termen van het 'principal-agent probleem'. De agent is de zorgverlener die in naam van de principal, de patiënt, een beslissing maakt over de inkoop van zorg. Volgens Morris, Devlin, & Parkin (2007) is een zorgverlener een goede agent als deze een beslissing maakt die gebaseerd is op de voorkeuren van de patiënt, ongeacht zijn eigen voorkeuren voor behandeling. De zorg is echter onthuld met veel onzekerheden; of een bepaalde behandeling effectief is kan in veel situaties niet met volledige zekerheid worden vastgesteld. Doordat zowel de zorgverlener als de patiënt geen absolute zekerheid heeft, leidt dit tot on vervulde behoeftes. Door Morris, Devlin, & Parkin (2007) wordt echter gesteld dat de onzekerheid grotendeels ligt bij de patiënt; deze heeft niet of weinig kennis om een wel overwogen beslissing te nemen. Vroeger hadden patiënten, in tegenstelling tot tegenwoordig, meer vertrouwen in de mening van de zorgverleners. Vandaag de dag zijn patiënten steeds mondiger en stellen (kritische) vragen over hun behandeling. In het licht van NPM is het voor thuiszorg organisaties van belang om het vertrouwen van de klant te winnen om zo de principal-agent relatie op een positieve manier te beïnvloeden.

De scheiding tussen inkopers en aanbieders van diensten duidt op een ontwikkeling dat de publieke sector steeds meer begint te lijken op een commerciële markt. Bij 'public administration' was het nog zo dat planning en de daadwerkelijke dienstverlening nog sterk met elkaar verweven waren. Tegenwoordig zijn deze activiteiten meer gescheiden. Ook in de thuiszorg is dit terug te zien. De verzekeraars hebben gedeeltelijk de taak van de overheid overgenomen als het gaat om de bekostiging van de zorg. De ziektekostenverzekeraars kunnen nu afspraken maken met de aanbieders van de zorg over de kosten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast schreef de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een adviesrapport aan de overheid dat zij wil dat de consument meer inkoopmacht en keuzevrijheid krijgt in de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit kan volgens de NZa gerealiseerd worden door een groot gedeelte van de AWBZ over te hevelen naar de ZVW (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

De besproken kenmerken zoals transparantie en quasi marktvormen duiden op een ander kenmerk van NPM: competitie. In de gezondheidszorg wordt er door de overheid op allerlei manieren geprobeerd om de competitie tussen zorginstellingen te stimuleren. De invoering van de DBC's en de zorgverzekeringswet moeten ervoor zorgen dat zorginstellingen meer met elkaar gaan onderhandelen over bijvoorbeeld prijs en kwaliteit van de aangeboden diensten. Een andere ontwikkeling die voor de thuiszorg relevant is, is de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Vanaf de invoering van de WMO in 2007, valt de ondersteunende begeleiding (voornamelijk geleverd door de thuisbegeleiding van Livio, Speciale Zorg), onder deze regelgeving. Het uitgangspunt bij de WMO is dat de gemeente zelf voor een groot deel bepaalt hoe zij de sociale voorzieningen die onder de WMO vallen regelt. Voor zorgorganisaties als Livio houdt dit in dat zij de concurrentie met andere zorgorganisaties in de omgeving moeten aangaan om ervoor te zorgen dat de gemeente hun contracteert voor de uitvoering van onder andere de ondersteunende begeleiding.

Bij toegenomen competitie hoort ook dat de klant meer invloed krijgt op de diensten die worden aangeboden. Dit komt overeen met de mening van Beck & Mays (1996) die van mening zijn dat wanneer klanten een keus kunnen maken tussen verschillende ziektekostenverzekeringen, dit leidt tot toegenomen competitie tussen de vraag en aanbodzijde van de gezondheidszorg markt. Bij NPM houdt dit in dat het voor klanten bijvoorbeeld makkelijker zou moeten zijn om te wisselen van aanbieder van publieke diensten. In de gezondheidszorg is dit bijvoorbeeld terug te zien in het feit dat mensen elk jaar opnieuw een keuze kunnen maken bij welke zorgverzekeraar ze zich voor het komende jaar verzekeren voor de ziektekosten. Daarnaast geldt dat als mensen thuiszorg nodig hebben zij in principe kunnen kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Echter is deze keuzevrijheid nog wel beperkt, voor ondersteunende begeleiding wordt de keuze bijvoorbeeld beperkt doordat niet alle zorgorganisaties gecontracteerd worden door de gemeente om deze vorm van zorg te leveren.

4.3 Conclusie

Zoals in dit hoofdstuk uiteen werd gezet heeft de verschuiving van 'old public management' naar 'new public management' gevolgen voor de manier waarop het management van zorgorganisaties

aankijkt tegen de zorgverlening. In deze afsluitende paragraaf wordt aan de hand van de drie peilers van Scott (1995) naar de institutie van het management (beïnvloed door NPM) gekeken.

Als er wordt gekeken naar de regulatieve peiler dan zijn er vanuit de NPM invalshoek vele voorbeelden te geven die wijzen op het belang van deze peiler voor het management van zorgorganisaties. Als eerste valt op dat managers van zorgorganisaties met de invoering van NPM steeds meer rekening moeten houden met allerlei kenmerken van marktwerking (transparantie, rol van de klant etc.) ten opzicht van het 'old public management'. Kort gezegd komt het erop neer dat zorgorganisaties moeten concurreren met andere organisaties om het hoofd boven water te houden. Aangezien het om gereguleerde marktwerking gaat, is een zorgorganisatie daarnaast ook nog voor een groot deel afhankelijk van andere organisaties, zoals het zorgkantoor en het Centraal orgaan Indicatie stelling Zorg (CIZ). Zonder deze organisaties kan er geen zorg worden verleend waar een vergoeding tegenover staat. Deze afhankelijkheid van andere organisaties wijst erop dat sprake is van grote formele en expliciete druk van buitenaf op de institutie van het management; als er niet tegemoet wordt gekomen aan de eisen van deze organisaties gaat dit ten koste van de zorgverlening. Een goed voorbeeld hiervan is dat wanneer er niet op correcte wijze, dus volgens de regels, een aanvraag wordt gedaan voor een indicatie, deze niet wordt geleverd door het CIZ en de zorgverlening dus niet wordt vergoed vanuit de AWBZ. Een andere belangrijk kenmerk van de regulatieve peiler is dat er wordt gekeken of instituties zich wel aan de regels houden. Naleving van zorgorganisaties is aanwezig doordat de overheid wil dat zorginstellingen transparanter gaan werken en daarnaast zijn er bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit en de inspectie van volksgezondheid die toezicht houden op organisaties. De toegenomen mondigheid van burgers maakt daarnaast dat zorgorganisatie ook te maken hebben met mindere formele vorm van controle. Deze vorm van controle wijst erop dat zorgorganisaties tegenwoordig ook meer bewust moeten zijn van de maatschappelijke betrokkenheid en de effecten hiervan op een gezonde bedrijfsvoering.

Kenmerken die van toepassing zijn op de normatieve peiler binnen de institutie van het management zijn terug te vinden in de sociale verwachtingen en verplichtingen van de omgeving. Voor zorgorganisaties houdt dit in dat mensen verwachten dat de zorg goed geleverd wordt. Dit betekent voor zorgorganisaties dat ze de juiste kennis en kunde in huis moeten hebben en de zorg tijdig en tegen redelijke prijs kunnen leveren. Kort gezegd wordt er van zorgorganisaties verwacht dat ze dienstbaar zijn aan de vraag van de klant. Een ander voorbeeld dat van toepassing is, heeft te maken met het feit dat organisaties moeten voldoen aan allerlei normen en eisen wanneer ze in aanmerking willen komen voor bijvoorbeeld een HKZ keurmerk of goed uit de verf willen komen bij een vergelijking met andere zorgaanbieders. Bij het laatste voorbeeld kan bijvoorbeeld gedacht worden

aan het initiatief van kiesbeter.nl, waarbij objectieve informatie wordt geboden over zorg en gezondheid met als doel om mensen een betere keuze te laten maken bij het selecteren van een zorgaanbieder.

Voorbeelden uit de cognitieve peiler zijn moeilijker te herkennen, omdat deze veelal als vanzelfsprekend worden beschouwd. Als er wordt gekeken naar de institutie van het management kan gedacht worden aan hoe de maatschappij aankijkt tegen managers. De term manager wordt gebruikt in algemene zin als het gaat om het organiseren, leiden van een organisatie/groep en het beheer van mensen, geld en allerlei andere materiële hulpbronnen. Belangrijk hierbij is dat managers vooral richtlijnen toepassen en deze dus niet zozeer zelf formuleren (dit is meer een taak voor mensen met een bestuurskundige achtergrond). Samengevat zijn managers personen die richting geven aan processen, mensen en middelen om bepaalde doelstelling te bereiken. In de gezondheidszorg wordt van managers verwacht dat ze de zorg voor mensen een warm hart toedragen en dat ze daarnaast ook oog hebben voor het financieel beheer. Vanzelfsprekend is dat managers de ontwikkelingen en verandering in de zorg op de voet volgen. Volgens Vilans (2007), een onafhankelijk landelijk kenniscentrum op het gebied van zorg, moeten managers in de zorg in staat zijn om het evenwicht te zoeken tussen de kwaliteit van zorg, kwaliteit van het personeel en de kwaliteit van de organisatie.

In dit hoofdstuk is de institutie van het management uitgebreid besproken aan de hand van de theorie over NPM. Deze bespreking is vervolgens aan de hand van de drie institutionele peiler meer concreet vertaald naar de praktijk. In het volgende hoofdstuk zal de institutie van het professionalisme op een zelfde manier worden gepresenteerd.

5. De institutie van de zorgprofessionals

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat de invoering van NPM onder ander tot gevolg heeft dat zorgorganisaties steeds meer rekening moeten houden met efficiëntie en effectiviteit van de zorgverlening. In dit hoofdstuk staat de institutie van de zorgprofessionals centraal. Voor de bestudering van deze institutie zal de theorie van het professionalisme worden gebruikt (§5.1). Belangrijk hierbij is dat de theorie van het professionalisme wordt vertaald naar de situatie in de thuiszorg. Dit zal gebeuren met behulp van de inzichten van Glouberman en Mintzberg (2001), welke een artikel hebben geschreven over de vier werelden van de gezondheidszorg (§5.2). Aan het eind van dit hoofdstuk zal weer een conclusie worden gepresenteerd aan de hand van de drie peilers van Scott (1995) (§5.3).

5.1 Definitie van professionalisme

Tegenwoordig wordt de term professionalisme in de volksmond in een zeer ruime context gebruikt (zie ook: Noordegraaf, 2007). Vaak wordt een persoon die beroepsmatig zijn werk goed heeft gedaan, positief gewaardeerd met de woorden “dat heb je professioneel gedaan”. Volgens Freidson, (1994) wordt de term professionalisme in het dagelijks leven gebruikt voor bepaalde beroepsgroep die superieur worden bevonden ten opzichte van andere beroepsgroepen. Hierbij wordt vergeten dat het begrip professional oorspronkelijk afkomstig is van die beroepen waar een zekere mate van ‘body of knowledge’ en ‘complex skills’ voor nodig is. Belangrijk aspect hierbij is dat ervaring niet voldoende is, het gaat hier om beroepen waarvoor gestudeerd is. Alleen een diploma geeft toegang tot de uitoefening van het beroep (zie ook: closure mechanisme §3.3.3). Beroepsgroepen die tot de oorspronkelijke groep van professionals gerekend kunnen worden zijn bijvoorbeeld rechters, accountants en artsen. Hoewel de term vandaag de dag universeel wordt gebruikt hebben de geformaliseerde kennis en complexe vaardigheden nog steeds de overhand ten opzicht van de ervaringskennis.

Volgens Noordegraaf (2007) is het doel van professionalisering tweeledig. Beroepsgroepen willen hun eigen professionals zoveel mogelijk verantwoordelijkheid geven en tegelijkertijd ook bemoeienis van buitenaf voorkomen. Daarnaast beschrijft Noordegraaf (2007) wat volgens hem ‘echt’ of ‘puur’ professionalisme is. De twee peilers van ‘puur’ professionalisme zijn volgens hem de inhoud en de controle. De inhoud wordt bepaald door rationele overwegingen om problemen effectief op te lossen of om de dienstverlening te verbeteren. Daarnaast spelen ethische motieven ook een belangrijke rol in het bepalen van de waarden en de ethische aspecten van dienstverlening. Belangrijke kenmerken die horen bij de inhoud van professioneel werk zijn daarom kennis,

vaardigheden, ervaring, ethiek en verschijning. De tweede peiler van het professionalisme, controle, wordt gevormd door politieke en sociale overwegingen. Macht en privileges zijn voorbeelden van politieke invloed terwijl status en een sterke ideologie terug te vinden zijn in sociale structuren. De belangrijkste kenmerken die horen bij controle van professionaliteit zijn dan ook; vereniging, jurisdictie, kennis overdracht, codificering en supervisie (Noordegraaf, 2007).

Volgens Freidson (1994) kan het professionalisme ook als een coördinatiemechanisme worden gezien. Andere coördinatiemechanisme zijn in dit opzicht het consumentisme (vrije markt) en de bureaucratie (regulering van de vraag). Indien professionalisme als coördinatiemechanisme wordt gezien dan valt als eerste op dat het algemene doel is om te reageren op de behoeften van de vrager, in het geval van de thuiszorg zijn dat de klanten met een hulpvraag. Het coördinatiemechanisme is verder voor een groot deel afhankelijk van het vertrouwen van de klant in de deskundigheid van de professional, de arts of verpleegkundige. Met andere woorden de klant is hulpbehoevend. Een andere belangrijk kenmerk van professionalisme is dat er sprake is van rivaliteit onder de aanbieders, wat voornamelijk tot uiting komt door middel van competitie op basis van kwaliteit van de dienstverlening. Een belangrijke voorwaarde voor het goed laten functioneren van het professionalisme is dat er gedeelde normatieve uitgangspunten zijn en er intervisie plaatsvindt. Samenvattend kan het professionalisme gezien worden als een model om de uitvoering van werk te organiseren. Belangrijk hierbij is dat professionalisme verschilt met andere manier van organiseren van werk zoals het vrije markt principe en bureaucratie. Bij professionalisme staat centraal dat de leden van een beroepsgroep hun eigen werk kunnen controleren. Met controleren wordt door Freidson (1994) bedoeld dat de leden grip hebben op de inhoud van hun werkzaamheden. Absolute controle houdt in dat de leden zelf de doelen, voorwaarden en criteria waaraan legitimiteit wordt verworven vaststellen.

5.2 Professionalisme in de thuiszorg

Hierboven werd ingegaan op de betekenis van het professionalisme. In deze paragraaf zal uiteen worden gezet waarom de kenmerken van het professionalisme niet direct toepasbaar zijn in de thuiszorg. De beschreven kenmerken van professionalisme zijn bijvoorbeeld rechtstreeks van toepassing op artsen in het ziekenhuis. In de thuiszorg is het echter van belang dat er meer genuanceerd naar de betekenis van het professionalisme wordt gekeken. Er zal worden beargumenteerd dat verpleegkundige en verzorgende in de thuiszorg meer als semi-professionals kunnen worden gezien dan als pure professionals. Dit verschil tussen semi- en puur professionalisme zal worden duidelijk gemaakt door enkele bevindingen van Glouberman & Mintzberg (2001) uit hun artikel 'Managing the care of Health and the Cure of Disease' te bespreken.

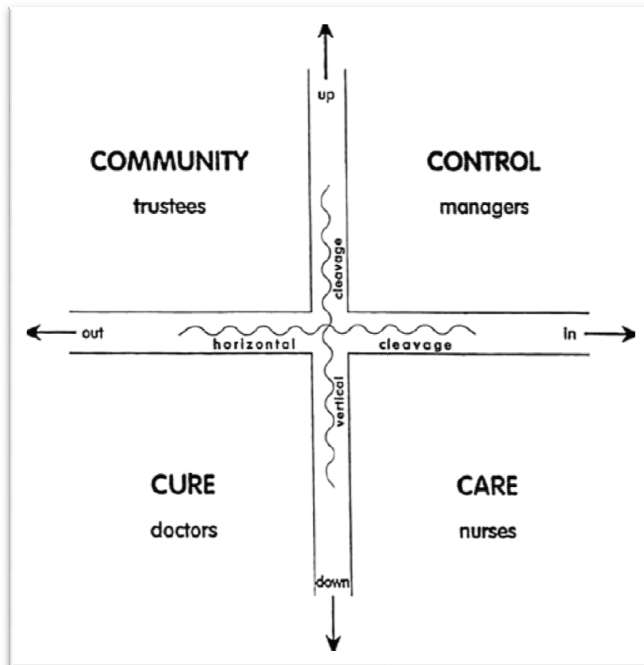
In het artikel 'Managing the Care of Health and the Cure of Disease- Part I' proberen Glouberman en Mintzberg (2001) een antwoord te vinden op de vraag waarom het moeilijk is om een gezondheidszorgsysteem goed te kunnen aansturen. Om inzicht te krijgen in het complexe systeem van gezondheidszorg, wordt er beweerd dat er vier verschillende werelden te herkennen zijn met allen hun eigen activiteiten, organisatievorm en mentaliteit. De vier werelden die door Mintzberg en Glouberman (2001) worden onderscheiden zijn; 'Cure', 'care', 'control' en 'community' (zie figuur 3). Hoewel de typering van de vier werelden door Glouberman en Mintzberg (2001) wordt geïllustreerd aan de hand van een ziekenhuissetting kan deze ook worden toegepast in de thuiszorg. Hier zal de typering worden gebruikt om allereerst het verschil tussen artsen en verpleegkundigen/verzorgende beter te duiden. Vervolgens zal er ook worden ingezoomd op de afstemming tussen de wereld van 'control' en 'care'.

De vier werelden worden onderscheiden op basis van de manier van management. Beargumenteerd wordt dat sommige mensen vooral 'down' managen. Dit houdt in dat ze zich concentreren op de klinische aspecten, de focus ligt op het behandelen van de patiënt. Andere managen meer 'up', hier wordt voornamelijk aandacht geschonken aan de organisaties die controle uitoefenen, zoals de staat, verzekering maatschappijen enzovoort. Daarnaast is er ook een onderscheid te maken door middel van te kijken waar de management activiteiten plaatsvinden, binnen of buiten de eigen organisatie. Als managen gericht is op processen 'in' de organisatie dan is dit gericht op afdelingen en mensen die onder duidelijk toezicht van de organisatie vallen. Echter als het management 'out' gericht is, dan zijn de activiteiten gericht op afdelingen/personen die theoretisch gezien onafhankelijk zijn van de formele autoriteit van de organisatie.

Glouberman & Mintzberg (2001) passen dit onderscheid van management toe in ziekenhuizen. In de wereld van 'cure' is het management naar 'down' en 'out' gericht, artsen hebben namelijk verantwoordelijkheid over het genezen van patiënten, maar ze vallen niet direct in de hiërarchie van het ziekenhuis. De wereld van de 'cure' wordt ondersteund door de wereld van de 'care', voornamelijk bestaand uit verpleegkundigen. Verpleegkundigen richten zich op het leveren van patiëntenzorg en vallen daarnaast rechtstreeks onder de hiërarchie van het ziekenhuis management. Verpleging en andere 'care' activiteiten kunnen dus worden getypeerd als management dat gericht is op 'down' en 'in' de organisatie. De wereld van 'control', voornamelijk vertegenwoordigd door managers, is ver verwijderd van de daadwerkelijke dienstverlening, want hun activiteiten zijn voornamelijk gericht op het onderhouden van contact met de omgeving. Vandaar dat deze wereld getypeerd wordt als een wereld waarbij de management activiteiten 'up' en 'in' gericht zijn. De laatste wereld, de 'community' (samenleving), wordt in het geval van een ziekenhuis voornamelijk

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

vertegenwoordigd door de cliëntenraad. Deze wereld is niet direct betrokken bij de uitvoering van de patiëntenzorg en valt ook niet onder directe controle van de organisatie, vandaar dat deze wereld wordt getypeerd als 'up' en 'out'.



Figuur 3: de vier werelden in de gezondheidszorg (bron: Glouberman & Mintzberg, 2001)

Terugkomend op de definitie van professionals kan er aan de hand van de typering van Glouberman en Mintzberg worden geconcludeerd dat er een verschil is tussen artsen en verpleegkundigen. Artsen zijn volgens de theorie 'professionals pur sang'. Artsen werken wel binnen een zorgorganisatie maar als het erop aankomt, vormen zij geen deel van de hiërarchie. Met andere woorden, het maakt niet uit waar artsen hun beroep beoefenen, zij zijn in grote mate onafhankelijk van de organisatie. Als we vervolgens kijken naar de wereld van 'care' waar verpleegkundigen en verzorgende te vinden zijn, dan kan er als eerste worden geconcludeerd dat deze wel sterk zijn gericht op en verbonden zijn aan de organisatie waarin zij werken. De overeenkomst tussen verpleegkundigen en doktoren is dat ze allebei gericht zijn op zorgverlening, op de inhoud van de dienstverlening. Als er dus wordt gekeken naar de twee peilers van het professionals, inhoud en controle, dan kan worden geconcludeerd dat verpleegkundigen/verzorgenden net als doktoren sterk gericht zijn op de inhoud van de zorgverlening, maar dat ze tegelijkertijd minder controle hebben dan doktoren. In het vervolg zal daarom worden gekeken naar verpleegkundigen/verzorgenden als semi-professionals.

De beschrijving van de vier werelden draagt ook bij aan een beter inzicht in de verschillen tussen de institutie van het management (wereld van 'control') en de institutie van de semi-professionals (wereld van de 'care'). Als wordt gekeken naar figuur 3 verschillen management en verpleegkundigen op één dimensie van elkaar. Managers zijn naar boven toe gericht wat betreft hun management activiteiten en verpleegkundigen zijn sterk gericht op het zorgverleningproces. Dit impliceert dus dat beide werelden figuurlijk een andere kant op kijken, waardoor het lastig kan zijn om tot overeenstemming te komen bij verandering.

5.3 Conclusie

Aan de hand van de theorie over het professionalisme worden in deze afsluitende paragraaf de drie peilers van de institutie van de zorgprofessionals besproken.

De regulatieve peiler van de zorgprofessionals wordt gekenmerkt door regels die door de zorgorganisatie (in sommige gevallen afkomstig van de overheid) worden opgelegd aan de zorgprofessionals. Uit de toepassing van het professionalisme in de thuiszorg kwam naar voren dat verpleegkundigen/verzorgende verbonden zijn aan de zorgorganisatie; net als het management zijn zij gericht op de organisatie ('in'). Dit impliceert dat verpleegkundigen zich moeten houden aan de regels die door de organisatie worden gesteld. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over de werktijden, maar ook regels over de omgang met de klant kunnen hier deel van uitmaken. Deze regels vallen onder de regulatieve peiler, want als deze niet goed worden nageleefd, heeft de organisatie de mogelijkheid om verpleegkundigen op het matje te roepen en in het uiterste geval te ontslaan. Een voorbeeld van een regel die door de overheid is opgelegd en waar verpleegkundigen zich aan dienen te houden zijn de plichten die voortkomen uit de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG); deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening waar beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zich aan moeten houden. Als de verpleegkundigen zich niet houden aan deze regels dan kunnen zij daarvoor worden gestraft, bijvoorbeeld door het opleggen van een boete of uitschrijving uit het register. De wet BIG illustreert ook dat de verpleegkundigen wél verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. In tegenstelling tot het management zijn zij namelijk sterk gericht op het zorgverleningproces en dragen hiervoor de verantwoordelijkheid. Daarnaast is er voor semi-professionals nog een specifieke manier van controle uitoefening. Dit is door middel van intervisie met collega's, hierbij worden vakinhoudelijk kennis en ervaringen gedeeld met andere professionals en zodoende kan men toezicht en invloed uitoefenen op elkaars functioneren.

De normatieve peiler duidt op de verwachtingen en verplichtingen van de semi-professionals. Normen en waarden die hier bij horen zijn onder andere dat verpleegkundigen en verzorgenden dienstbaar moeten zijn aan de gezondheid en/of het welzijn van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld

dat de werkzaamheden gericht zijn op het genezen verbeteren en/of constant houden van de ziekten/gezondheidsklachten van de patiënt. Daarnaast willen professionals graag kwaliteit leveren en daar hoort bij dat zij streven naar maatwerk (Tonkens, 2008).

Volgens Jespersen, Nielsen, & Sognstrup (2002) is de kern van het verpleegkundig beroep te omschrijven als een wereld waarin normen over wetenschappelijke en intuïtief handelen centraal staan en waar de patiënt wordt gezien als een persoon. Dit laatste impliceert dat verpleegkundigen niet enkel kijken naar de aandoening, maar ook het totaalplaatje in beeld houden. Aanpassen aan de behoeften van de patiënt is de belangrijkste prioriteit voor verpleegkundigen. Met betrekking tot de cognitieve peiler kan verder gezegd worden dat verpleegkundigen in de thuiszorg voornamelijk verzorgende (aankleden, wassen) en verpleegtechnische handelingen (infuus aanleggen) uitvoeren. Daarnaast zijn verpleegkundigen onder andere verantwoordelijk voor de uitvoering van het behandelplan en afstemming met andere professionals zoals huisartsen. Er zijn meerdere verschillen tussen verzorgenden en verpleegkundigen te noemen. Eén van de belangrijkste verschillen is dat verzorgenden geen verpleegtechnische handelingen uitvoeren. Daarnaast worden verpleegkundigen vooral ingezet in complexe somatische zorgsituaties. Verzorgende richten zich voornamelijk op het psychische en sociaal welbevinden van de klant.

6. Terugblik op het theoretisch kader en formulering onderzoeksvraag

De verschillende aspecten die belicht zijn in het theoretisch kader dienen ter verheldering en verdieping van de doelstelling van het onderzoek. In dit afsluitende hoofdstuk van het theoretisch kader zullen de theorieën met elkaar in verband worden gebracht en aan de hand daarvan zal de onderzoeksvraag worden gepresenteerd.

Allereerst wordt teruggekeken naar de doelstelling van dit onderzoek zoals gepresenteerd in hoofdstuk 1:

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in hoe 'het ondernemerschap op de werkvloer' bevorderd kan worden.

Om deze doelstelling meer achtergrond te geven is de institutionele literatuur verkend en is er gekeken naar mechanismen die mogelijk een bijdrage kunnen leveren in het dichter bij elkaar brengen van de instituties. Er is gekeken naar de verschillende instituties, omdat vanuit de probleemverkenning naar voren is gekomen dat de zorgprofessional zich liever concentreert op de *inhoud* van de zorg en het management juist meer gericht is op de *organisatie* van de zorg (Berg, Schellekens, & Bergen, 2005). De confrontatie tussen de institutie van het management en de zorgprofessionals heeft meerdere gevolgen. Uit voorgaande blijkt onder andere dat door de invoering van NPM, organisaties min of meer gedwongen worden om zich te richten op kwaliteitsbewaking en de efficiëntie en effectiviteit van de zorgverlening. Bij de beoordeling van de kwaliteit van dienstverlening moet volgens Bannink, Lettinga, & Heyse, (2006) steeds meer rekening worden gehouden met productieprestaties, tijdigheid en rechtmatigheid van de dienstverlening. De hervormingen richting NPM wijzen op een toenemende rol van het management in het beleid en de uitvoering van de dienstverlening. De focus van het management om 'value for money' te creëren ondermijnt daarbij op lange termijn de verantwoordelijkheid van de professionals die werkzaam zijn in publieke organisaties. Het management probeert de professional door middel van prestatie-indicatoren zo te sturen dat de dienstverlening onder andere efficiënter, meer doelgericht en transparanter wordt. Dit staat haaks op het idee dat er kan worden vertrouwd op het oordeel van de professional (Bannink, Lettinga, & Heyse, 2006). Om het ondernemerschap op de werkvloer te bewerkstelligen is het vanuit dit oogpunt van belang dat de institutie van het management en de

zorgprofessionals ondanks hun verschillen toch overeenstemming vinden voor het bereiken van de doelstelling. Samenvattend komt het erop neer dat de verschillen in normen & waarden, regels en denkwijze tussen beide instituties in acht moeten worden genomen wil men het ondernemerschap op de werkvloer kunnen bevorderen.

In het theoretisch kader is daarnaast ook aandacht besteed aan mechanismen die mogelijk een positieve/negatieve invloed hebben op de coördinatie tussen instituties. De mechanismen decoupling en isomorfisme zijn afkomstig uit de institutionele theorie. Daarnaast is er ook aandacht besteed aan het mechanisme 'closure', welke afkomstig is uit de theorie over het professionalisme en om die reden dus ook van belang kan zijn voor het onderzoek.

Vanuit de verschillende theoretische invalshoeken is het interessant om te kijken hoe de instituties van het management (vooral opgezaagd met NPM-achtige verantwoordelijkheden) en de zorgprofessionals (gekenmerkt door hun mate van controle en deskundigheid) samen ervoor kunnen zorgen dat het ondernemerschap op de werkvloer beter tot uiting kan komen. Uitgangspunt hierbij is dat inzicht in de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure mogelijk een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de relatie tussen beide instituties.

Samengevat leiden bovenstaande inzichten tot de volgende onderzoeksvraag:

'Wat is de relatie tussen de instituties van het management en de professionals binnen Livio, Speciale zorg, en hoe kan inzicht in het functioneren van de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure een bijdrage leveren in het bevorderen van 'het ondernemerschap op de werkvloer'.

7. Onderzoeksmethoden voor het praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode voor het praktijkonderzoek worden besproken. Allereerst wordt ingegaan op de onderzoeksstrategie (§7.1) voor het verzamelen van de onderzoeksgegevens. Daarna zal ingegaan worden op de onderzoeksmethoden (§7.2) en de onderzoeksdata (§7.3). Vervolgens zal aangegeven worden hoe de selectie van de respondenten tot stand zal komen (§7.4).

7.1 De onderzoeksstrategie

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag wordt een kwalitatieve onderzoekstrategie toegepast. Flick (2009) onderscheidt verschillende onderzoeksbenadering die kunnen worden toegepast in kwalitatief onderzoek zoals; symbolische interactie, etno-methodologie enzovoort. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van het constructivisme als onderzoeksstrategie. Het constructivisme is een methode die ervan uitgaat dat individuen hun eigen (sociale) werkelijkheid construeren door middel van interacties met medemensen. Uitgangspunt is dat de waarnemingen en oordelen van mensen subjectief zijn. De constructieve methode kan in dit onderzoek goed worden toegepast om meer inzicht te krijgen in hoe de institutie van het management en zorgprofessionals aankijken tegen 'het ondernemerschap op de werkvloer'. Zoals in deel één van dit onderzoek werd besproken, worden instituties gevormd door regels, normen en waarden en de manier waarop wij tegen de wereld aankijken. Een institutie is dus letterlijk een construct van de wereld, waarbij een constructivistisch onderzoeksbenadering meer inzicht kan geven over hoe instituties omgaan met NPM.

7.2 De onderzoeksmethode

Verschillende methoden kunnen worden gebruikt om kwalitatieve onderzoeksdata te verzamelen (Creswell, 2009; Flick, 2009; Verschuren & Doorewaard, 2007). Bij onderzoeken met een verkennend karakter past over het algemeen het beste de casestudie methode. Bij een casestudie wordt een sociaal fenomeen of gebeurtenis in de diepte geanalyseerd (Babbie, 2004). Door middel van een casestudie proberen onderzoekers meer inzicht te krijgen in een bepaalde case. Dit onderzoek beoogt meer inzicht te verkrijgen in hoe de instituties van het management en de zorgprofessionals binnen de thuiszorg met elkaar samenhangen. Yin (1994) benadrukt in zijn definitie van casestudies het belang van de context. Casestudies zijn geschikt voor empirisch onderzoek waarbij een fenomeen wordt onderzocht in de natuurlijke context. Een casestudy is volgens Yin (1994) dan ook speciaal geschikt voor situaties waarin de grenzen en de context niet precies vast te stellen zijn. Het belang van de context is ook terug te zien in dit onderzoek, de relatie tussen management en

zorgprofessionals in de thuiszorg wordt onderzocht binnen de afdeling, waarbij de onderzoeksinformatie zoveel mogelijk op locatie wordt verzameld. Andere kenmerken van een casestudy zijn dat een beperkt aantal onderzoekseenheden wordt onderzocht (selectieve steekproef), het onderzoek is meer gericht op de diepgang dan op de breedte en de bevindingen worden gegeneraliseerd (Verschuren & Doorewaard, 2007).

7.3 De onderzoeksdata

Volgens (Creswell, 2009) zijn er meerdere manieren waarop kwalitatieve onderzoeksdata verkregen kunnen worden. De verschillende types datacollectie die onderscheiden worden zijn: observaties, interviews, documentanalyse en audio- en beeldmateriaal. Voor het praktijkonderzoek, wordt gebruik gemaakt van document analyse (jaarplan, notities, interne communicatie, website, presentaties). Het grootste gedeelte van het praktijkonderzoek bestaat echter uit de afname van interviews.

Voor dit onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van semi-gestandaardiseerde interviews. Door middel van het semi-gestandaardiseerde interview kan er volgens Flick (2009) een reconstructie worden gemaakt van de subjectieve theorieën. De interviews worden face-to-face afgenomen. Voordeel van deze manier van afnemen van de interviews is dat er mogelijkheid bestaat om dieper in te gaan op verschillende aspecten. Daarnaast kunnen de vragen ook toegelicht worden als blijkt dat er onduidelijkheden zijn. Een ander belangrijk voordeel is dat de interviewer de mogelijkheid heeft om gezichtsuitdrukkingen en lichaamstaal te observeren, wat belangrijk is voor de 'juiste' interpretatie van de antwoorden. De afname van semi-gestandaardiseerde interviews maakt het voor dit onderzoek mogelijk om gericht vragen te stellen naar aspecten uit het theoretisch kader. De theoretische aspecten worden getoetst aan de praktijk van Speciale Zorg. In bijlage 4 en 5 kunnen respectievelijk de onderzoeksprotocollen voor de zorgprofessionals en de managers worden gevonden. Bij elke vraag wordt een korte toelichting gegeven op welke manier de vraagstelling verband houdt met een bepaald theoretisch concept.

7.4 Selectie van de respondenten

De onderzoeksvraag wordt getest binnen Livio, Speciale Zorg. Er is gekozen voor deze onderzoeksetting, omdat er binnen Livio, Speciale Zorg verschillende teams werkzaam zijn die verschillen in werkzaamheden en deskundigheid. Voor het onderzoek is het interessant om te kijken naar deze verschillen tussen de teams en wat dit voor invloed heeft op de relatie met het management. Daarnaast zijn er binnen Livio, Speciale Zorg ook meerdere managers werkzaam die de institutie van het management kunnen vertegenwoordigen.

7.4.1 Selectie respondenten professionele institutie

Bij casestudies wordt het aangeraden om een selectieve steekproef te trekken uit de onderzoekspopulatie. Een aselechte steekproef is met kleine aantallen niet betrouwbaar; de kans op een atypische steekproef is te groot. De selectieve steekproef is in dit geval dus een betere manier om de externe geldigheid van de onderzoeksresultaten te waarborgen (Verschuren & Doorewaard, 2007). Bij een selectieve steekproef kiest de onderzoeker de respondenten uit, waarvan hij denkt dat deze respondenten het best kunnen helpen bij het begrijpen van het probleem en het vinden van een antwoord op de onderzoeksvraag.

Op basis van gesprekken met het management is de keuze gemaakt om de teamcoördinatoren van de verschillende teams te interviewen. De doorslaggevende reden is dat de coördinatoren op dit moment het meest geconfronteerd worden met de invoering van bedrijfsmatige processen. Daarnaast zijn de coördinatoren over het algemeen al meerdere jaren werkzaam binnen Livio, waardoor ze ook de ontwikkelingen van de laatste jaren hebben meegemaakt. Een andere belangrijke reden is dat de coördinatoren op dit moment de verbinding tussen de twee instituties vormen.

Uit het organogram van Speciale Zorg (blz. 4) valt op te maken dat de teams verschillen in grootte. Dit verschil komt ook tot uiting in het aantal coördinatoren. Door alle coördinatoren te interviewen wordt er rekening gehouden met het verschil in grootte. Dit houdt in dat in totaal alle 9 coördinatoren (4 verpleegkundigen, 3 thuisbegeleiders, 1 PIT en 1 MTH) zullen worden gevraagd om medewerking te verlenen aan het interview. Zoals in de inleiding al werd beschreven (zie contextbeschrijving §1.3) zijn er verschillen tussen de teams die onder Speciale Zorg vallen. Dit verschil zit voornamelijk in het opleidingsniveau; (zieken)verzorgende, PIT / MTH verpleegkundige. Doordat er diepte interviews worden afgenomen met respondenten van alle teams kan er ook gekeken worden naar de invloed van NPM op zorgprofessionals met een hogere culturele weerbaarheid en complexere taken in vergelijking met zorgprofessionals met kleinere en van oorsprong meer gestructureerde taken.

De deelnemers worden per brief benaderd of ze mee willen werken aan het onderzoek (zie bijlage 3). Om de respons zo hoog mogelijk te houden wordt in deze brief ook gemeld dat er toestemming is van het management om de interviews af te nemen. Daarnaast mogen de interviews onder werktijd van de coördinatoren worden afgenomen, waardoor de kans op respons wordt vergroot.

7.4.2 Selectie respondenten management institutie

Voor de bedrijfsmatige institutie zullen de twee leidinggevende van de teams worden geïnterviewd. Deze twee managers worden dagelijks geconfronteerd met bedrijfsmatige processen die ze in

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

moeten voeren op de werkvloer. Daarnaast staan deze managers het dichtste bij de werkvloer; ze hebben dagelijks contact met de zorgprofessionals.

Het onderzoek wordt deels gedaan in opdracht van het management dat ook geïnterviewd zal worden. Hierdoor worden er op voorhand geen problemen verwacht wat betreft deelname aan het onderzoek door het management.

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

DEEL 2



8. Een korte terugblik op deel 1

In dit hoofdstuk wordt een korte samenvatting gegeven van het eerste deel van het onderzoek. Het doel van deze samenvatting is dat mensen uit de praktijk een kort, maar krachtig overzicht hebben van de theoretische fundering van het onderzoek.

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen hoe het ondernemerschap op de werkvloer binnen Livio, Speciale Zorg bevorderd kan worden. Dit is belangrijk omdat de omgeving van thuiszorgorganisaties steeds meer eisen gaat stellen aan de zorgverlening. Een voorbeeld hiervan is de invoering van de marktwerking in de zorg, waarbij zorgorganisaties min of meer worden gedwongen om kwalitatief goede zorg te leveren op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier. De rol van de verpleegkundige en verzorgende (zorgprofessionals) is volgens Livio daarbij van groot belang. De zorgprofessionals dienen kwalitatief goede zorg te verlenen, binnen strakke financiële kaders.

Dit onderzoek richt zich op het management en de zorgprofessionals binnen Livio, Speciale Zorg en hoe zij omgaan met bovengenoemde veranderingen. Van oudsher richten zorgprofessionals zich puur op de hulpvraag van de klant, terwijl het management voornamelijk invloed heeft op hoe de organisatie van de zorg in elkaar steekt. Om het ondernemerschap op de werkvloer te bevorderen moeten beide groepen goed met elkaar kunnen samenwerken. Het samenwerken van deze twee partijen is niet vanzelfsprekend, aangezien ze beide op een andere manier kijken naar de zorgverlening.

In deel 1 van dit onderzoek is vanuit de theorie gekeken hoe enerzijds de institutie van het management en anderzijds de institutie van de zorgprofessionals eruit ziet. Een institutie wordt ook wel omschreven als een menselijke organisatie. Hiermee wordt bedoeld dat een institutie niet enkel rationeel, formeel en doelgericht is, maar dat emoties en tradities ook een belangrijke rol spelen. Een institutie bestaat volgens Scott uit drie verschillende peilers:

- 1) Regulatief; regels die moeten worden nageleefd
- 2) Normatief; verplichtingen voortkomend uit normen en waarden
- 3) Cognitief; symbolische systemen en culture regels die ons vertellen wat 'de werkelijkheid is'

Na de bespreking van de institutionele theorie zijn achtereenvolgens drie mechanismen besproken die de coördinatie tussen instituties mogelijk kunnen bevorderen. Twee van deze mechanismen zijn

rechtstreeks afkomstig uit de institutionele theorie en het laatste mechanisme is afkomstig uit theorieën over het professionalisme. Deze mechanismen zijn:

- 1) Decoupling; een mechanisme waarbij instituties dermate van elkaar verschillen in opvatting en mening dat het verstandiger is om de instituties uit elkaar te halen, zodat dat het mogelijk is om te voldoen aan de inconsistente waarden en normen afkomstig van de institutionele druk.
- 2) Isomorfisme: een mechanisme waarbij instituties na verloop van tijd steeds meer op elkaar gaan lijken, omdat ze bloot worden gesteld aan dezelfde omgevingskenmerken. Afhankelijk van de omgevingsfactoren kan er onderscheid worden gemaakt tussen dwingend-, normatief- en imitatie isomorfisme.
- 3) Closure; een mechanisme waarbij professionals zoveel mogelijk controle proberen te houden over hun eigen werkzaamheden. Dit gebeurt onder ander door middel van registratie en informele organisatie (intervisie) van de beroepsgroep.

Vervolgens is er vanuit theoretisch perspectief gekeken naar hoe de twee instituties omschreven kunnen worden. Voor de institutie van het management is de keuze gemaakt om naar de theorie over 'New Public Management' te kijken. Deze theorie beschrijft dat publieke organisaties steeds meer management technieken van private organisaties overnemen. Kenmerkend voor NPM is dat er meer oog is voor maatregelen die de efficiëntie en effectiviteit bevorderen. Voor de institutie van de zorgprofessionals is gekeken naar theorieën over het professionalisme. Inhoud en controle op de eigen werkzaamheden is voor 'pure' professionals een belangrijke voorwaarde om hun beroep goed uit te kunnen oefenen. Aan de hand van de theorie van Glouberman & Mintzberg (2001) is vervolgens beredeneerd dat zorgprofessionals in de thuiszorg kunnen worden getypeerd als semi-professionals. Semi, omdat de zorgprofessionals wel veel invloed hebben op de inhoud van de zorg, maar daarnaast nog wel sterk verbonden zijn aan de organisatie. Deze verbondenheid aan de organisatie impliceert dat zorgverleners in de thuiszorg (verzorgenden en verpleegkundigen) minder professional zijn dan bijvoorbeeld artsen in het ziekenhuis die veel controle hebben over de eigen werkzaamheden.

De uitgebreide bespreking van de institutionele theorie draagt bij aan een beter inzicht in de werelden van het management en de zorgprofessionals. Vervolgens heeft de bespreking van de verschillende mechanismen meer inzicht gegeven in mogelijke coördinatie tussen beide instituties. Deze inzichten zullen in deel 2 van dit onderzoek aan de hand van een praktijkonderzoek worden getoetst. Het doel hiervan is om meer inzicht te krijgen in hoe het ondernemerschap op de werkvloer bevorderd kan worden. De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt:

‘Wat is de relatie tussen de instituties van het management en de zorgprofessionals binnen Livio, Speciale Zorg, en hoe kan inzicht in het functioneren van de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure een bijdrage leveren in het bevorderen van ‘het ondernemerschap op de werkvloer’.

Om een antwoord te vinden op deze vraag zal er een kwalitatief onderzoek worden uitgevoerd. De coördinatoren van de verschillende teams en directe managers zullen worden geïnterviewd. De coördinatoren vertegenwoordigen de institutie van de zorgprofessionals, omdat er van uit wordt gegaan dat zij meestal als eerste worden geconfronteerd met veranderingen. Een andere belangrijke reden dat de coördinatoren worden benaderd voor deelname aan het onderzoek, is dat zij min of meer de verbinding vormen tussen de institutie van het management en de zorgprofessionals. De managers vormen uiteraard de institutie van het management.

9. Analyse onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het praktijkonderzoek worden gepresenteerd. Er wordt gestart met een beschrijving van de instituties van het management (§9.1) en de zorgprofessionals (§9.2) binnen Livio, Speciale Zorg. Vervolgens zal gekeken worden naar de eventuele aanwezigheid van de mechanismen; decoupling, isomorfisme en closure per afdeling binnen Speciale Zorg (§9.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse over hoe het management, op basis van de al dan niet aanwezige mechanismen, kan sturen/managen op het bevorderen van het ondernemerschap op de werkvloer. De analyse is gebaseerd op de interviews die zijn gehouden met het management en de zorgprofessionals. Citaten uit de interviews zullen worden gebruikt ter verduidelijking van de analyse.

9.1 De institutie van het management

Jespersen, Nielsen, & Sognstrup (2002) stellen dat sinds de jaren negentig de ziekenhuissector onderwerp is geworden van veranderingen die zijn geïnspireerd op NPM. Voorbeelden van deze veranderingen zijn; bekostiging op basis van daadwerkelijke levering van zorg, kwaliteitsontwikkeling en controle, meer nadruk op het management en verbeterde patiëntenrechten. Voor thuiszorgorganisaties en in het specifiek voor Livio, zijn deze ontwikkelingen ook waar te nemen. De kenmerken van NPM zijn voornamelijk terug te zien in de introductie van de marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor Livio houdt dit in dat vooral de financiering van de zorg sterk onderhevig is aan veranderingen. De zorg die voorheen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) viel moet steeds vaker op een andere manier gefinancierd worden. Voorbeelden hiervan zijn dat de geleverde zorg vergoed wordt door het ziekenhuis, de verpleegkundige verricht in een dergelijk geval handelingen die vallen onder de zogenoemde diagnose behandeling combinaties (DBC's). Het is ook mogelijk dat klanten zorg inkopen vanuit een Persoongebondenbudget (PGB). Voor de afdeling thuisbegeleiding geldt dat een deel van de AWBZ gefinancierde zorg (huishoudelijke hulp/ondersteunende begeleiding) per 1 januari 2007 is overgegaan naar de WMO, waarvoor de gemeentelijke overheid de verantwoording draagt. Voor Speciale Zorg betekenen deze verschuivingen in de financiering dat er zorgvuldig moet worden gekeken naar de financieringsvorm die horen bij de zorgverlening, zodat er geen geld wordt misgelopen. De veranderingen in de financiering hebben ook zeker gevolgen voor de werkvloer. De zorgverlener dient op de hoogte te zijn van de verschillende financieringsstromen en hoe hij/zij de geleverde uren moet registreren, zodat deze ook worden vergoed.

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat de managers in de dagelijkse praktijk veel bezig zijn met veranderingen die duiden in de richting van NPM. Zij zijn vooral gericht op hoe ze de gevolgen van de verandering zo goed mogelijk kunnen vertalen naar de werkvloer.

Manager 1: “Ik word meerdere keren per dag geconfronteerd met veranderingen, het gaat dan om aandachtspunten die te maken hebben met grotere verandering waar je als manager wat mee moet doen [...]. De veranderingen zijn vooral gericht op de indicering van de zorg, de AWBZ wordt uitgekleeft[...] consequenties van veranderingen is dat het veel tijd kost voordat iedereen zich de veranderingen heeft eigengemaakt”.

Daarnaast blijkt ook dat het management zich ervan bewust is dat er ingespeeld moet worden op ontwikkelingen uit de omgeving om zo een competitief voordeel te behalen op de concurrentie.

Manager 2: “Belangrijk iets waar ik veel tijd insteek als manager, is het contact leggen met andere organisaties[...] Het gaat hier om organisaties die bijvoorbeeld onze diensten in de ondersteuning bij opvoeding willen inkopen omdat ze dat zelf niet in huis hebben [...] Je kunt in dat opzicht veel voor elkaar betekenen, het levert voor beide partijen winst op.”

Een belangrijk kenmerk van NPM is dat er gebruik wordt gemaakt van prestatie-indicatoren. Beide managers geven aan dat zij het belangrijk vinden dat de productie op niveau is. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van overzichten waaruit blijkt hoe het zit met de indicatieaanvragen en hoe deze worden ingevuld door de zorgprofessionals. Eén van de managers geeft aan dat de overzichten op dit moment nog niet ideaal zijn: het is de vraag of de cijfers die aangeleverd worden wel overeenkomen met de werkelijkheid. Dit heeft tot gevolg dat de cijfers op dit moment door de manager alleen worden gebruikt om te kijken of haar eigen waarnemingen overeenkomen met de cijfers. Het bijhouden van de productie gebeurt nu vooral nog door te kijken naar de maandstaten (maandelijks vullen de werknemers een overzicht in met gewerkte uren voor de uitbetaling van het salaris). De andere manager bevestigt dat de controlemiddelen tekortschieten. Volgens de manager is het een gemiste kans dat er vanwege gebrekkige informatie over de gedraaide productie niet bijgestuurd kan worden.

Naast het draaien van productie komt ook nog een ander kenmerk van NPM naar voren binnen Speciale Zorg. De managers geven aan dat ze graag zien dat de vraag van de klant leidend is bij het verlenen van zorg. Het klantdossier speelt hier een belangrijke rol:

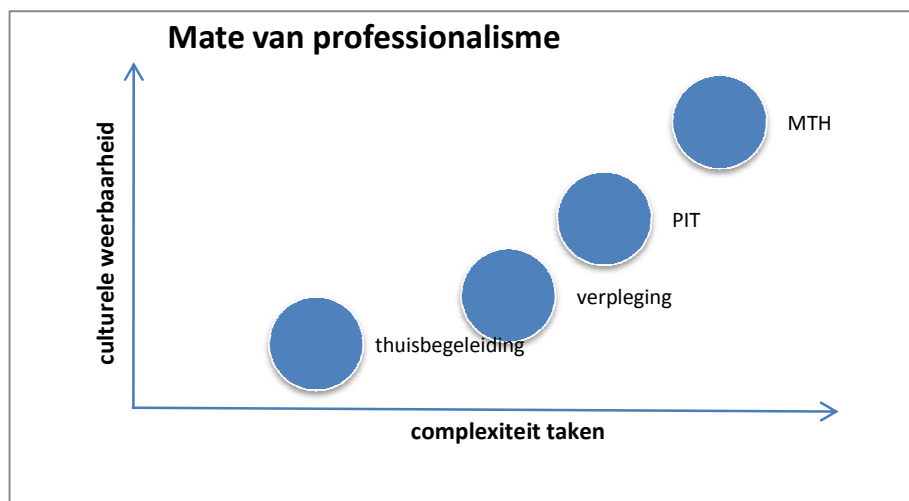
Manager 1: “Het zorgdossier bestaat als het ware uit een aantal regels en standaarden waar de verpleegkundige zich aan moeten houden. Het klantdossier geeft richting hoe de zorg

georganiseerd moet worden. Voor de leveringsovereenkomst is bijvoorbeeld de handtekening van de klant nodig. Verder staat alles waar de klant op kan rekenen in het klantdossier en wordt dit dossier gebruik voor de overdracht tussen collega's."

Het belang dat managers hechten aan de vraag van de klant komt terug in de controle die hierop wordt uitgeoefend. Beide managers geven aan dat zij controle houden op de productiviteit (direct of indirect via de coördinatoren) en dat zij steekproefsgewijs de schaduwdoSSIers controleren op volledigheid van de inhoud.

9.2 De institutie van de zorgprofessionals

Zoals in de inleiding van dit onderzoek al werd besproken, zijn er meerdere teams binnen Speciale Zorg werkzaam. In het theoretisch kader werd duidelijk dat de ene professional de andere niet is. Dit verschil tussen professionals heeft voornamelijk te maken met de inhoud van de werkzaamheden en de mate van controle door de eigen beroepsgroep over deze inhoud. Dit verschil is ook naar voren gekomen tijdens de interviews met de managers en de zorgprofessionals. In figuur 4 is een poging gedaan om de verschillen tussen de teams grafisch weer te geven. Op basis van culturele weerbaarheid en de complexiteit van taken is onderscheid gemaakt tussen de teams die werkzaam zijn binnen Speciale Zorg. Met culturele weerbaarheid wordt aangeduid in hoeverre de teams in staat zijn om controle uit te oefenen over de eigen werkzaamheden, waarbij de invloed van het management ondergeschikt is aan die van de zorgprofessionals. Voor de complexiteit van taken is gekeken naar het opleidingsniveau van de zorgprofessionals in de teams en de verschillende taken die daarbij horen.



Figuur 4: mate van professionaliteit binnen Livio, Speciale Zorg

Als er wordt gekeken naar de complexiteit van taken dan valt op dat bij de thuisbegeleiding voornamelijk mensen werken met MBO opleidingsniveau en bij de verpleging werken veel mensen met HBO opleidingsniveau. Verschil in de complexiteit van het takenpakket is echter niet alleen te bepalen door te kijken naar het opleidingsniveau. Daarvoor moet ook gekeken worden naar de taken en verantwoordelijkheden die mensen hebben. Als er wordt gekeken naar deze aspecten dan kan worden gesteld dat het MTH team ten opzichte van de verpleging een hoger niveau van deskundigheid heeft; zij voeren complexere taken uit. Dit verschil is ook waarneembaar tussen de PIT en de thuisbegeleiding. Binnen de PIT werken verpleegkundigen die veel meer achtergrond hebben van psychiatrische ziektebeelden dan hun collega's van de thuisbegeleiding. Daarnaast hebben de verpleegkundigen van het PIT team de bevoegdheid om medicijnen toe te dienen.

Vervolgens kan er worden gekeken naar de culturele weerbaarheid. Voor dit aspect is er gekeken naar de aansturing van de teams. Verondersteld wordt dat naarmate de zelfregulering van een team hoger is dit ook tot uiting komt in de culturele weerbaarheid van het team. Daarnaast kan het opleidingsniveau ook een indicatie geven van de mate van culturele weerbaarheid van de medewerkers in een team. De gegevens uit de interviews en de gesprekken met de managers hebben meer inzicht gegeven in de mate van zelfregulering per team. Als er wordt gekeken naar de verschillen in aansturing dan valt als eerste op dat de PIT en de thuisbegeleiding al langere tijd ervaring hebben met zelfregulerende teams. Ook het MTH team is voor het grootste gedeelte zelfregulerend. Uit de interviews blijkt dat de mate van zelfregulering tot uiting komt in de controle en verantwoordelijkheid die de teams hebben gekregen. Dit kwam tijdens de interviews naar voren bij de vraag of de zorgprofessionals controle ervaren van het management. De reacties van de coördinatoren van de PIT en MTH, de teams met hoger deskundigheidsniveau, waren stellig;

Professional PIT: "Ik heb zelf de controle over mijn werkzaamheden [...] onze agenda wordt bijvoorbeeld niet gecontroleerd op hoeveel afspraken wij hebben staan, het is heel erg gericht op kwaliteit en kwantiteit komt daarna pas [...] Vakinhoudelijk is controle bijna niet mogelijk. Ik ben BIG geregistreerd, als ik een fout maak dan kan de manager wel zeggen dat zij mij steunt, maar de tuchtrechter stelt mij verantwoordelijk en het is niet de bevoegdheid van de manager."

Professional MTH: "Wij zijn vooral zelfsturend. Management heeft inhoudelijk geen invloed en qua regelingen van de bereikbaarheid ook niet, dat doen we zelf. De dagelijkse werkzaamheden worden door ons zelf geregeld [...]. Ze hoeven zich helemaal niet met onze werkzaamheden te bemoeien, dat is niet gewenst."

De teams met een lager deskundigheidsniveau ten opzicht van Het MTH en PIT team hebben gemiddeld ook een lagere culturele weerbaarheid. Als er wordt gekeken naar de thuisbegeleiding dan valt echter wel op dat deze teams al voor een groot gedeelte zelfregulerend zijn; de coördinatoren houden de (vakantie)planning in de gaten, zijn aanspreekpunt, zijn verantwoordelijk voor de aanmeldfunctionaliteit van het CIZ en fungeren naar eigen zeggen als schakel tussen de medewerkers en de manager. De coördinatoren van de verpleging zijn minder lang bekend met het principe van zelfregulering. Dit komt ook tot uiting in de interviews. Zij wijzen vooral op het feit dat zij als coördinatoren verantwoordelijk zijn voor de planning en een aanspreekpunt zijn voor de teamleden. In dit opzicht zou een eerste conclusie kunnen zijn dat de medewerkers van de thuisbegeleiding een hogere culturele weerbaarheid hebben dan de collega's van de verpleging. Echter moet er ook rekening worden gehouden met de mate van verantwoordelijkheid die de medewerkers van de teams hebben wat betreft het eigen handelen. Hierbij kan weer worden gerefereerd aan het opleidingsniveau. Een hoger opleidingsniveau betekent over het algemeen dat men meer verantwoordelijkheid heeft over de uitvoering van werkzaamheden. Daarnaast maakt een hoger opleidingsniveau dat managers over het algemeen minder zicht hebben op de inhoudelijke werkzaamheden van de zorgprofessionals. Aangezien de zorgprofessionals van de verpleging een aanmerkelijk hoger opleidingsniveau hebben in vergelijking met de zorgprofessionals van de thuisbegeleiding, scoort de verpleging hoger op de mate van culturele weerbaarheid.

9.3 Aanwezigheid van de mechanismen

Met behulp van de interviews is per team gekeken of één of meerdere mechanismen zich voordoen en welke invloed deze mechanismen op dit moment hebben op de integratie van bedrijfsmatige processen in het zorginhoudelijke proces. Uit de interviews blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen het MTH en PIT team, vandaar dat deze twee teams gezamenlijk besproken worden.

9.3.1 Verpleging

De coördinatoren van de verpleging geven unaniem aan dat ze veel worden geconfronteerd met veranderingen op het gebied van het bevorderen van de efficiëntie en effectiviteit. Vergeleken met zorginhoudelijke veranderingen worden de meer bedrijfsmatige veranderingen gekenmerkt als ad-hoc, verandering op verandering, en voornamelijk afkomstig van de overheid. Voorbeelden van bedrijfsmatige veranderingen zijn volgens de coördinatoren van de verpleging: krappere indicaties en verschuivingen in de financiering van de zorg. Daarnaast worden ook organisatorische veranderingen genoemd zoals verandering van de werktijden en planning.

Als wordt gekeken naar de gevoelens die de coördinatoren hebben ten opzichte van de veranderingen, dan blijkt dat deze vooral een negatieve lading hebben. Een aantal gevoelens welke

naar voren zijn gekomen tijdens de interviews zijn; frustraties, machteloosheid en weerstand. De coördinatoren geven aan dat ze het vervelend vinden dat er veel administratie bij de zorgverlening komt kijken en dat dit ten koste gaat van de tijd bij de klant. Gevoelens van frustraties worden vooral in verband gebracht met de manier waarop veranderingen van bovenaf worden ingevoerd door het management, maar die vaak niet aansluiten met de praktijk volgens de coördinatoren. Daarnaast hebben zaken als geen tijd om dingen op de juiste manier af te handelen en het draaien van overuren ook een negatieve invloed. Weerstand wordt vooral gevoeld in situaties waarbij de coördinator het idee heeft dat er niet wordt geluisterd naar hun ideeën en als nieuwe veranderingen niet goed worden gecommuniceerd. Ook wordt er door een van de coördinatoren benoemd dat er vaak beterschap wordt beloofd, maar dat deze beloftes niet altijd worden waargemaakt, wat voor nieuwe frustraties zorgt. Het continue alert zijn bij de invoering van veranderingen wordt verder als energievretend ervaren door één van de coördinatoren. Ondanks deze negatieve gevoelens zijn er ook positieve ervaringen met veranderingen. Opvallend is dat door de coördinatoren unaniem wordt aangegeven dat men in eerste instantie probeert om veranderingen positief te benaderen. Nieuwe ontwikkelingen worden in dit oogpunt ook als leuk en nuttig ervaren. De positieve instelling blijkt echter na een tijdje om te draaien naar negatieve gevoelens ten opzichte van veranderingen. Dit wordt vooral beïnvloed door bovengenoemde punten.

Ondanks de veelal negatieve gevoelens ten opzichte van veranderingen, zijn de coördinatoren van mening dat de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten niet los kunnen worden gezien van de zorgverlening. Bovendien geeft één van de coördinatoren aan dat de vaardigheden om meer bedrijfsmatige en organisatorisch te denken en handelen ook aansluit bij de opleiding die men heeft gevolgd; men moet prioriteiten kunnen stellen. Ondanks dat beide aspecten bij elkaar horen, ervaren de coördinatoren wel problemen met bijvoorbeeld knappere indicaties die direct invloed hebben op de werkdruk; je hebt minder tijd en je moet meer patiënten helpen om aan de productie te komen. Hierdoor ervaren enkele coördinatoren een 'spagaatgevoel', wat voor werkdruk zorgt. Daarnaast geven de coördinatoren aan dat ze niet altijd het idee hebben dat er genoeg rekening wordt gehouden met de werkvloer; beleid wordt van bovenaf ingevoerd en soms te snel en gemakkelijk bij ons neergelegd. De coördinatoren zijn daarnaast van mening dat er veel onrust is op de werkvloer, waardoor het lastig is om je te concentreren op de taken die bij het coördinatorschap horen. De coördinatoren zijn op dit moment dan ook vooral druk om de planning voor de teams kloppend te maken. De regelmatige wisselingen in teamsamenstelling draagt ook bij aan de onrustige sfeer. De coördinatoren zouden het prettig vinden als veranderingen beter gestroomlijnd worden en de terugkoppeling kan ook worden verbeterd. Hiermee wordt bedoeld dat op tijd de stekker eruit getrokken moet worden als iets niet werkt volgens één van de coördinatoren. Daarbij wordt door

één van de coördinatoren gemeld dat ze soms niet als eerste op de hoogte is van officiële veranderingen, wat voor onrust zorgt binnen het team.

Op de vraag of men ook weleens onzeker is als het gaat om veranderingen gericht op efficiëntie en effectiviteit bevordering, wordt wisselend gereageerd door de coördinatoren. Zo geeft één van de coördinatoren aan dat ze nog bevestiging nodig heeft. Andere coördinatoren doen wat er gevraagd wordt door het management en geven aan dat ze niet veel last hebben van onzekerheid. Eén van de coördinatoren geeft aan dat er niet zozeer sprake is van onzekerheid als wel van onduidelijkheid. Wanneer men wel onzeker is, gaat men over het algemeen eerst navraag doen bij collega's en een enkele keer bij het bedrijfsbureau. Slechts één coördinator geeft aan bij vragen rechtstreeks naar de manager te stappen. Twee van de coördinatoren geven aan dat in bepaalde situaties het voorbeeld van collega's wordt gevolgd als men niet zeker is van de werkwijze. Het gaat hier dan om situaties waarbij men bijvoorbeeld niet zeker is van het opschrijven van de juiste productcodes die horen bij de zorgverlening. Aangegeven werd dat dit uitzonderlijke gevallen zijn en vooral voorkomt als men erg druk is.

Over de mate van invloed over zorginhoudelijke werkzaamheden zijn de coördinatoren het unaniem met elkaar eens dat de manager daar weinig controle over kan hebben. Wat betreft de bedrijfsmatige aspecten van het werk zijn er meer controlemiddelen zoals het controleren van de productie. Ook geven twee van de coördinatoren aan dat ze het idee hebben dat je op kantoor wel meer in de gaten wordt gehouden. De mate van controle op dit moment is volgens de meerderheid van de coördinatoren voldoende. Er is begrip dat het management kaders aangeeft waarbinnen men moet werken, zolang de coördinatoren maar wel kunnen blijven doen waarvoor ze gekozen hebben voor de zorg; het zorgen voor mensen. Opvallend is dat één van de coördinatoren expliciet heeft aangegeven wel meer controle wenst over de zorginhoudelijke kant van het werk. Hierbij wordt dan vooral gekeken naar het belang van de patiënt. Deze coördinator geeft aan dat aangezien verpleegkundigen veel solistisch werken, het goed zou zijn als regelmatig de zorg wordt geëvalueerd door een collega die niet direct betrokken is bij de zorgverlening van de klant.

Uit bovenstaande analyse kan geconcludeerd worden dat er bij de verpleging, ondanks de invoering van de coördinatoren, sprake is van twee instituties die vaak nog tegenover elkaar staan in plaats van samen te werken. Er is veel weerstand en negativiteit tegenover de invoering van veranderingen die beogen de zorg effectiever en efficiënter te regelen. In bepaalde mate is er sprake van decoupling tussen beide instituties, dit komt bijvoorbeeld tot uiting door de invoer van een groep genaamd Intake & Transitie. In deze groep zitten mensen die op de hoogte zijn van hoe men om dient te gaan met nieuwe zorgaanvragen van klanten. Doordat deze groep mensen de nieuwe intakes afhandelt,

waarbij veel specifieke kennis over de processen en regelgeving bij komt kijken, kan de zorgverlening gewoon doorlopen. Door de aanwezigheid van de groep Intake & Transitie wordt dus een deel van de bedrijfsmatige handelingen bij de verpleging weggehouden, waardoor ze zich kunnen concentreren op de zorgverlening. Daarnaast speelt het bedrijfsbureau ook een rol in de ontkoppeling tussen beide instituties. De medewerkers van het bedrijfsbureau houden bijvoorbeeld in de gaten wanneer indicaties aflopen en of de zorg wel goed is aangemeld. De rol van de coördinatoren zou in principe een bijdrage moeten leveren aan het dichterbij elkaar brengen van de twee instituties van het management en de zorgprofessionals. Op dit moment is hier echter nog nauwelijks sprake van, want de coördinatoren zijn momenteel vooral zorgprofessionals die daarnaast enkele extra taken hebben, welke voornamelijk gericht zijn op de planning. De coördinatoren spelen dus nog niet zozeer een rol in het overbrengen van NPM naar de werkvloer. Naar eigen zeggen kunnen de coördinatoren zich nog niet voldoende richten op deze werkzaamheden, omdat er teveel onrust heerst. Onderstaand citaat illustreert één van de moeilijkheden waar de coördinatoren tegenaan lopen;

Coördinator verpleging: "Over het algemeen kan ik wel mijn zorginhoudelijke werk doen, maar wat ik al aangaf, soms wordt er wel te gemakkelijk over gedacht door het hogere management. Zo van 'goh er is weer wat nieuws en dat wordt dan zo bij ons op tafel gegooid' zo komt het over [...]. Het is een schijvensysteem en het komt van bovenaf naar ons toe. Ik heb het idee dat de directe manager wel inspraak heeft, maar dat ze soms ook gewoon een doorgeefluik is."

Wanneer er sprake is van isomorfisme, impliceert dit dat de actoren niet-rationeel gedrag vertonen; men is zich er niet van bewust. Als er wordt gekeken naar de aanwezigheid van het mechanisme isomorfisme dan kan worden gesteld dat dit mechanisme niet of nauwelijks aanwezig is bij de verpleging. De coördinatoren laten zich niet forceren om zich zomaar aan te passen aan de NPM veranderingen. In de huidige situatie valt op dat er bij veranderingen *behoefte* is aan wederzijdse aansturing. De verpleegkundigen willen uitleg van het management over het hoe en waarom van veranderingen. Daarnaast proberen zij ook zaken terug te koppelen als blijkt dat veranderingen niet werken in dagelijkse praktijk. Door deze behoefte aan wederzijdse afstemming is het voor het management bijna onmogelijk om veranderingen in te voeren zonder dat dit stuit op verzet en/of commentaar. Dat nog niet aan de behoefte van de zorgprofessionals tegemoet wordt gekomen, blijkt onder andere uit de vele negatieve gevoelens die bij de coördinatoren aanwezig zijn.

Het mechanisme closure speelt nauwelijks een rol bij de coördinatoren van de verpleging. De verpleegkundige geven aan dat ze een solistisch beroep hebben waarbij het management weinig controle/toezicht heeft over de uitvoering van de zorginhoudelijke werkzaamheden. De mate van

controle die wel aanwezig is, wordt niet als vervelend ervaren en er is ook geen indicatie dat de verpleegkundige deze controle verder willen beperken. Hieruit kan dus worden geconcludeerd dat closure weinig invloed heeft op de invoering van NPM onder de verpleegkundigen.

9.3.2 Thuisbegeleiding

De coördinatoren van de thuisbegeleiding zijn het er unaniem over eens dat ze veel, wekelijks, worden geconfronteerd met veranderingen. Het gaat dan om veranderingen in de regelgeving, verantwoording van de zorgverlening, veranderingen in de voorschriften hoe te rapporteren aan andere zorgverleners en veranderingen in de AWBZ. Eén van de coördinatoren geeft aan dat de complexiteit van de zorgverlening de afgelopen jaren is toegenomen. Dit heeft volgens haar ook weerslag op de vele veranderingen in de regelgeving.

Uit de gesprekken met de coördinatoren van de thuisbegeleiding kwam duidelijk naar voren dat de coördinatoren vinden dat er genoeg rekening wordt gehouden met hun zorginhoudelijke werk door de manager. De coördinatoren zijn echter wel van mening dat de werkzaamheden van de thuisbegeleiding worden gedwarsboord door de externe omgeving; de overheid en bijbehorende instanties. Deze tegenstelling over hoe de respondenten aankijken tegen de veranderingen, komt ook sterk naar voren bij de gevoelens over de veranderingen. Enerzijds is er veel begrip voor veranderingen die de effectiviteit en efficiëntie beogen te verbeteren. Men is van mening dat er ook nog veel te verbeteren valt. Deze positieve stemming slaat om wanneer het om veranderingen gaat waarbij de grondslag voor het verlenen van de zorg weggehaald is, wat bijvoorbeeld tot gevolg heeft dat zorg met een psychosociale grondslag niet altijd meer geleverd kan worden in situaties waar dat wel wenselijk is. De directe gevolgen voor de zorgverlening van het verdwijnen van deze grondslag wordt als negatief gekenmerkt door de coördinatoren.

Ondanks bovenstaande gemengde gevoelens over veranderingen die te maken hebben met de invoer van NPM, zijn de coördinatoren positief gestemd over de mogelijkheid tot afstemming tussen zorginhoudelijke taken en de meer bedrijfsmatige en organisatorische taken. Dit wordt versterkt doordat de manager een 'goede' vertaalslag kan maken naar de werkvloer en de veranderingen toelicht aan de coördinatoren. De coördinatoren kunnen ook goed terecht bij de manager als zij tegen bepaalde praktische problemen aanlopen. Bij de vraag of afstemming mogelijk is, refereerden de coördinatoren vooral aan hun eigen werkzaamheden als coördinator. Dit geeft complicaties voor de werkvloer, want bij het doorvragen bleek dat de coördinatoren ervaren dat hun collega's op de werkvloer vaak niet het verband zien tussen bedrijfsmatige processen en hun zorginhoudelijk werk. Enkele voorbeelden die hierbij worden genoemd door de coördinatoren zijn dat niet alle thuisbegeleiders op de hoogte zijn wat de juiste manier is voor het aanvragen van een herindicatie

en er was behoorlijk veel weerstand bij de invoer van dagrapportages. Volgens de coördinatoren is het wel goed mogelijk dat hun collega's naast de zorginhoudelijke kant van het werk ook oog te hebben voor de bedrijfsmatige kant. Eén van de coördinatoren geeft aan dat het belangrijk is dat de collega's zich bewust zijn van de noodzaak van de veranderingen en dat heeft veel te maken met de werkgelegenheid. Onderstaand citaat illustreert de afwezigheid van de noodzaak onder collega's;

Coördinator thuisbegeleiding: "Heel veel mensen staan er niet bij stil hoeveel geld overleg kost. Dan willen ze wel tig keer met elkaar overleggen, maar er wordt niet bij stilgestaan hoeveel geld dat kost. Dit kwam laatst tot uiting toen er werd ingevoerd dat er nu nog maar eens in de acht weken een organisatorisch overleg is in plaats van elke vier werken. Toen kreeg je de reactie; alweer een verkapte bezuiniging!"

De rol van onzekerheid is bij de coördinatoren nauwelijks aanwezig. Zij geven aan dat zij samen met de andere coördinatoren en met de manager over het algemeen goed uit de voeten kunnen met veranderingen. Echter blijkt uit de antwoorden dat er onder de collega's wel veel onzekerheid aanwezig is. Dat blijkt uit het feit dat tijdens de interviews met de coördinatoren aangeven werd dat collega's veel dingen vragen en bevestiging zoeken bij de coördinatoren. Eén van de coördinatoren geeft aan dat ze naast veel te moeten uitleggen ook het idee heeft dat ze alles moet blijven herhalen, want bepaalde zaken worden snel vergeten. Daarnaast is er volgens één van de coördinatoren een groot niveau verschil op de afdeling, wat tot uiting komt in de manier van werken. De één pakt dingen makkelijker op; functioneert professioneel door goed te rapporteren en methodische te werken, de ander kan dit niet.

Uit de interviews blijkt dat de coördinatoren een grote rol hebben als het gaat om het uitoefenen van controle van de werkzaamheden. Zo geven zij aan onder andere de maandstaat van de collega's te controleren en ook kijkt de coördinator of binnenkomende indicaties goed worden ingezet. Eén van de coördinatoren geeft daarnaast aan dat enige mate van controle ook wel gewenst is. Volgens deze coördinator is controle niet erg, want als jij je werk goed doet en goed registreert, waarom zou je dan bang zijn voor controle? Tussen de coördinatoren is er duidelijk inzicht in de werkzaamheden, doordat er onder ander met een schriftje voor de overdracht wordt gewerkt.

Uit bovenstaande analyse blijkt allereerst dat er wat betreft de coördinatoren een goede afstemming is tussen beide instituties. Het mechanisme decoupling is op dit analyseniveau dan ook niet aanwezig. Echter is tijdens de interviews wel gebleken dat de collega's van de thuisbegeleiding niet altijd even goed om gaan met de meer bedrijfsmatige aspecten die bij hun werk horen. In dit geval is er wel sprake dat de twee instituties nog niet helemaal goed op elkaar aansluiten; er is een

spanningsveld tussen enerzijds de zorgverlening en anderzijds de bedrijfsvoering. De coördinatoren zijn in dit geval de schakel tussen beide instituties. Er is hier dus duidelijk geen sprake van decoupling, maar juist van een koppeling tussen twee instituties. De coördinatoren koppelen de instituties van het management en de zorgprofessionals aan elkaar, doordat zij de meer bedrijfsmatige taken op zich nemen, zoals de uitvoering van de herindicering en daarnaast zijn zij het aanspreekpunt voor alle vragen rondom de zorgverlening.

Als er wordt gekeken naar de coördinatoren van de thuisbegeleiding dan zijn er indicaties die duiden op de aanwezigheid van het mechanisme isomorfisme. Uit de interviews bleek namelijk dat de coördinatoren meegaan met de veranderingen die worden ingevoerd. Zij geven aan dat zij het gevoel hebben dat hun manager alles goed in de gaten houdt en ook de juiste vertaling maakt naar de werkvloer. Daarnaast zien de coördinatoren ook mogelijkheden om creatief met veranderingen om te gaan, waardoor het mogelijk is om toch in aanmerking te komen voor een goede financiering van de zorg. Eén van de coördinatoren zegt daarover dat bij de indicatieaanvragen bijvoorbeeld steeds meer regelgeving komt kijken, maar ondanks dat zijn de thuisbegeleiders wel handig geworden om links of rechtsom een indicatieaanvraag zo te onderbouwen dat de indicatie wordt binnengesleept. Als wordt gekeken naar de relatie tussen de coördinatoren en de 'gewone' thuisbegeleiders, zijn er aanwijzingen dat de thuisbegeleiders de werkwijze van de coördinator als voorbeeld zien. Dit komt voornamelijk doordat er veel wordt gevraagd en bevestiging wordt gezocht bij de coördinatoren. Uit de interviews bleek verder dat de werkwijze van de thuisbegeleiding wordt gezien als een voorbeeld voor andere organisaties. Dus op dit analyseniveau is er geen sprake van (imitatie) isomorfisme.

Bij de thuisbegeleiding is tijdens de interviews met de coördinatoren gebleken dat er geen sprake is van aanwezigheid van het mechanisme closure. De mate van controle wordt als gewenst gezien. Men is van mening dat er zoveel mogelijk openheid gegeven dient te worden over hoe men werkt.

9.3.3 MTH en PIT

Het MTH en PIT team geven beide aan dat ze de veranderingen in de zorg op het gebied van NPM willen kenmerken als een continue stroom van veranderingen. Het zijn dan vooral de regelgeving en de financiering van de zorg die continue blijven veranderen. De zorg voor de klant blijft nagenoeg hetzelfde. De veranderingen treffen dan ook vooral de klanten volgens de coördinator van het MTH team. De klant wordt geconfronteerd met de verandering in de financiering, bijvoorbeeld over wijzigingen in de eigen bijdrage.

Dat de coördinatoren de veranderingen kenmerken als een continu proces waar je steeds alert op moet zijn en moet toepassen in je werkzaamheden, blijkt ook uit de antwoorden over hoe ze de veranderingen ervaren. Aangegeven wordt dat de veranderingen zonder al te veel strubbelingen

worden toegepast en worden geïntegreerd in de dagelijkse processen. Het lijkt erop dat door de continue stroom van verandering en het gemak waarmee deze worden opgepakt er weinig sprake is van negatieve gevoelens. De PIT coördinator geeft aan dat hij veel contact heeft met de managers en daardoor ook inzicht waarom bepaalde veranderingen op een bepaalde manier worden doorgevoerd. Door uitleg en inspraak is het voor deze coördinator makkelijker om de veranderingen te aanvaarden voor zichzelf maar ook tegenover de klant.

Op de vraag of bedrijfsmatige aspecten gecombineerd kunnen worden met de zorginhoudelijke werkzaamheden werd door beide coördinatoren bevestigend geantwoord. Volgens de PIT coördinator hoort het bij de functie van een verpleegkundige niveau 5 dat deze de zorg goed kan stroomlijnen. Daar hoort bij dat een verpleegkundige goed moet kunnen rapporteren en dat men zich op basis van zijn of haar deskundigheid profileert richting de coördinatie en het management van de zorg. Deze reactie wordt bevestigd door de coördinator van het MTH team. Het is volgens haar meer dan logisch dat je als verpleegkundige boven op de zorg zit en dat je controleert of alles in orde is om de zorg te verlenen, dit is altijd al zo geweest. Het probleem is volgens haar echter dat mensen deze taak niet naar zich toetrekken en denken; ik doe alleen de zorg en meer niet.

De grote mate van zelfregulering van beide teams komt tot uiting als wordt gekeken naar hoe men omgaat met onzekerheid. Als er al sprake is van onzekerheid dan vraagt men dit na bij het management, maar daarnaast speelt het team ook een belangrijke rol hierin. Over het algemeen speelt onzekerheid nauwelijks een rol van betekenis.

Over de controle van het management zijn beide coördinatoren heel kort en bondig. Het is volgens hen niet mogelijk dat hun inhoudelijke werk gecontroleerd wordt door de managers en bovendien is controle ook niet gewenst. Het belangrijkste argument volgens de coördinator van de PIT is dat de verpleegkundigen BIG geregistreerd zijn en dus verantwoordelijk zijn voor het eigen handelen en denkniveau.

Uit bovenstaande analyse kan geconcludeerd worden dat het mechanisme decoupling niet aanwezig is. Een voorwaarde voor de aanwezigheid van decoupling is namelijk dat er twee botsende instituties zijn, wat in deze situatie niet het geval is. Er zijn nauwelijks conflicten tussen de zorgprofessionals van het MTH en de PIT en het management. De zorgprofessionals nemen de veranderingen over en als er twijfels zijn dan wordt er om uitleg gevraagd. Hieruit blijkt dus ook dat er geen sprake is van isomorfisme. Net als bij de verpleegkundigen geldt dat men het beter kan hebben over een wederzijdse afstemming tussen beide instituties over het taakdomein. Het verschil met de verpleegkundigen is dat er niet enkel behoefte is aan wederzijdse afstemming, maar dat deze ook al

wordt bewerkstelligd volgens de coördinatoren. Vergeleken met de verpleging en de thuisbegeleiding, vertonen het MTH en PIT team meer kenmerken die wijzen op aanwezigheid van het mechanisme closure. Zo zijn de coördinatoren duidelijk van mening dat inmenging van het management op inhoudelijke vlak niet gewenst is. Daarnaast gaf de PIT coördinator aan dat hij ook in de sollicitatiecommissie zit en daardoor zelf een stem heeft wie er wordt toegelaten tot het team.

9.4 Bevorderen van het ondernemerschap op basis van de mechanismen

In de vorige paragraaf is per team gekeken waar de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure zich voordoen. Op basis van de aanwezigheid/afwezigheid van deze mechanismen zal in deze paragraaf worden gekeken waar aanvullende maatregelen gewenst zijn om het ondernemerschap op de werkvloer te bevorderen. Voor de duidelijkheid; maatregelen die gericht zijn op de autonomie van de zorgprofessionals zijn verwijzen vooral naar het mechanisme closure. Waar decoupling zich voordoet zijn de maatregelen vooral gericht op de aansluiting van de professionele taakuitoefening op NPM maatregelen. En als laatste zou er door te kijken hoe elders binnen de afdeling hervormingen succesvol zijn doorgevoerd, gekeken kunnen worden of deze hervormingen als voorbeeld kunnen dienen voor andere hervorming. Hierbij gaat het dus om maatregelen gericht op het mechanisme isomorfisme.

9.4.1 verpleging

Uit bovenstaande analyse, over de huidige situatie bij de verpleging, is gebleken dat er een spanningsveld is tussen beide instituties. Positief punt is dat uit het interview met de manager blijkt dat de manager zich goed bewust is van de weerstand en negatieve gevoelens van de verpleegkundige ten opzichte van veranderingen richting NPM. Op dit moment probeert de manager vooral door middel van openheid te geven over de stand van zaken en terugkoppeling naar de werkvloer de weerstand te verminderen. Het volgende citaat van de manager illustreert waarom het wegnemen van weerstand en negatieve gevoelens tegenover moeilijk is:

Manager 1: “gezien de omstandigheden is het de realiteit dat je met een minimum aan zorgverleners wel de zorg moet leveren zoals je vindt dat het zou moeten. Daar komt de zorgverlening dus soms wel onder druk te staan, dat lukt niet altijd. Voor de verpleegkundigen wordt het lastig om aan de verplichtingen te voldoen, maar als manager is het ook lastig; het wrikt enorm. Het lastige vind ik dat je nu zo weinig mensen hebt dat je er niet aan toe komt om te doen zoals je het zou willen en je weet van tevoren dat je daarmee ook productiever kan zijn.”

Een andere problemen dat tijdens het interview met de manager naar boven komt, is dat er een achterstand is als het gaat om het invoeren van nieuwe regelgeving. Daarnaast zijn er binnen de organisatie veel 'schakels' (lees: personen) betrokken bij de invoering van veranderingen. De manager ziet zichzelf als een belangrijke schakel, maar verwacht daarbij ook dat zij meer sturing van de organisatie krijgt.

Uitgaande van de huidige situatie bij de verpleging is het noodzakelijk voor het management om meer aandacht te schenken aan maatregelen die gericht zijn op een betere aansluiting tussen de taakuitoefening van de verpleegkundigen en de gewenste NPM maatregelen. Voor het management zou het aan te bevelen zijn om te sturen op meer decoupling. De voornaamste reden hiervoor is dat is gebleken dat een koppeling maken tussen de twee instituties door middel van invoering van coördinatoren tot op heden niet heeft bijgedragen aan het bevorderen van het ondernemerschap. In de praktijk zou meer decoupling inhouden dat van alle verpleegkundigen wordt verwacht dat ze op de hoogte zijn van alle hoofdzaken wat betreft de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van hun werk. Echter de specifieke bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van het werk waar veel regelgeving en specifieke kennis voor nodig is, zou overgelaten kunnen worden aan een kleine groep verpleegkundigen die het interessant vinden én de ruimte krijgen om zich hierin verder te verdiepen en ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het loskoppelen van de planning. Doordat een specifieke groep, of zelfs één persoon, zich richt op de planning is de verwachting dat er minder onenigheden zijn tussen beide instituties over dit aspect van het werk.

Verder is het voor het management ook aan te raden om meer te gaan sturen op de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen. Hierbij gaat het er vooral om dat de verpleegkundigen weet hebben van de belangrijkste bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van het werk. Bij dit punt is het van belang dat de manager vooral heel duidelijk is over het takenpakket van de verpleegkundige. De manager heeft hierbij de belangrijke taak om de verpleegkundigen te laten beseffen dat bedrijfsmatige en organisatorische aspecten onlosmakelijk aan het werk zijn verbonden. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat de manager aangaf dat ze het idee heeft dat de verpleegkundigen niet direct resultaat zien van maatregelen die gericht zijn op het bevorderen van effectiviteit en efficiëntie. Als de organisatie kleiner zou zijn geweest, is het volgens de manager makkelijker; de verpleegkundigen werken dan voor een baas en niet voor iets onzichtbaars als een grote organisatie. Voor het management is het dus naast het duiden van het takenpakket, ook van belang om de verpleging inzicht te geven in het eigen handelen. Hierbij zou het management bijvoorbeeld meer inzicht kunnen geven in de bedrijfsvoering, door bijvoorbeeld regelmatig overzichten te geven over de percentages productieve uren of hoeveel procent van de indicaties

daadwerkelijk wordt benut. Het creëren van meer overzicht heeft ook een bijkomend voordeel dat er voor beide partijen, het management en de zorgprofessionals, een beter uitgangspunt is voor wederzijdse aansturing. Dit is een belangrijk punt, want uit de interviews met de coördinatoren bleek dat er vanuit de verpleging behoefte is aan meer wederzijdse aansturing. Inzicht voor de verpleegkundigen in het takenpakket en eigen werkwijze is uiteindelijk nog niet voldoende, maar wel een voorwaarde om het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleging ten opzichte van de bedrijfsmatige- en organisatorische aspecten van het werk te vergroten. Met andere woorden de laatste stap is dat het management inspeelt op het mechanisme closure; als verpleegkundige werk je solistisch en ben je verantwoordelijk voor een goede zorg aan de klant, maar daarbij hoort ook dat je zorg draagt voor de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten die onlosmakelijk aan deze zorgverlening zijn verbonden.

9.4.2 Thuisbegeleiding

Uit de analyse van de huidige situatie bij de thuisbegeleiding blijkt dat er in eerste instantie een minder groot spanningsveld is tussen het management en de werkvloer dan bij de verpleging het geval is. Dit komt in de interviews voornamelijk tot uiting doordat de coördinatoren aangeven veel begrip te hebben en meewerken aan veranderingen die gericht zijn op NPM. Uit de interviews bleek daarnaast dat er nog wel afstand zit tussen enerzijds de managers en de coördinatoren en anderzijds de werkvloer. De invoer van de coördinatoren heeft ervoor gezorgd dat het spanningsveld tussen de instituties gedeeltelijk werd verkleind, doordat taken die voorheen door de manager werden uitgevoerd naar de coördinatoren werden overgeheveld. Daar ligt echter ook meteen een knelpunt, want uit de antwoorden tijdens de interviews bleek dat de coördinatoren sterk op één lijn liggen met de manager. Een belangrijke vraag is hier dan ook of de ontwikkeling waarbij coördinatoren steeds meer op één lijn zitten met het management, geen nadelige gevolgen heeft voor de coördinatie met de werkvloer.

Uit het interview met de manager blijkt dat de manager van mening is dat mensen op de werkvloer niet al teveel geconfronteerd dienen te worden met veranderingen. De manager geeft aan dat ze het idee heeft dat mensen soms last hebben van onzekerheid over hun competenties. Hierdoor weten ze niet altijd hoe ze met veranderingen moeten omgaan. Om deze reden is het volgens de manager verstandig om mensen te ontlasten en dingen bij ze weg te houden. Daarbij komt ook dat aangegeven werd dat het veel tijd kost om de thuisbegeleiders alle veranderingen zelf uit te laten voeren en het kost de organisatie ook veel als de veranderingen niet goed worden opgepakt. Wat volgens de manager wel van belang is, is dat de thuisbegeleiders hun signaalfunctie goed vervullen. De signaalfunctie is in dit geval erg belangrijk om de zorg bedrijfsmatige en organisatorisch goed te

laten verlopen. Een voorbeeld van de signaalfunctie is dat de thuisbegeleiders in de gaten houden wanneer een indicatie verloopt en daarbij op tijd aangeven dat deze moet worden verlengd.

Uit de interviews bleek dat de rol van de coördinator erg belangrijk is voor de thuisbegeleiders als het gaat om het stellen van vragen en het krijgen van bevestiging. Maatregelen die genomen kunnen worden om het ondernemerschap te verhogen, sluiten daarom het beste aan bij het stimuleren van isomorfisme. Ook gezien de lagere complexiteit in taken en lagere culturele weerbaarheid ten opzichte van de andere teams binnen Speciale Zorg is het aan te raden om maatregelen in de richting van het mechanisme isomorfisme te nemen. Hierbij is het van belang dat de coördinatoren heel duidelijk aangeven wat er van de thuisbegeleiders wordt verwacht. Als het bijvoorbeeld gaat om het herindiceren van patiënten, is het belangrijk dat een thuisbegeleider precies weet welke stappen moeten worden genomen. Dat hier veel herhaling bij komt kijken, is voor een groot deel te voorkomen door naast de signalerende functie geen extra andere taken op bedrijfsmatig en organisatorisch gebied bij de thuisbegeleider neer te leggen. Voor de duidelijkheid is het ook belangrijk dat de drie coördinatoren hun werkwijze zoveel mogelijk overeenstemmen, zodat er onder de thuisbegeleiders zo min mogelijk verwarring wordt veroorzaakt bij het invoeren van veranderingen gericht op NPM.

Het toespitsen op het versterken van de signaleringsfunctie wijst ook op maatregelen die genomen worden richting decoupling. Zoals gezegd ligt de rol van de coördinator al dicht in de buurt van de institutie van het management. In principe hoeft dit geen probleem te zijn als hier op de juiste manier gebruik van wordt gemaakt. Zoals uit de interviews met de coördinatoren is gebleken, vinden de thuisbegeleiders het prettig als ze zoveel mogelijk worden ontzien waar dit mogelijk is, zodat al hun aandacht gericht kan worden op de zorgverlening. Zoals het lijkt wordt de invoering van de coördinatoren niet als negatief gezien door de thuisbegeleiders, maar vervullen zij een belangrijke vraagbaak op het terrein waar ze zelf niet veel van af weten of willen weten. De mate van decoupling die momenteel aanwezig is tussen de coördinatoren en de werkvloer is dus gewenst en het is dan ook aan te raden deze in stand te houden en te versterken waar mogelijk. Dat kan gedaan worden door heel expliciet duidelijk te maken dat de coördinatoren veel van de NPM-achtige werkzaamheden oppakken en dat van de thuisbegeleiders alleen een signaleringsfunctie wordt verwacht.

In de huidige situatie is bij de thuisbegeleiding nog een ander aspect wat opvalt als naar de mate van decoupling wordt gekeken. Zoals al eerder werd gesteld lijkt het erop dat de coördinatoren steeds meer in de richting van de institutie van het management denken en handelen. Dit kan naast positieve uitwerkingen ook negatieve invloed hebben op de coördinatie tussen beide instituties.

Voor de toekomst is het voor de manager dan ook aan te raden om maatregelen te nemen die ervoor zorgen dat de coördinatoren niet teveel de rol krijgen van plaatsvervangende managers. Dit kan voorkomen worden door de coördinatoren niet al te veel taken toe te schuiven die in de richting komen van het controleren van hun collega thuisbegeleiders. Het controleren van de maandstaat en dergelijke kan er toe leiden dat er weerstand komt op de werkvloer over de invloed van de coördinatoren, waardoor de positieve kant van het coördinatorschap overschaduwd kan worden. Eventuele weerstand over controle kan beter tegenover de manager worden geuit dan tegenover de coördinatoren, die vanuit hun positie een belangrijke rol spelen in het afstemmen tussen beide instituties.

9.4.3 MTH en PIT

Uit de analyse over de teams van de PIT en het MTH blijkt dat er weinig obstakels zijn in de coördinatie tussen beide instituties. De manager van het MTH team geeft aan dat het team in het verleden haar eigen weg heeft moeten zoeken in 'het doolhof van regelgeving' en dat heeft het team alerter gemaakt. De mensen uit het MTH team accepteren de situatie meer; zij zijn zich meer bewust waarom dingen goed geregeld moeten worden.

De situatie bij het MTH en PIT team verschilt dus met de teams van de verpleging en de thuisbegeleiding, omdat er nauwelijks sprake is van een spanningsveld tussen beide instituties. Bij de teams van het MTH en de PIT zijn er geen kenmerken aan te wijzen die duiden op de aanwezigheid van de mechanismen decoupling en isomorfisme. Zoals eerder werd aangegeven kunnen de zorgprofessionals in beide teams gekenmerkt worden als professionals met een hoge culturele weerbaarheid en complexe taken. De 'hoge score' op beide kenmerken van professionaliteit komt ook tot uiting in de aanwezigheid van kenmerken die wijzen op aanwezigheid van het mechanisme closure. De aanwezigheid van closure werkt binnen Speciale Zorg positief, de teams kunnen in overeenstemming met het management anticiperen op veranderingen die het gevolg zijn van NPM. Het is voor het management niet aan te raden om verdere maatregelen richting closure te treffen. Als closure voor de teams een te grote rol gaat spelen, is het denkbaar dat ze zich uiteindelijk te veel gaan afzonderen, waardoor er voor het management te weinig zicht is op deze groep zorgprofessionals. Tijdens het interview met de coördinator van het MTH team, werd bijvoorbeeld aangegeven dat er geen enkel gevoel meer kwam kijken bij veranderingen. Daarnaast werd er aangegeven dat bij gevallen waar de financiering voor de zorg bij het team werd weggehaald, het vaak is gebleken dat deze zorg uiteindelijk toch weer door het MTH team wordt geleverd door. Het is mogelijk dat in deze reactie al een eerste negatieve effect van closure schuilt. Men concentreert zich voornamelijk op de eigen professionele werkzaamheden en ziet sturing vanuit de organisatie daarbij als bijzaak of wordt daar minder gevoelig voor. Bij het PIT team zijn er tijdens het interview overigens

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

geen uitspraken gedaan die wijzen op eventuele negatieve gevolgen van closure. Maar aangezien beide teams wel sterk overeenkomen wat betreft zelfregulering, complexiteit van de zorgvraag en culturele weerbaarheid is het wel noodzakelijk dat ook de manager van dit team bewust is van de negatieve kanten die kleven aan het mechanisme closure.

10. Conclusie, aanbevelingen en discussie

In dit afsluitende hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op de centrale onderzoeksvraag:

‘Wat is de relatie tussen de instituties van het management en de professionals binnen Livio, Speciale zorg en hoe kan inzicht in het functioneren van de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure een bijdrage leveren in het bevorderen van ‘het ondernemerschap op de werkvloer’?’

Deze onderzoeksvraag sluit aan bij de doelstelling van de organisatie Livio om meer inzicht te krijgen in hoe het ondernemerschap op de werkvloer binnen Speciale Zorg bevorderd kan worden. De resultaten van dit onderzoek geven meer inzicht op welke punten de aansturing van de verschillende teams verbeterd kan worden, zodat het ondernemerschap onder de zorgprofessionals beter tot uiting komt. Gedurende dit onderzoek is getracht continue de verbinding te maken tussen de wetenschap en de praktijk. In lijn met de rest van het onderzoek zullen in dit hoofdstuk eerst de theoretische conclusie (§10.1) en discussie (§10.2) worden gepresenteerd. Vervolgens zal er aandacht worden besteed wat deze wetenschappelijke conclusies voor invloed en praktische implicaties hebben op de situatie binnen de afdelingen van Livio, Speciale Zorg. In het vorige hoofdstuk, de analyse, is naar voren gekomen dat de verschillende teams binnen Speciale Zorg onder andere verschillen in de problemen die men ervaart ten opzichte van het bevorderen van het ondernemerschap en hoe men daarmee omgaat. Rekening houdend met deze verschillen zal er per team een eindconclusie worden geformuleerd. Deze eindconclusies zullen de vorm hebben van praktische aanbevelingen voor het management van de teams (§10.3).

10.1 Algemene conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de opvatting van Berg, Schellekens, & Bergen (2005), over een duidelijke waarneembare scheiding tussen het management en de zorgprofessionals van zorgorganisaties bij veranderingen gericht op NPM, gedeeltelijk bevestigd kan worden in de praktijk van Livio, Speciale Zorg. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er een groot verschil is tussen de verschillende teams als wordt gekeken naar de relatie tussen de instituties van het management en de zorgprofessionals. Algemeen kan worden geconcludeerd dat er bij de verpleging vergeleken met de thuisbegeleiding, MTH en PIT een groot spanningsveld is tussen de institutie van het management en de zorgprofessionals. Toch zijn voor alle teams op basis van de resultaten uit het literatuuronderzoek maatregelen te benoemen die het ondernemerschap op de werkvloer verder kunnen bevorderen.

Op basis van de huidige relatie tussen de instituties van het management en de zorgprofessionals per team kunnen verschillende mechanismen worden ingezet om het ondernemerschap te bevorderen. De keuze van de inzet van een mechanisme is daarbij sterk afhankelijk van de kenmerken van de zorgprofessionals. De mate van complexiteit van de taken en de mate van culturele weerbaarheid is bepalend voor de manier waarop het management kan sturen op het bevorderen van het ondernemerschap. Uit dit onderzoek blijkt dat het mechanisme decoupling vooral van toepassing kan zijn in situaties waarbij er veel weerstand heerst over de invoering van NPM, zoals het geval is bij de verpleging. Daarnaast kan het mechanisme decoupling ook worden ingezet in situaties waarbij de coördinatoren, die de koppeling vormen tussen beide instituties, teveel richting de institutie van het management gaan. Het mechanisme closure is vooral van toepassing op de teams waarbij sprake is van veel autonomie over het werk. Bij de teams met de hoogste mate van professionaliteit, het PIT en MTH team, blijkt dat dit mechanisme al aanwezig is en ervoor zorgt dat de NPM maatregelen zonder veel moeite kunnen worden doorgevoerd. Bij de verpleging is er vanuit beide instituties behoefte aan meer wederzijdse afstemming. Het mechanisme closure is hierbij dus ook geschikt in situaties waar managers meer willen gaan sturen en/of maatregelen willen treffen die inspelen op de professionele overwegingen van autonomie. Het laatste mechanisme, isomorfisme, blijkt vooral geschikt te zijn in situaties waar de zorgprofessionals veel behoefte hebben aan bevestiging bij veranderingen richting NPM. Dit mechanisme is dus vooral van toepassing voor de teams van de thuisbegeleiding, waarbij met het geven van het goede voorbeeld, gestuurd kan worden op het bevorderen van ondernemerschap.

10.2 Discussie

Door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden is er in dit onderzoek gekeken hoe het ondernemerschap binnen de teams van Livio, Speciale Zorg bevorderd kan worden. Hierbij is uitgegaan van de redenering dat zorgprofessionals zich vooral richten op de inhoud van de zorgverlening en managers op hun beurt vooral aandacht besteden aan de organisatie van de zorgverlening. Ondanks dat er een zorgvuldige afweging is gemaakt bij de selectie voor de onderzoeksstrategie, roept het proces van wetenschappelijk onderzoek ook weer nieuwe vragen op. In deze afsluitende paragraaf worden er enkele aandachtspunten geformuleerd die wellicht meegenomen kunnen worden in vervolgonderzoek op dit onderzoeksterrein.

In dit onderzoek is enkel gekeken naar de relatie tussen de instituties van het management en de zorgprofessionals binnen de thuiszorg. Tijdens de interviews kwam meerdere keren naar voren dat de externe omgeving van thuiszorgorganisaties ook een rol van betekenis speelt als het gaat om de invoering van de maatregelen die gebaseerd zijn op de NPM principes. Voor vervolgonderzoek is het

interessant om te kijken hoe groot de rol van deze externe partijen (overheid, gemeenten en zorgkantoren) is en in hoeverre ze de relatie tussen het management en de zorgprofessionals binnenvloeden.

De institutionele theorie heeft een belangrijke rol gekregen in dit onderzoek. Zover bekend is, zijn er weinig tot geen onderzoeken waarbij deze theorie in de thuiszorgsetting is toegepast. Er zijn wel onderzoeken bekend waarbij de institutionele dynamiek gebruikt is om te kijken naar het spanningsveld tussen het management en doktoren in de ziekenhuissetting (zie bijvoorbeeld Jespersen, Nielsen, & Sognstrup, 2002). In dit onderzoek is beredeneerd dat verpleegkundigen en verzorgenden niet geheel overeenkomen met doktoren als gekeken wordt naar de professionele aspecten van het werk. Het is dan ook aan te bevelen dat er vervolgonderzoek wordt gedaan waarin de relatie tussen de instituties van zorgprofessionals en managers binnen de thuiszorg verder wordt verdiept. Daarbij is het interessant om te onderzoeken of de relatie tussen beide instituties ook opgaat voor andere thuiszorgorganisaties in Nederland.

In dit onderzoek is getracht de complexiteit van de organisatie van zorgorganisaties in kaart te brengen. Hiervoor is onder andere gebruik gemaakt van theoretische aspecten uit de professionele theorie en de invloed van NPM op zorgorganisaties. Gedurende het onderzoeksproces werd steeds duidelijker dat het zeer lastig is om de complexiteit van de zorg goed te overzien. De complexiteit van goed bestuur in de gezondheidszorg wordt helder verwoord door Hans Hoek (2007) in zijn promotieonderzoek over governance (sturing) in de gezondheidszorg. De conclusie van zijn onderzoek is dat de complexiteit van zorgorganisaties wordt veroorzaakt doordat private, publieke en professionele elementen steeds een rol spelen bij de besturing van zorgorganisaties. Hans Hoek(2007) illustreert met zijn promotieonderzoek dat de verschillende governance vormen grote verschillen vertonen die niet makkelijk overbrugbaar zijn. Met voorbeelden wordt duidelijk inzicht gegeven waarom zorgorganisaties geen hybride, waar publieke en private elementen worden gecombineerd, of (semi) publieke organisaties zijn. Zorgorganisaties zijn volgens Hans Hoek vooral private organisaties die veel rekening moeten houden met zowel publieke als professionele invloeden. De uitkomsten dit promotieonderzoek gecombineerd met de inzichten uit dit onderzoek geven input voor vervolgonderzoek, waarbij de complexiteit van zorgorganisaties nog beter kan worden onderzocht. Met het oog op het bevorderen van ondernemerschap is het interessant om te onderzoeken of het bestuur van thuiszorgorganisaties vooral gericht is op private, publieke of professionele elementen en welke consequenties dit heeft voor de uitkomsten van dit onderzoek. De institutionele theorie kan hierbij weer goed van pas zijn, want deze kan inzicht bieden in de verschillende vormen van bestuur.

10.3 Conclusies en aanbevelingen per team

Uitgangspunt bij de start van dit onderzoek was dat binnen zorgorganisaties meerdere partijen betrokken zijn die vanuit verschillend perspectief kijken naar het zorgverleningproces. De twee partijen die in dit onderzoek centraal staan, het management en de zorgprofessionals hebben onder andere verschillende ideeën en opvattingen over de zorgverlening. Wanneer de relatie tussen de institutie van het management en de zorgprofessionals nader wordt bekeken, kan worden gesteld dat de institutie van het management voornamelijk gericht is op de organisatie van de zorg en de institutie van de zorgprofessionals bekommeren zich over de inhoud van de zorg. Deze verschillen tussen de instituties is in dit onderzoek nader onder de loep genomen voor de verschillende teams binnen Speciale Zorg. Hieronder wordt per team gekeken of deze scherpe tegenstelling tussen beide instituties ook geldig is voor de praktijk. Vanuit de relatie tussen de instituties van het management en zorgprofessionals is vervolgens gekeken hoe inzichten over het functioneren van de mechanismen decoupling, isomorfisme en closure een bijdrage kan leveren aan het versterken van het ondernemerschap op de werkvloer. Voor de duidelijkheid worden per team naast de conclusies ook meteen de aanbevelingen richting het management gepresenteerd.

10.3.1 Verpleging

Uit de analyse in hoofdstuk 9 kan worden geconcludeerd dat er in de huidige situatie bij de verpleging een groot spanningsveld is tussen de instituties van het management en de verpleging. Dit blijkt vooral uit de overwegend negatieve gevoelens die aanwezig zijn bij de coördinatoren. De negatieve gevoelens ten opzichte van de veranderingen op bedrijfsmatig gebied komen voornamelijk doordat de werkdruk hoog is, veranderingen die niet altijd aansluiten bij de dagelijkse praktijk en de communicatie nog gebrekkig verloopt. Ondanks deze negatieve gevoelens tegenover veranderingen die gericht zijn op het verbeteren van de efficiëntie en effectiviteit, zijn de coördinatoren van mening dat bedrijfsmatige aspecten horen bij hun werk. Ondanks de wil om de zorg effectiever en efficiënter te verlenen, ervaren de coördinatoren problemen bij de uitvoering. De coördinatoren ervaren een spagaatgevoel; er moet meer productie worden gedraaid, terwijl de kwaliteit van de zorgverlening op peil moet blijven. Daarnaast is er sprake van verandering op verandering, waardoor men veel onrust en onduidelijkheid ervaart over de gewenste veranderingen.

Concluderend kan worden gezegd dat het spanningsveld tussen de institutie van het management en de verpleegkundige bij de verpleegkundige wordt veroorzaakt door de volgende punten:

- Hoge werkdruk; voornamelijk door krappere indicaties
- Veranderingen sluiten niet goed aan bij de praktijk
- Communicatie tussen de instituties verloopt gebrekkig

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

- Conflict tussen enerzijds efficiëntie/effectiviteit en anderzijds kwaliteit van de zorgverlening
- Het tempo van de veranderingen is hoog; verandering op verandering

Om het ondernemerschap op de werkvloer te bevorderen is het van belang dat bovenstaande problemen worden aangepakt. Aan de hand van de kenmerken van de situatie binnen de teams op dit moment zijn er een aantal verbeterpunten aan te geven. Uit de analyse blijkt dat er in de huidige situatie weinig sprake is van decoupling tussen de instituties. Het bedrijfsbureau en de coördinatoren van Intake & Transitie zorgen er in beperkte mate voor dat er aansluiting is tussen de NPM-maatregelen en de taakuitoefening van de verpleegkundigen. Als bovengenoemde problemen in acht worden genomen, valt het aan te raden dat het management meer gaat sturen op decoupling. Hierbij moet vooral gedacht worden aan maatregelen waarbij werkzaamheden, waar veel specifieke kennis over de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van het werk wordt vereist, worden losgekoppeld van de zorginhoudelijke werkzaamheden. Te denken valt aan de planning van de teams en indicatiestellingen. De voornaamste reden om meer te sturen op decoupling, is dat uit de interviews blijkt dat de coördinatoren op dit moment nog niet de gewenste koppeling tussen het management en de werkvloer kunnen maken.

Naast meer aandacht te schenken aan de scheiding van specifieke bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van de zorginhoudelijke taken van de verpleegkundigen, is het van belang dat er meer wordt gestuurd op de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen. Uit de interviews met de coördinatoren bleek dat het management weinig invloed heeft op hun (inhoudelijke) werk en daarnaast ervaren ze ook veel vrijheid in hun werk. Het management kan dit als argument aandragen om aan te geven dat de verpleegkundige niet enkel de verantwoordelijkheid hebben over de zorginhoudelijke kant van hun werk maar ook verantwoording moeten dragen voor de bedrijfsmatige en organisatorische aspecten die aan hun werk verbonden zijn. Deze maatregel sluit aan bij de wens van de zorgprofessionals dat zij meer wederzijdse aansturing wensen. Voorwaarde voor het sturen op eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals is dat het management duidelijk is over het takenpakket van de verpleegkundigen en daarnaast ook inzicht geeft in de bedrijfsvoering door middel van bijvoorbeeld overzichten over de productiviteit te geven. Deze maatregelen wijzen in de richting van het mechanisme closure.

Op basis van bovenstaande problemen en verbeterpunten kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor het management:

- NPM veranderingen waarbij specifieke bedrijfsmatige en/of organisatorische kennis (bijvoorbeeld: planning, indicatiestelling en financiering van de zorg) voor nodig is, weghalen

uit het takenpakket van de verpleegkundigen. Door op deze manier te werken worden de meeste problemen aangepakt. De verpleegkundige worden niet langer teveel geconfronteerd met veranderingen, waarbij ze nieuwe werkwijzen moeten aanleren. De tijd die nu nog wordt besteed aan het bijhouden van de veranderingen, kan in de nieuwe situatie worden gebruikt aan het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. Hierdoor zal hoogstwaarschijnlijk een deel van de werkdruk worden weggenomen bij de verpleegkundigen. De verpleegkundige die naast hun 'normale' werkzaamheden zich richten op de specifieke NPM-maatregelen zullen de veranderingen sneller oppakken, omdat ze de ruimte en kennis in huis hebben om de veranderingen makkelijker op te pakken. Van belang is dat deze verpleegkundigen betrokken worden bij de veranderingen, zodat in de toekomst NPM-maatregelen beter aansluiten op de werkvloer.

- Bovenstaande aanbevelingen impliceert uiteraard niet dat de verpleegkundige die zich niet richten op de specifieke veranderingen op bedrijfsmatige en organisatorisch gebied, helemaal geen verantwoordelijkheden meer dragen voor bedrijfsmatige processen naast hun zorginhoudelijke taken. Uitgangspunt moet blijven dat alle verpleegkundigen zorg dragen voor een gezonde bedrijfsvoering. Om dit te bewerkstelligen zal het management moet sturen op de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen.
- De toegevoegde waarde van de teamcoördinatoren is op dit moment nog niet goed vast te stellen, doordat er nog teveel onrust en onduidelijkheid is op de werkvloer ten aanzien van NPM maatregelen. Voor het management is het aan te bevelen om zich voorlopig vooral te concentreren op de bovengenoemde aanbevelingen. Wanneer er meer duidelijkheid en overzicht is binnen de verpleging is het te overwegen om het coördinatorschap voort te zetten. De verwachting is dat het coördinatorschap vooral in aanmerking komt om de communicatie tussen de teams en de manager te bevorderen.

10.3.2 de thuisbegeleiding

Voor de teams van de thuisbegeleiding is uit de analyse gebleken dat er weinig sprake is van spanning tussen enerzijds de institutie van het management en anderzijds de institutie van de zorgprofessionals. De rol van de coördinatoren blijkt daarbij van belang; zij zorgen voor een koppeling tussen beide instituties. De veranderingen die voortkomen uit NPM-maatregelen worden door de coördinatoren over het algemeen als positief ervaren. Wel is er sprake van enige mate van onvrede en frustraties als het gaat om maatregelen waarbij de zorgverlening niet meer optimaal geleverd kan worden (wegvallen indicatiegrondslag). In dit soort situaties wordt de oorzaak echter gezocht buiten de organisatie bij externe partijen zoals de overheid en gemeente. Ondanks dat er op het eerste oog weinig spanning is tussen beide instituties, is bij de analyse opgevallen dat de

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

coördinatoren sterk op één lijn zitten met het management. Dit bleek onder andere uit het feit dat de coördinatoren en de manager aan hebben gegeven dat de collega's van de thuisbegeleiding niet altijd de relatie zien tussen bedrijfsmatige processen en het zorginhoudelijke werk. Daarnaast wordt er nog veel bevestiging gezocht en blijven de coördinatoren veel dingen herhalen bij veranderingen gericht op NPM.

Samengevat kan het volgende worden geconcludeerd over de relatie tussen het management en de zorgprofessionals;

- De rol van de coördinator is voor belang voor de koppeling tussen enerzijds het management en anderzijds de werkvloer.
- De coördinatoren zitten sterk op één lijn met het management
- De 'achterban' blijft nog achter als het gaat om oog hebben voor bedrijfsmatige en organisatorische processen.

Op basis van deze conclusies kunnen de volgende aanbevelingen aan het management worden gedaan om het ondernemerschap op de werkvloer meer te stimuleren:

- Om te voorkomen dat de thuisbegeleiders niet teveel richting de institutie van het management gaan is het aan te bevelen om de coördinatoren zo min mogelijke controle activiteiten te laten doen. Zo wordt voorkomen dat de stevige positie van de coördinatoren als aanspreekpunt wordt aangetast. Eventuele weerstand tegen controles kan beter geuit worden tegen het management, zodat de coördinatoren hun rol optimaal kunnen blijven uitvoeren.
- Uit de analyse blijkt dat de complexiteit van de taken en de culturele weerbaarheid van de thuisbegeleiders relatief laag is. In een dergelijke situatie is het aan te raden dat er wordt gestuurd door middel van duidelijke voorbeelden te geven over wat de verwachtingen zijn van het management. Als het bijvoorbeeld gaat over de signaleringsfunctie van de thuisbegeleiders, is het belangrijk dat heel duidelijk is welke regels (hoe, wat, waar, wanneer signaleren?) er zijn over het signaleren van bedrijfsmatige en organisatorische aspecten van het werk. Hier kan op worden ingespeeld door gebruik te maken van het mechanisme isomorfisme. Belangrijk is dat de coördinatoren hierbij zoveel mogelijk op één lijn zitten.

10.3.3 PIT en MTH

De teams PIT en MTH blijken weinig moeite te hebben met het aanpassen aan NPM maatregelen en de gevolgen voor de dagelijkse praktijk. Uit de analyse is gebleken dat de beide teams hoog scoren op de complexiteit van taken en de mate van culturele weerbaarheid. Deze relatief hoge

professionaliteit van deze teams is mogelijk een indicatie waarom men minder moeite heeft met deze veranderingen. De aanwezigheid van het mechanisme closure werkt over het algemeen goed; de zorgprofessionals en het management kunnen in overeenstemming anticiperen op de veranderingen die het gevolg zijn van NPM. Concluderend kan worden gesteld dat er sprake is van veel wederzijdse afstemming tussen de institutie van het management en de zorgprofessionals, waarbij veranderingen richting NPM vrijwel zonder moeite worden meegenomen in de dagelijkse werkzaamheden.

Ondanks dat de relatie tussen beide instituties bij het MTH en PIT team op dit moment goed verloopt, zijn er wel enkele aanwijzingen dat het management waakzaam moet zijn voor teveel autonomie van de zorgprofessionals. Het is aan te bevelen dat het management bij aanhoudende aanwijzingen in die richting, maatregelen neemt die voorkomen dat de zorgprofessionals zich teveel afzonderen van de organisatie, waarbij deze groep onbereikbaar wordt voor het management. Concluderend kan worden gesteld dat op basis van dit onderzoek blijkt dat het mechanisme closure op dit moment positief werkt bij de afstemming tussen het management en de zorgprofessionals van het MTH en PIT. Voor de toekomst is het wel van belang dat negatieve aspecten van closure (professionals eisen teveel autonomie) vroegtijdig worden gesignaleerd en voorkomen.

10.4 Tot slot

Ondanks dat de instituties van het management en de zorgprofessionals soms ver uit elkaar lijken te liggen, blijkt uit de analyse dat er sprake is van veel wederzijds begrip tussen de instituties. De managers gaven tijdens de interviews en de gesprekken aan dat ze zich goed bewust zijn van het feit dat de zorgprofessionals zoveel mogelijk van hun tijd willen besteden aan de inhoud van de zorg. De zorgprofessionals gaven op hun beurt aan dat ze begrijpen én inzien dat er maatregelen nodig zijn om de organisatie van de zorg efficiënter en effectiever in te richten. De genoemde maatregelen die uit dit onderzoek zijn voortgekomen, beogen dit wederzijds begrip voor de andere institutie te vergroten. Graag zou ik dan ook willen afsluiten met de opmerking dat ondanks dat managers en zorgprofessionals gericht zijn op andere aspecten van de zorgverlening, beide partijen de zorg op hun manier een warm hart toedragen. Terugkomend op de titel van dit onderzoek zou ik de zorgverlening binnen Speciale Zorg typeren als een omgeving waarin toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers samen willen werken aan zo goed mogelijke dienstverlening voor de klant.

Literatuurlijst

- Abernethy, M., & Chua, W. (1996). A Field Study of Control System "redesign": The Impact of Institutional Processes on Strategic Choice. *Contemporary Accounting Research* , 13 (2), pp. 569-606.
- Ackroyd, S. (1996). Organization Contra Organizations: Professions and Organizational Change in the United Kingdom. *Organizations studies* , 17 (4), pp. 599-621.
- Babbie, E. (2004). *The practice of Social Research* (Vol. 10). Belmont, CA, USA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Bannink, D., Lettinga, B., & Heyse, L. (2006). NPM, bureaucratisering en de invloed op de professie. *Beleid & Maatschappij* , 33 (3), pp. 159-174.
- Beck, E., & Mays, N. (1996). Health care systems in transition: Confronting new problems in changing circumstances. *Journal of Public Health Medicine* , 18 (3), pp. 254-257.
- Berg, M., Schellekens, W., & Bergen, C. (2005). Bridging the quality chasm: Integrating professional and organizational approaches to quality. *International Journal for Quality in Health Care* , 17 (1), pp. 75-82.
- Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the new public sector. *Management Accounting Research* , 11, pp. 281-306.
- Covaleski, M., Dirsmith, M., & Michelman, J. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, Case-Mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society* , 18, pp. 65-80.
- Creswell. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3 ed.). California: SAGE Publications, Inc.
- Crossan, M., Lane, H., & White, R. (1999). An organizational learning framework: from intuition to institution. *Academy of Management Review* , 8, pp. 522-537.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* , 48, pp. 147-160.
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money & Management* , pp. 9-16.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4 ed.). London: SAGE Publications Inc.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* , 26 (1), pp. 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* , 26 (1), pp. 56-69.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration. *Health Care Management Review*, pp. 70-84.

Groll, R. (2000). Between evidence-based practise and total quality management: the implementation of cost-effective care. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 297-304.

Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven. (2006). *new public management*. Opgeroepen op 7 juli 2009, van Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: <http://www.ioo.nl/index.cfm/9,575,91,32,html>

Jaffee, D. (2001). *Organization Theory: Tension and Change*. New York: McGraw-Hill.

Jespersen, P., Nielsen, L., & Sognstrup, H. (2002). Professions, institutional dynamics, and new public management in the Danish hospital Field. *International Journal of Public Administration*, 25 (12), pp. 555-574.

Jones, C., & Dewing, I. (1997). The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability and Management*, 13, pp. 261-280.

Livio. (2007). *Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2007*. Enschede: Livio.

MinVWS. (2004, november 4). *Groen licht voor invoering DBC's*. Opgeroepen op 11 juni 2009, van minVWS: <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/cz/2004/groen-licht-voor-invoering-dbc's.asp>

Modell. (2001). Performance measurement and institutional processes: a study of managerial responses to public sector reform. *Management Accounting Research*, 12, pp. 437-464.

Morris, S., Devlin, N., & Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*. West Sussex: John Wiley & Sons, LTD.

Morris, T., & Empson, L. (1998). organisation and expertise: an exploration of knowledge bases and the management of accounting and consulting firms. *Accounting, Organizations and society*, 23 (5/6), pp. 609-624.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2007). *Uitvoeringstoets Care voor de Toekomst; voorstellen voor de korte en lange termijn*. Utrecht.

Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39 (6), pp. 761-785.

Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39 (6), pp. 761-785.

Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, 16, pp. 145-179.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2000). *Public Management Reform, a comparative analysis*. New York: Oxford University Press Inc.

Scott, R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, California, United States of America: SAGE Publications, Inc.

Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking en professionaliteit in de publieke sector* (4de ed.). Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek* (Vol. 4). Den Haag: Lemma.

Vilans. (2007). *competenties in de zorg; manager en competenties*. Opgeroepen op 26 oktober 2009, van vilans.nl: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=26861>

Yin, R. (1994). *Case study Research. Design and Methods* (2 ed.). London: Sage publications.

Bijlage 1: Summary Master Thesis

Dedicated Health Professionals and Caring Managers

A qualitative research on the furtherance of 'entrepreneurship amongst the workforce' in a home care setting.

Background and problem analysis

Nowadays, health care organizations in the Netherlands are confronted with the fact that they should deliver their services on a more effective and efficiently way while maintaining the quality of those health care services. The main reason for these changes and the growing emphasis on cost control is that people are concerned about the rising costs of health care in general and whether or not the Dutch health care system is viable in its current form. Furthermore, the rapidly ageing Dutch population should not be overlooked. This group will create an exponentially growing demand for proper health care on the short term. According to the Dutch government there is much to gain when it comes to the supply side of health care. Health care organizations are encouraged to cope with this increase in demand of their services, but at the same time are forced to lower their costs. Within this background it becomes apparent that health care organizations should act more like entrepreneurs to come to a sound solution to manage these major changes.

Livio, a major health care provider in the Twente region of the Netherlands, specialized in providing health care, adapted accommodation and advice on health and vitality, also noticed the previously mentioned changes. Livio needs to act on these changes to maintain a strong position in the health care market. Doing so, they will have to anticipate on many upcoming changes, among which the introduction of a law on social welfare support (WMO) and the new concept of a patient's overall care needs (zorgzwaarteprofielen). Both these changes put an emphasis on and limitations to the way health care is/can be financed and how costs can be allocated internally. Financial and organizational aspects of health care will increasingly influence the actual health care delivery by Livio. The changes will thus be directly noticeable on the workplace. The health professional as well as the client will be affected by the consequences of these changes. The main task of the health professional will still consist of providing excellent care to the client, but now within more strict financial limitations.

Within the teams of Livio Special Care, who are the focus of this study, managers have to ensure that work processes and the mentality of the staff are in line with the changes that are being made. In short, it is expected that health professionals, who have formerly only been involved in providing the actual care, also bear in mind the financial consequences of the services they offer and act sensible accordingly. This fits perfectly in the bigger picture of an entrepreneurial organization that the management aspires. In this idea of entrepreneurship amongst the workforce the health professional has to look at the health care need of the client and subsequently chooses for the financing option with the best fit. To achieve this, it is necessary to gain more insight and understanding in how financial and organizational aspects can be better integrated in health care processes.

Literature study

By a first exploration of the literature it became clear that there is a gap between managers and health care professionals. The difference between those groups mainly concentrates on the way both groups look at the care provision. Health care professionals are by nature focused on the contents of the care provision, while managers are more oriented on how care provision is organized.

To get more insight in the organization of managers and care professionals, the institutional theory is used in order to explore the relationship between these 'two worlds'. Institutions are most often described as human organizations. This implies that besides rational, formal and goal oriented aspects, emotional aspects and traditions also play an important role for institutions. Scott (1995) developed a conception of institution in which he characterized three elements as the 'pillars' of institutions. Each pillar is associated with a different base of order, indicators of presence and source of legitimacy. The three pillars that are distinguished are:

1. Regulative pillar: involve the capacity to establish rules, surveillance mechanisms and sanctions to influence human behavior;
2. Normative pillar: involve the creation of expectations that introduce a prescriptive, evaluative and obligatory dimension into social life;
3. Cognitive pillar: involve the creation of shared conceptions that constitute to the nature of social reality and the frames to which meaning is made (Scott, 1995).

For this research it was important to look at institutionalization as a process. Institutionalization as a process reflects the relative power of the organized interests and actors who mobilize them. In this way institutional theory adds the interest and power of different stakeholders to the organizational analysis. In case of this research the interests of political bodies, health care managers, care

professionals and their clients are of meaning and they influence the way in which health care is organized.

According to the findings of the literature study there are some mechanisms that might contribute in decreasing the area of tension between the institutions of managers and health professionals. Based on the institutional theory the mechanism decoupling and isomorphism might be applied to reach this goal. Additionally, the mechanism closure, originated from the literature on professionalism, might also have a positive or negative influence on coordinating the conflicting situations between the institutions. The three distinguished mechanisms work as follows:

1. Decoupling: a process of disintegrating the structural elements of different parts in the organization in order to comply with inconsistent norms between conflicting institutions.
2. Isomorphism: a constraining process that forces one unit in an organization to be similar to other units that face the same set of environmental conditions. Depending on the environmental conditions mimetic-, coercive-, and normative isomorphism processes are distinguished in the literature.
3. Closure: a process in which it is expected that professional behavior will be controlled through self-control processes and the social control imposed by the individuals within the professional group. Professionals try to maintain substantial control by a closure in the labor market, outside employing organizations, through their associations and the practice of licensing practitioners. In some occasions professionals also try to maintain control inside the organization, through informal organization. For example the professional have a significant influence on hiring new professionals. This can be regarded as a kind of 'double closure'.

For the analysis of the management institution the theory on New Public Management (NPM) is leading. NPM refers to several movements within the public sector, whereby the management methods are more and more based on those used in commercial organizations. The implementation of NPM is characterized by the introduction of different types of performance measurement instruments and information systems. The introductions of these types of instruments intend to improve the effective and efficient organization of delivering services within public organizations. The characteristics of NPM can be compared with the characteristics of the old tradition of management in public organization. See table 1 below for the differences of both literary schools:

Old Public Administration	New Public Management
No transparent budgets	Transparent budgets
High- trust principal-agent relationship	Low-trust principal-agent relationship
Unified functional planning- and provision structures	Dissecting separable functions into quasi-contractual or quasi-market forms, particularly by introducing purchaser/provider distinctions
No competition	Competition between public agencies, firms and not-for-profit bodies
Not much influence for the user of services	Decreasing the role of provider and allowing users more scope

The theory on professionalism is used in order to further analyze the institution of the care professionals. The work of professionals entails a high degree of skills and knowledge that only the fellow professionals can make an accurate assessment of professional performance. The reason why professionalization among workplaces occurs is two folded. Professionals try to establish considerable control about the use of their expertise, while at the same time they try to diminish the involvement of other actors. Because of these characteristics of professionals, it can be argued that professionalism consists of two main elements; the contents and the amount of control on the profession. The contents of the professions consist mainly out of rational and ethical considerations about how to resolve problems in the best possible way in order to optimize the service. For this reason the most important aspects of the contents are knowledge, skills, ethics and appearance. Control, the other important element of professionalism, consists mainly of political and social considerations. The most important characteristics are therefore association, jurisdiction, codification and intervention.

The theory of Glouberman and Mintzberg (2001) is consulted in order to fit the theory of professionalism to professionals in a homecare setting. According to these scientists, professionals in a home care setting can be better characterized as semi-professionals. During this study it became clear that professionals in home care setting do have a lot of influence in the contents of their daily work activities, nevertheless they are strongly allied to the organization they work for. This alignment between professionals and the organization implies that professionals in homecare settings are less professional than for instance medical doctors in a hospital.

Research Question

In the theoretical framework we have discussed the theories on Institutions, New Public Management and professionalism in order to gain understanding on how entrepreneurship amongst the workforce at Livio Special Care could be furthered. From these different theoretical perspectives, we have looked at the way management (mostly concerned with NPM related responsibilities) and health professionals (characterized by their high degree of control and competence), as a joint force, can contribute to the realization of more entrepreneurship amongst the workforce. As a starting-point we have to gain more insight in the functioning of the different coordination mechanisms, decoupling, isomorphism and closure. They can possibly be used as tools to improve the professional relation between both groups and bring both managers and professionals closer together. By means of empirical research we attempted to find an answer to this hypothesis. The main research question that can be formulated is:

‘What is the relationship between the institutions of the management and that of health professionals within the teams of Livio Special Care, and in what way may insight in the functioning of the mechanisms decoupling, isomorphism and closure contribute to the furtherance of entrepreneurship amongst the workforce?’

Methods

This research can be characterized as exploratory; because it is unclear to the management of Livio, Special Care what the consequences exactly are when they implement certain commercial oriented processes into the health care processes. Furthermore, there has been paid little scientific attention to the fact that a discrepancy exists between commercial and health care processes in the Dutch home care.

In part 1 of this research we have conducted an extensive literature review to gain more insight in how entrepreneurship amongst the workforce could be furthered. The goal of the literature review was to study how institutions work. Using this knowledge as a starting-point, we defined the institutions of management and the health professionals with the theories on New Public Management and professionalism. In addition, we found theoretical support for three mechanisms (decoupling, isomorphism and closure) that could contribute to the coordination between the management institution and the health professional institution.

In part 2, the findings of the literature review were tested in practice at the office of Livio, Special Care. Data was gathered that would give an answer to the main research question. This particular research setting was chosen, because there are several teams that operate within the department of

Livio, Special Care who differ in work tasks and competence. In light of this research it is interesting to study the differences between these teams and determine if and how this influences the relationship with their superiors, the management. Besides that, the department Special Care is well suited for research, since this department has multiple managers who can represent the institution of the management.

The data was gathered by taking semi-structured interviews with managers and team coordinators of the following teams of Special Care: nursing, supportive counseling (thuisbegeleiding), MTH and PIT. In this case, the team coordinators represent the institution of the health professional, because in the current situation they are confronted with commercial and organizational processes implemented by the management, the most. Moreover, these people are employed by Special Care for some time now and thus have a deeper understanding on how things work. Furthermore, the team coordinators have a mediating role between the two institutions. It is self-evident that the team managers represent the management institution in this setting.

A total of nine coordinators and two managers were asked to support this research by willing to give interviews. All respondents showed full support and data were gathered from all of them.

General Conclusion/Results

Based on the interview results it appeared that there is a significant difference between the teams of Special Care looking at the relationship between the institution of managers and care professionals. In general, it can be concluded that within the nursing teams there is a large area of tension between both institutions compared with the teams of supportive counseling, MTH and PIT. Nevertheless based on the findings from the literature study recommendations toward furtherance of entrepreneurship amongst care professionals are given for each team.

Based on the current relationship between the institutions of management and care professional, a mixture of mechanisms might be applied to furtherance the entrepreneurial activities within the various teams. The degree of professionalism amongst the care professionals is an important indicator for deciding the appropriate mechanism. The degree of autonomy and the complexity of the tasks modify the way managers might manage the furtherance of entrepreneurial activities. The results of this research indicate that it is most likely that decoupling might be appropriate in situations where there is a lot of conflict against the introduction of changes based on NPM principals. Therefore the mechanism of decoupling is suitable for the nursing teams. Besides that, the mechanism of decoupling can also be of importance in situations where coordinators of various teams tend to act more like managers, like is the case for the teams of the TB. The mechanism

closure is especially appropriate in situations where professionals have a lot of autonomy regarding their work activities. It appears that for the teams with a high degree of professionalism, the teams of PIT and MTH, the mechanism of closure already works efficiently. The presence of the mechanisms closure makes it possible for the professionals to implement changes based on NPM without resistance. The results of the interviews indicate that professionals within the care teams do have a need for more mutual adjustment. This might be an indication that by using the mechanism of closure, managers can manage more by referring to the professional considerations of autonomy. The last mechanism, isomorphism, seems to be suitable when professionals express the need for more confirmation in case of changes towards NPM. The mechanism of isomorphism is therefore well suited for the teams of supportive counseling. By giving the teams clear examples, on the expected behavior towards financial and organizational aspects of their work, the furtherance of entrepreneurial behavior might increase.

Practical recommendations

In addition to the general conclusions we formulated some specific conclusions for each team. Based on these conclusions the recommendations toward the managers for the furtherance of entrepreneurship amongst the workforce have been given.

Nurses

It has been concluded that there is a significant gap between the institutions of managers and health professionals. The causes of this area of tension are the experienced high workload by the nurses, changes does not fit in daily practice, weak communication, a high change rate and there is a remarkable conflict between efficiency and effectively issues on one hand and quality issues on the other hand. Based on these main problems we formulated the following recommendations towards the management of the nurses:

- NPM changes where specific financial or organizational knowledge is demanded should be removed from the nurses' tasks. In this way, we expect to handle most of the problems. The nurses are no longer confronted with changes which they cannot implement without having the time to acquire them. This time should be used to enhance the quality of care. It is expected that with this action part of the workload will disappear. The nurses which besides their normal care activities are assigned to deal with new changes toward NPM should have the opportunity to enlarge their knowledge and skills to handle with these challenges. In this way, we expect that changes will be better dealt with. It is also important that these nurses have a voice in the implementation process of new NPM changes, in this way changes better fit within the daily practice of the workforce.

- The recommendation mentioned above does not imply that other nurses, which are not concerned with the specific financial or organizational based task, no longer have other responsibilities besides their care activities. The basic assumption should be that every care professional bear the responsibility for a sound (profitable) organization. To accomplish these goals managers should pay more attention to make sure that professionals are better aware that they should bear responsibility for all of their tasks.
- At this moment it is difficult to say something about the contribution of the team coordinator, because the interview results showed us that there is a lot of uncertainty and trouble among the workforce about NPM measures. We recommend the managers to concentrate on the first two recommendations before evaluating the use of coordinators to improve the relation between management and professionals. When there is more clearance and a good review on the state of affairs can be made, it is possible to consider the added value of the coordinators. We expect that these coordinators might be applicable for improving the communication between the two institutions.

Supportive counseling

Based on the interview results some conclusions about the relationship between management and professionals can be drawn. First of all, we conclude that the role of the team coordinator is important in the coupling of managers and professionals. It is remarkable to see how close the opinion of those coordinators aligns with the viewpoint of managers. Nevertheless we also observed that the other professionals within these teams are not well informed on how to deal with financial and organizational processes. Based on these conclusions we formulated the following recommendations towards the management of the TB:

- In order to establish a good relation between the institutions, it is advisable to prevent that coordinators are getting further aligned with the institution of the managers. Therefore we recommend the management to reduce the amount of control activities by the coordinators. By doing so, possible resistance against control can be addressed towards the managers, meanwhile the coordinator remains easy approachable for their colleagues and they can mediate in these situations.
- Furthermore we conclude that the complexity of task and the degree of autonomy among these professionals is relatively low. In such cases it is advisable to use clear examples about what is expected from the professionals. For example, it should be made clear by the management what is meant with the so-called signal function of the professionals. The coordinators should be the 'perfect example' that the other professionals can easily follow.

MTH/PIT

Based on the interview results we found that the relationship between managers and professionals is almost perfectly organized for the MTH and PIT teams. The coordinators did not experience any trouble with the NPM measures and the way these are implemented in daily practice. Although the alignment between the two institutions is good, there are a few indications that managers should be aware of the downside of too much autonomy amongst these professionals. Whenever there is too much autonomy, it is very difficult for managers to remain a certain amount of control on these professionals and their activities.

Final remark

To conclude this research we would like to remark that the title of this master thesis refers to managers and professionals who in our opinion devote their heart and soul to the organization of health care. There is a lot of mutual understanding for each other's tasks and responsibilities between the institutions. However in the rush of the daily work it is sometimes hard to find each other and share opinions to avoid conflicts. The recommendations in this research hopefully contribute to enlarge this mutual understanding in order to reach the goal of the managers; the furtherance of an entrepreneurial organization.

Bijlage 2: Bijeenkomst Coördinatoren Speciale Zorg

Op 7 mei 2009 vond er een bijeenkomst plaats voor de coördinatoren van de verschillende teams binnen Speciale Zorg. Deze bijeenkomst was de eerste bijeenkomst in een ontwikkelingstraject van de coördinatoren. Het doel van de bijeenkomst was om door middel van twee externe coaches meer inzicht te krijgen in de taken die horen bij de rol van coördinator. De bijeenkomst stond voornamelijk in het teken van het signaleren van knelpunten die als uitgangspunt dienen voor de vervolgbijeenkomsten.

Tijdens de bijeenkomsten werd de verpleegkundigen gevraagd om hun werkgebied als coördinator in beeld te brengen in een zogenaamd ecogram. Vragen die hierbij in acht genomen dienden te worden waren onder andere:

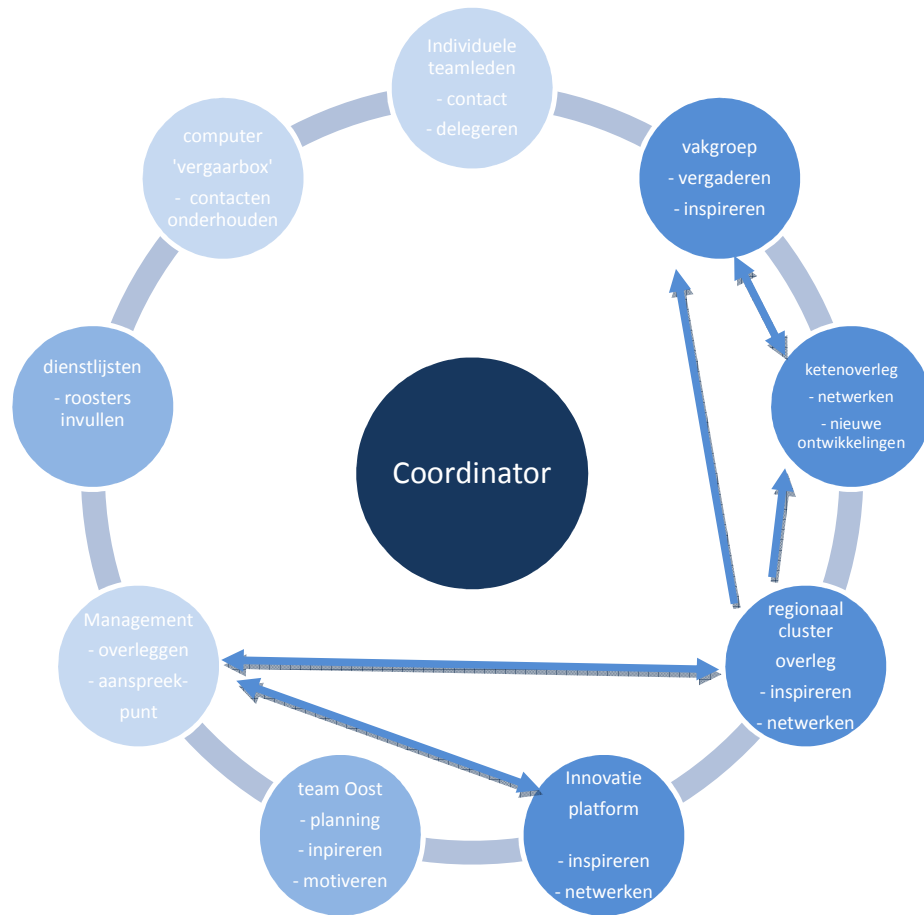
Waar acteer je als coördinator?

- Hoe intensief is het contact?
- Wat bespreek je daar?
- Welke verbindingen zijn er?
- Waar loop je tegenaan?
- Wat zijn uitdagingen?
- Welke nieuwe taken zijn er?
- Wat is er verandert?
- Administratie, levert dat problemen op?

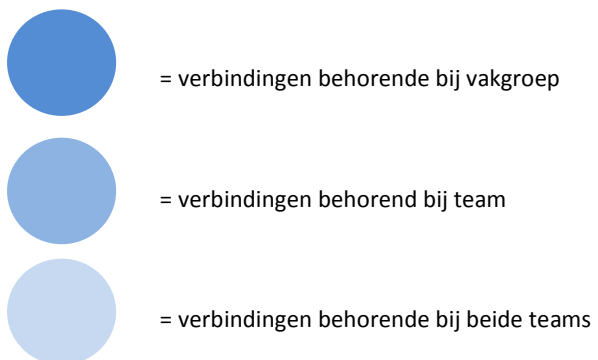
Een voorbeeld van een ecogram van een coördinator (zowel coördinator van een vakgroep als van een verpleegkundig team) is op de volgende pagina weergegeven.

Het voorbeeld ecogram en de discussie die volgde na het invullen van de ecogrammen illustreert de probleemstelling. Het voorbeeld ecogram (ingevuld door een coördinator van de verpleging) laat bijvoorbeeld weinig zien over de rol van de financiering van de zorg. Contacten met onder andere het bedrijfsbureau, het zorgkantoor en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) ontbreken. De reactie van het management op dit ecogram is dat de coördinator meer moet afweten van de financiering en de verwijzing van zorgaanvragen. De coördinator dient overstijgend te kunnen denken en verbanden te kunnen leggen tussen partners binnen en buiten de organisatie. Kort samengevat is de verwachting van het management dat er meer ondernemerschap getoond wordt door de coördinatoren, naast hun vakinhoudelijke werk.

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers



Legenda:



Bijlage 3: Uitnodiging interview zorgprofessionals

Enschede, [DATUM]

Beste [NAAM],

Zoals wellicht bekend bij jullie ben ik op dit moment bezig met een onderzoek voor de afronding van mijn studie Bedrijfswetenschappen aan de Universiteit Twente. Het onderzoek vindt plaats binnen Livio, Speciale Zorg en is tot stand gekomen in samenwerking met Heleen Mulder en Inge Bezemer.

Het doel van het onderzoek is om te kijken hoe bedrijfsmatige processen beter geïntegreerd kunnen worden op de werkvloer. Uiteraard staat voorop dat dit niet ten koste mag gaan van de zorginhoudelijke processen.

Om antwoorden te vinden op de onderzoeksvragen is jullie mening van groot belang. Door middel van interviews wil ik meer informatie krijgen over aspecten die voor jullie dagelijkse werkzaamheden van belang zijn om jullie werk nu en in de toekomst goed uit te kunnen voeren.

Bij deze wil ik je dan ook uitnodigen voor een interview. Heleen heeft mij toestemming gegeven om interviews tijdens werktijd te plannen. Deelname is geheel vrijwillig en de gegevens die worden verzameld zullen zorgvuldig en anoniem worden verwerkt in het onderzoek. Inlezen of voorbereiding van het interview is niet nodig. Ik zou het zeer op prijs stellen als je medewerking wilt verlenen aan dit onderzoek!

Ik ben zo vrij geweest om de afspraken voor de interviews te plannen. Ik zou je graag willen uitnodigen voor het interview op [DATUM] om [TIJDSTIP tot TIJDSTIP]. Bij afwezigheid of bezwaren tegen deelname aan het interview hoor ik deze graag op tijd.

Mochten er nog vragen of opmerkingen zijn dan hoor ik deze graag. Ik ben dagelijks bereikbaar op onderstaand mailadres en/of telefoonnummer.

Met vriendelijke groet,

Jorien de Nijs

Student Business Administration

Bijlage 4: Interview protocol zorgprofessionals

Met het oog op de leesbaarheid van de tekst is er gekozen om voor verwijzing naar zorgprofessional de vrouwelijke vorm te gebruiken. Waar 'ze', 'zij' of 'haar' staat kan uiteraard ook 'hij', 'hem' of 'zijn' gelezen worden. Verder wordt de zorgprofessional getutoyeerd, zodat de afstand tussen de interviewer en geïnterviewde wordt verkleind.

De vragen zijn afkomstig uit de theoretisch kader in deel 1 van dit onderzoek. Voor de duidelijkheid is er per onderwerp nog een korte uitleg toegevoegd waarin wordt ingegaan op de relevantie van de vragen. Zie de blauwe kaders voor de uitleg.

Inleiding:

- Geïnterviewde korte inleiding geven over het onderzoek (doelstelling)
- Informatie geven over de verwerking van de gegevens, anonimiteit (namen worden niet genoemd in het onderzoek)
- Vragen of de geïnterviewde bezwaar heeft als het interview wordt opgenomen.
- Vragen of er nog vragen of opmerkingen zijn voordat het interview wordt gestart.

Algemene gegevens:

- Wat is je leeftijd?
- Wat is je functie binnen Livio, Speciale Zorg
- Sinds hoe lang ben je al werkzaam binnen Livio, Speciale Zorg
- Wat is je opleidingsniveau?
- Hoeveel jaren werkervaring heb je in de zorg?

Instituties

In dit gedeelte van het interview zal er gekeken worden naar hoe de institutie van zorgprofessionals eruit ziet. Er zullen vragen worden gesteld die horen bij de drie institutionele peilers zoals die door Scott (1995) zijn beschreven.

Regulatief

- Met welke regels en standaarden heb je mee te maken in de uitoefening van je dagelijkse werkzaamheden?
- Welke van deze regels standaarden vind je het belangrijkste, waarom?
- Wie controleert of de regels worden nageleefd? Zorgt dit voor extra druk? Beïnvloed dit de werkzaamheden?

Bij de regulatieve peiler hoort de opvatting dat instituties bestaan uit regels die opgesteld zijn en die moeten worden nageleefd. In dit opzicht is het relevant om aan de professionals te vragen met welke regels en standaarden zij in hun dagelijks werk te maken hebben. Om de vraag te vereenvoudigen kan worden gevraagd aan de professional om een 'normale' dag op het werk te beschrijven. Door het beschrijven van de dag worden als het goed is de routines zichtbaar die van belang zijn bij de uitoefening van het werk, dit komt overeen met de opvatting van sociaal realisten dat mensen gewoonte getrouw rationeel handelen. Bij de regulatieve peiler is de strategie van straffen en belonen belangrijk, vandaar dat er ook wordt gevraagd of er controle is op deze dagelijkse routines die uit regels en standaarden bestaan.

Normatief

- Wat vind je typische waarden en normen die bij de uitoefening van jouw beroep horen? Welke zijn het meest van belang.
- Welke verwachtingen heeft naar jouw mening de gemiddelde klant over de geleverde zorg?
 - o Biedt Livio voldoende mogelijkheden om aan die verwachtingen te voldoen?
- Welke verwachting heeft de organisatie over hoe jij moet omgaan met de vraag van de klant?
 - o Past deze verwachting bij de aard van uw werkzaamheden. Zijn de verwachtingen reëel?

Bij de normatieve peiler draait het vooral om de normen en waarden die volgens Scott ten grondslag liggen aan de keuzes die mensen maken. Aangezien het hier gaat om hoe verpleegkundigen/verzorgende, wordt er gekeken naar de 'rol' die hoort bij deze beroepsgroep. Er wordt eerst aan de professional zelf gevraagd welke normen en waarden zij belangrijk vindt. Als men moeite heeft om deze vraag te beantwoorden wordt gevraagd of zij kunnen omschrijven wat zij als een goed verpleegkundige/verzorgende zien. Op normatief niveau speelt ook mee dat een institutie beïnvloedt wordt door sociale verwachtingen van de omgeving. In het geval van de professionals is het van belang om te vragen welke verwachtingen de klant en de organisatie (vertegenwoordigd door het management) hebben van de zorgverlening.

Cognitief

- Kun je kenmerken geven waaraan een verzorgende/verpleegkundige te herkennen is? Anders gezegd; hoe wordt er door buitenstaanders aangekeken tegen jou als verzorgende/verpleegkundige?

Toegewijde zorgprofessionals en betrokken managers

- Wat zijn typische eigenschappen die passen bij jouw beroep.
 - o Waarom zijn deze eigenschappen kenmerkend voor jouw beroep?
- Kun jij je over het algemeen goed identificeren met je collega's?
 - o Zo ja, kun je aangeven waarom je je kunt identificeren?
 - o Zo nee, wat is hiervan de reden?
- Als jij de keuze had om opnieuw te kiezen voor een beroep, zou je dan weer kiezen voor verpleegkundige/verzorgende te worden?
 - o Zo ja, liggen dezelfde overwegingen/ motieven spelen een rol bij deze keuze?
 - o Zo nee, waarom niet en welk beroep zou dan jouw voorkeur hebben?

Bij de cognitieve peiler gaat het om hoe individuen aankijken tegen 'de werkelijkheid'. De sociale werkelijkheid wordt steeds opnieuw vormgegeven, waarbij symbolische structuren een belangrijke rol spelen. Om meer inzicht te krijgen in de cognitieve peiler zal worden gevraagd naar hoe de professional denkt dat buitenstaanders tegen hun beroep aankijken. Daarbij wordt aan de professional gevraagd om even afstand te nemen van hun positie en vanuit de ogen van de gemiddelde Nederlander naar hun beroep te kijken. Cognitieve systemen zijn vaak heel vanzelfsprekend, om toch meer indruk te krijgen naar hoe men verpleegkundigen/verzorgenden kan herkennen zal aan de professional worden gevraagd waarom ze past tussen haar collega's en of ze opnieuw zou kiezen voor een carrière in de zorg. Door deze vragen te stellen kan worden gekeken of de professional weet wie zij is; kent ze haar sociale identiteit?

Mechanismen

Om vast te stellen of isomorfisme en decoupling een rol spelen bij het invoeren van NPM, zullen er verschillende vragen worden gesteld die betrekking hebben op deze mechanismen.

Isomorfisme

Als er veranderingen worden doorgevoerd op de werkvloer (zoals recent voor de verpleegkundigen andere wijze van uren registreren) hoe reageer jij daarop?

- Pas jij je meteen aan omdat het nou eenmaal gevraagd wordt van het management? Voel je hierbij druk om je te conformeren aan de nieuwe situatie?
- Welke rol speelt onzekerheid bij het aanpassen aan nieuwe situaties? Als je niet zeker weet of je het goed doet, vraag je dan aan het management of je het goed doet of je collega's? Welke voorbeelden zijn voor jou belangrijk?
- In hoeverre is de mening van de professionele beroepsgroep/ mening van mensen uit dezelfde beroepsgroep (maar werkzaam bij andere organisaties) van belang om je aan te passen aan nieuwe situaties?

Bij het mechanisme isomorfisme gaat het erom in welke mate de professional zich aanpast aan veranderingen die worden doorgevoerd. Als er sprake is van isomorfisme gaat men ervan uit dat een institutie geforceerd wordt om zich aan te passen aan andere, in dit geval professionals, die bloot worden gesteld aan dezelfde omgevingskenmerken. In dit opzicht wordt aan de professional gevraagd of zij kunnen omschrijven hoe zij over het algemeen omgaan met veranderingen die doorgevoerd worden op de werkvloer. Vervolgens worden nog extra vragen gesteld. Druk om te conformeren aan nieuwe situatie kan inzicht geven of er sprake is van dwingend isomorfisme. Onzekerheid en navragen bij collega's en management kan inzichten geven over imitatie isomorfisme. Als laatste kan er door te vragen naar de invloed van de mening van professionele beroepsgroep/school inzicht worden verkregen naar de eventuele aanwezigheid van normatief isomorfisme.

Decoupling

Zorgt de invoering van bedrijfsmatige processen voor de verandering van uw werk?

- o Zo ja, in welke mate?
 - o Zo nee, waarom niet?
- Is het mogelijk voor een verpleegkundige/verzorgende om naast de zorginhoudelijke kant ook aandacht te hebben voor de bedrijfsmatige kant van de zorg?
 - o Zo ja, in waarom
 - o Zo Nee waarom niet?
 - o Wat gaat te ver, wat kan wel/niet?

Bij het mechanisme decoupling is het van belang om te weten te komen of er sprake is van institutionele druk; moeten professionals tegemoetkomen aan inconsistente normen en waarden? In deze context wordt aan de professional gevraagd of zij ervaart of invoering van NPM invloed heeft op de werkzaamheden. Vervolgens wordt ook gevraagd aan de professional of zij het mogelijk acht dat professionals ook oog hebben voor de bedrijfsmatige kant voor de zorg.

Nieuw Publiek Management

- Wordt je naar jouw mening vaak geconfronteerd met veranderingen in de zorg?
 - o Zo ja, kunt je de veranderingen omschrijven
- Wat is je gevoel bij veranderingen die gericht zijn op het verbeteren de zorgverlening? (efficiëntie en effectiviteit)
- Wordt er naar uw mening genoeg rekening gehouden met de zorginhoudelijke kant van de zorgverlening bij het invoeren van veranderingen die gericht zijn op verbetering van de bedrijfsvoering?
 - o Zo ja, op welke manier wordt er rekening gehouden met de zorginhoudelijke kant?
 - o Zo nee, waarom niet?

Bij Nieuw Publiek Management gaat het er kort gezegd om dat in de publieke sector steeds meer management technieken worden ingevoerd die gericht zijn op het verbeteren van de efficiëntie en effectiviteit. In dit gedeelte van het interview zal eerst worden gevraagd aan de professional of zij ook daadwerkelijk het idee heeft vaak geconfronteerd te worden met de veranderingen in de zorg. Vervolgens zal worden gevraagd of zij deze veranderingen kan omschrijven. Daarbij is het ook van belang om te vragen naar hoe de professionals deze veranderingen beleven, hoe zij daar gevoelsmatig mee omgaan. De invoering van NPM in de zorg mag niet ten koste gaan van de capaciteit en kwaliteit van de zorgverlening, vandaar dat er aan de professional wordt gevraagd of er genoeg rekening wordt gehouden met zorginhoudelijke kant bij invoeren van NPM.

Professionalisme

- In hoeverre heeft het management invloed op de zorginhoudelijke kant van jouw werkzaamheden? (bijv: hoe je wonden behandelt, op welke manieren je klanten begeleidt)?
- In welke mate heeft het management controle/overzicht op de werkzaamheden die door jouw verricht worden?
 - o Ben je het eens met deze mate van controle?
- In welke mate wordt je door het management ondersteunend in je rol als coördinator?
 - o Ben je hierover tevreden?
 - o Op welke punten wil je meer ondersteuning?
- Welk advies/raad zou u het management willen meegeven bij het veranderingen die erop gericht zijn op efficiëntie/ effectiviteit?

De mate van controle op het werk van de professionals heeft invloed op hoe het management deze groep kan aansturen. Vandaar dat er gevraagd wordt aan de professional in hoeverre zij denken dat het management invloed kan hebben op hun zorginhoudelijke werk. Daarnaast zal er ook worden gepolst in hoeverre de professionals het wenselijke vinden dat het management controle uitoefent op hun werk. Als afsluitende vraag zal worden gevraagd aan de professional of er nog advies/raad kan worden meegegeven aan het management als het gaat om het invoeren van NPM. Deze vraag biedt de mogelijkheid aan de professional om haar eigen zienswijze over het invoeren van NPM en de invloed hiervan op hun werkzaamheden, nog een keer te verwoorden.

-Einde interview-

Bijlage 5: Interview protocol managers

Met het oog op de leesbaarheid van de tekst is er voor gekozen om voor verwijzing naar de manager de vrouwelijke vorm te gebruiken. Waar 'ze', 'zij' of 'haar' staat kan uiteraard ook 'hij', 'hem' of 'zijn' gelezen worden.

De vragen zijn afkomstig uit de theoretisch kader in deel 1 van dit onderzoek. Voor de duidelijkheid is er per onderwerp nog een korte uitleg toegevoegd waarin wordt ingegaan op de relevantie van de vragen. Zie kaders voor de uitleg.

Korte inleiding/introductie van het onderzoek

- Waarom dit interview van belang is, zowel op persoonlijk als organisatorisch belang wijzen.
- De geïnterviewde blijft anoniem, namen worden niet genoemd in de evaluatie van de interviews.
- Vragen of er nog onduidelijkheden/ vragen zijn voor aanvang van het interview

Algemene gegevens:

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw functie binnen Livio, Speciale Zorg
- Sinds hoe lang ben je al werkzaam binnen Livio, Speciale Zorg
- Wat is uw opleidingsniveau?
- Hoeveel jaren ervaring heeft u met het werken in de zorg, welke functies heeft u gehad in de zorg?

Instituties

In dit gedeelte van het interview zal er gekeken worden naar hoe de institutie van zorgprofessionals eruit ziet volgens de manager. De vragen zijn identiek aan de vragen die aan de professionals gesteld zijn. Het verschil is dat de manager nu beschrijft hoe de institutie van de zorgprofessional er volgens haar uit ziet.

Regulatief

- Welke regels, standaarden en procedures zijn binnen uw afdeling van belang om de zorgverlening door uw medewerkers zo goed mogelijk te laten verlopen?
 - o Waar komen deze regels vandaan? (Zijn deze regels/standaarden door u ingevoerd/opgelegd of afkomstig van hoger in de organisatie of van externe organisatie)
- Welke regels/standaarden vindt u het belangrijkste, waarom?
- Hoe controleert u of u verpleegkundige de regels naleven?
- Hoe gaat u om met weerstand van u verpleegkundige tegen bovengenoemde regels/standaarden en procedures?

Bij de regulatieve peiler hoort de opvatting dat instituties bestaan uit regels die opgesteld zijn en die moeten worden nageleefd. In dit opzicht is het relevant om aan de manager te vragen aan welke regels en standaarden de professional zich dient te houden. Daarnaast is het van belang of deze regels en routines afkomstig zijn van de manager zelf, of dat deze elders in de organisatie zijn bepaald. Bij de regulatieve peiler is de strategie van straffen en belonen belangrijk, vandaar dat er gevraagd wordt hoe de manager ervoor zorgt dat de professional zich houdt aan de regels. Aangezien er vanuit wordt gegaan dat toezicht op naleving van de regels en standaarden weerstand oproept bij de professionals, wordt aan de manager gevraagd hoe ze daar mee omgaat.

Normatief

- Wat vindt u typische waarden en normen die bij de uitoefening van het verpleegkundig beroep horen? (wat is een goed verpleegkundige?)
 - o Welke zijn het meest van belang?
- Welke verwachtingen heeft naar u mening de klant over de geleverde zorg?
 - o Kunt u aangeven in hoeverre u deze verwachtingen reëel vindt?
- Welke verwachtingen heeft u over hoe de verpleegkundige omgaan met de vraag van de klant?
 - o Hoe zorgt u ervoor dat uw medewerkers zo goed mogelijk aan deze verwachtingen van de klant tegemoet komen?
 - o Vindt u verwachtingen passen bij het beroep van de verpleegkundigen?
 - o Zijn er externe invloeden die het medewerkers moeilijk maakt om aan deze verwachting te voldoen?

Bij de normatieve peiler draait het vooral om de normen en waarden die volgens Scott ten grondslag liggen aan de keuzes die mensen maken. Aangezien het hier gaat om hoe verpleegkundigen/verzorgende, wordt er gekeken naar de 'rol' die hoort bij deze beroepsgroep. Er wordt eerst aan de manager gevraagd welke waarden en normen zij vind passen bij de professional. Als men moeite heeft om deze vraag te beantwoorden wordt gevraagd of zij kunnen omschrijven wat zij als een goed verpleegkundige/verzorgende zien. Op normatief niveau speelt ook mee dat een institutie beïnvloedt wordt door sociale verwachtingen van de omgeving. De manager wordt daarom ook gevraagd naar de verwachtingen van de klant en de organisatie over de zorgverlening door de professional.

Cognitief

- Kunt u kenmerken aangeven waaraan een verpleegkundige te herkennen is?
 - o Waarom zijn deze kenmerken kenmerkend voor verpleegkundigen?
- Wat zou de reactie zijn als aan de gemiddelde verpleegkundige, die op uw afdeling werkzaam is, de vraag wordt gesteld of ze opnieuw zouden kiezen voor het verpleegkundige beroep?
 - o Waarom denkt u dat?

Bij de cognitieve peiler gaat het om hoe individuen aankijken tegen 'de werkelijkheid'. De sociale werkelijkheid wordt steeds opnieuw vormgegeven, waarbij symbolische structuren een belangrijke rol spelen. Het is van belang om meer inzicht te krijgen hoe de manager aankijkt tegen 'de werkelijkheid' van de professionals. Daarom zal worden gevraagd of de manager kenmerken kan benoemen waaraan de professionals volgens haar te herkennen zijn. De vraag of de professional weer voor het zelfde beroep zou kiezen kan ook meer inzicht geven hoe de manager aankijkt tegen de wereld van de professional.

Over manager zelf:

- Wat maakt een manager een goede manager in de zorg?
- Welke eigenschappen passen bij een manager in de zorg?
- Waarom hebt u gekozen voor dit beroep, welke redenen kunnen er worden aangedragen?
- Als u de keuze had om opnieuw te kiezen voor een beroep, zou u dan weer kiezen om manager in de zorg te worden?
 - o Zo ja, liggen dezelfde overwegingen/ motieven spelen een rol bij deze keuze?
 - o Zo nee, waarom niet en welk beroep zou dan uw voorkeur hebben?

Bij de cognitieve peiler draait het kort gezegd om de vraag of een persoon weet wie hij is; de sociale identiteit. Voor dit onderzoek is het ook van belang om te weten of de manager zichzelf goed kent en of dit overeenkomt met hoe de professional daarover denkt. Vandaar dat er ook gevraagd wordt aan de manager of zij kan aangeven wat volgens haar een goede manager is in de zorg en welke eigenschappen daar bij passen. De vraag of ze weer zou kiezen voor een managementfunctie in de zorg kan voor verduidelijking van de eerste twee vragen worden gezien.

Mechanismen

Isomorfisme

Als er veranderingen worden doorgevoerd op de werkvloer (zoals recent voor de verpleegkundigen andere wijze van uren registreren, ZOR, verandering zorgdossier, productie verhogen) hoe reageren de verpleegkundigen daarop?

- Passen de verpleegkundigen zich meteen aan omdat het nou eenmaal gevraagd wordt van het management? Voelen zij hierbij druk om zicht te conformeren aan de nieuwe situatie?
- Welke rol speelt onzekerheid bij het aanpassen aan nieuwe situaties? Als verpleegkundigen niet zeker weten of ze het goed doen, vragen ze dit dan aan het management of eerder aan collega's? En waarom denkt u dat ze deze keuze maken?
- In hoeverre is de mening van de professionele beroepsgroep/ mening van mensen uit dezelfde beroepsgroep (maar werkzaam bij andere organisaties) van belang voor de verpleegkundigen om zich aan te passen aan nieuwe situaties?

Bij het mechanisme isomorfisme gaat het erom in welke mate de professional zich aanpast aan veranderingen die worden doorgevoerd. Als er sprake is van isomorfisme gaat men ervan uit dat een institutie geforceerd wordt om zich aan te passen aan andere, in dit geval professionals, die bloot worden gesteld aan dezelfde omgevingskenmerken. In dit opzicht wordt aan de manager gevraagd hoe de professionals volgens haar over het algemeen omgaan met veranderingen die doorgevoerd worden op de werkvloer. Vervolgens worden nog extra vragen gesteld. Druk om te conformeren aan nieuwe situatie kan inzicht geven of er sprake is van dwingend isomorfisme. Onzekerheid en navragen bij collega's en management kan inzichten geven over imitatie isomorfisme. Als laatste kan er door te vragen naar de invloed van de mening van professionele beroepsgroep/school inzicht worden verkregen naar de eventuele aanwezigheid van normatief isomorfisme.

Decoupling

- Wat is uw mening over de toenemende focus op de bedrijfsmatige kant van het zorgproces?
- Zorgt de invoering van bedrijfsmatige processen voor de verandering van het werk van de zorgprofessionals?
 - o Zo ja, in welke mate?
 - o Zo nee, waarom niet?
- Is het reëel om van verpleegkundige/verzorgende te vragen naast de zorginhoudelijke kant van hun werk ook aandacht te schenken aan procesmatige processen?
 - o Zo ja, in waarom
 - o Zo Nee waarom niet?
- Hoe wordt de verpleegkundige/verzorgende ondersteund bij de bedrijfsmatige processen?

Bij het mechanisme decoupling is het van belang om te weten te komen of er sprake is van institutionele druk; moeten professionals tegemoetkomen aan inconsistente normen en waarden? In deze context wordt aan de manager gevraagd of zij ervaart of invoering van NPM invloed heeft op de zorginhoudelijke werkzaamheden. Vervolgens wordt ook gevraagd aan de manager of zij het mogelijk acht dat professionals ook oog hebben voor de bedrijfsmatige kant voor de zorg en hoeverre zij hierin worden ondersteund door het management.

Nieuw Publiek Management

- Wordt u naar uw mening vaak geconfronteerd met veranderingen in de zorg?
 - o Zo ja, kunt u de veranderingen omschrijven
- Kunt u aangeven door welke actoren deze veranderingen worden veroorzaakt?
 - o Intern/externe organisaties?
 - o Wat is de macht/invloed van deze partijen?
- Wat is uw gevoel bij veranderingen die gericht zijn op het verbeteren van de effectiviteit en de efficiëntie van de zorgverlening?
 - o Bevorderen deze veranderingen ook daadwerkelijk de efficiëntie en effectiviteit?
 - o Zijn de veranderingen gewenst?
 - o Wat heeft het voor invloed op de complete zorgverlening?
- Wordt er naar u mening genoeg rekening gehouden met de zorginhoudelijke kant bij het invoeren van veranderingen die gericht zijn op de verbetering van de bedrijfsvoering?
 - o Hoe houdt u als manager zelf er rekening mee dat de zorginhoudelijke kant niet tekort schiet bij het invoeren van de veranderingen
- Hoe denkt u dat de verpleegkundigen aankijken tegen deze veranderingen gericht op de verbetering van de bedrijfsvoering? Vaak geconfronteerd?
 - o Wat is het gevoel dat bij de verpleegkundigen overheerst en waar komt dat vandaan?
 - o Is er een verschil tussen de 'normale verpleegkundigen'

Bij Nieuw Publiek Management gaat het er kort gezegd om dat in de publieke sector steeds meer management technieken worden ingevoerd die gericht zijn op het verbeteren van de efficiëntie en effectiviteit. In dit gedeelte van het interview zal eerst worden gevraagd aan de manager of zij ook daadwerkelijk het idee heeft vaak geconfronteerd te worden met de veranderingen in de zorg. Vervolgens zal worden gevraagd of zij deze veranderingen kan omschrijven. Daarbij is het ook van belang om te vragen naar hoe de professionals deze veranderingen beleven, hoe zij daar gevoelsmatig mee omgaan. De invoering van NPM in de zorg mag niet ten koste gaan van de capaciteit en kwaliteit van de zorgverlening, vandaar dat er aan de professional wordt gevraagd of er genoeg rekening wordt gehouden met zorginhoudelijke kant bij invoeren van NPM. Vervolgens wordt ook aan de manager gevraagd of zij kan aangeven hoe de professional er volgens haar tegen aankijkt.

Professionalisme

De vraag in hoeverre het management controle heeft over het werk van de professionals is al uitgebreid aan bod gekomen bij de bespreking van de regulatieve peiler van de institutie. Om herhaling te voorkomen wordt er hier dus niet specifiek op teruggekomen, tenzij het noodzakelijk is om opheldering te krijgen over dit onderwerp.

-Einde interview-