

Harry Woldendorp

TOEKOMST BESTENDIGE ZORG – PROFESSIONALS & – ORGANISATIES



De consequenties van platformtechnologie voor de ouderenzorg

Toekomstbestendige zorgprofessionals en zorgorganisaties

Toekomstbestendige zorgprofessionals en zorgorganisaties

De consequenties van platformtechnologie voor
de ouderenzorg

Harry Woldendorp

© 2018, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veele-
voudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond
van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting
Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave
in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO
(Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 801

ISBN 978 90 232 5608 3

ISBN ebook 978 90 232 5609 0

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagontwerp: Kim Boeren, Viesrood Ontwerpers, Zwolle

Grafische verzorging en epub: LINE UP boek en media bv, Groningen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte

Inhoud

Voorwoord VII

- 1 **Inleiding** 1
- 2 **Netwerkgorg: van organisaties naar organiseren** 7
 - 2.1 Ontwikkeling van netwerkstructuren 9
 - 2.2 Narratief veranderen 11
 - 2.3 Eigen regie van cliënt 12
 - 2.4 Autonomievergroting bij professionals 14
 - 2.5 Bedrijfsvoering gericht op zelforganisatie 16
 - 2.6 Zorgtechnologie en digitalisering 17
 - 2.7 Robotisering 19
 - 2.8 Professionele logica en managementlogica 20
 - 2.9 Conclusie: te verwachten ontwikkelingen 22
- 3 **Autonomie en controle: ontwikkelingen in de ouderenzorg** 25
 - 3.1 Persoonsgerichte zorg 26
 - 3.2 Positieve gezondheid 27
 - 3.3 Kwaliteitskader 28
 - 3.4 Consequenties van zorgtechnologie en digitalisering: gedeeld perspectief van cliënt en professional 30
 - 3.5 Conclusie: te verwachten ontwikkelingen 32
- 4 **Zelfredzaamheid van de cliënt: hoe kom je tot (vergroting van) autonomie?** 35
 - 4.1 Zelfredzaamheid: eigen regie 36
 - 4.2 Zelfredzaamheid: activeren 37
 - 4.3 Zelfredzaamheid: we zijn verschillend 39
 - 4.4 Zelfredzaamheid: integrale zorgaanpak 40
 - 4.5 Mantelzorg 42
 - 4.6 Conclusie: te verwachten ontwikkelingen 45
- 5 **De wendbare organisatie: hoe wordt de balans tussen autonomie en controle binnen zorgorganisaties?** 47
 - 5.1 Zorglogistiek: de vraag van de cliënt centraal 49
 - 5.2 Uitwerking van lean inrichting 51
 - 5.3 Samenhangende bouwstenen: Business Model Canvas 54

5.4	Verbinding tussen organisatieniveau, procesniveau en prestatieniveau: vergroting van wendbaarheid	56
5.5	Conclusie: te verwachten ontwikkelingen	57
6	De wendbare organisatie: autonome rol van professionals	59
6.1	Interactie tussen leefwereld en systeemwereld	61
6.2	Wendbaarheid door professioneel handelen	62
6.3	Professionele identiteit versterken	65
6.4	Betekenisgeving centraal stellen	67
6.5	Autonomie: horizontale verbindingen versterken	67
6.6	Horizontale verbindingen: ondernemende houding en ondernemerschap	69
6.7	Ontwikkeling van ondernemerschap: leermodel	69
6.8	Professionele ontwikkeling in een digitale werk- en leeromgeving	72
6.9	Conclusie: te verwachten ontwikkelingen	74
7	Innovatie in de zorg: werken met platformtechnologie	77
7.1	Relatie tussen cliënt en professional	78
7.2	Innovatiekracht van platformtechnologie	80
7.3	Casus platformVmZ	81
7.4	Ontwikkeling van professioneel domein	84
7.5	Conclusie: te verwachten ontwikkelingen	87
8	Conclusie: de toekomstbestendigheid van zorgprofessionals en zorgorganisaties	89
8.1	Toekomstbestendige zorgorganisaties	90
8.2	Toekomstbestendige zorgprofessionals	91
8.3	Positie van cliënten	92
	Nawoord	95
	Literatuur	97

Voorwoord

Mijn afscheidsrede bij de Universiteit Twente had als titel: ‘De ouderen pakken de lead in de zorg!!’ In deze rede ben ik ingegaan op de positie van de (autonome) cliënt, de gevolgen van technologische ontwikkelingen en de consequenties voor het gezondheidszorgsysteem.

Dé cliënt bestaat niet. Cliënten hebben specifieke eigenschappen, worden gekenmerkt door heterogeniteit en hebben duidelijke eigen, individuele, preferenties. Dat geldt ook voor cliënten met een zeer zware zorgvraag. Er is een verschuiving in de eigen regierol tussen enerzijds de zorgmedewerkers/organisaties en anderzijds cliënten gaande waarbij cliënten meer de regie opeisen. Dit vertaalt zich al in een veelheid aan initiatieven: zorgcoöperaties, seniorenverenigingen, verbindingen met het bedrijfsleven, et cetera.

Met betrekking tot de ontwikkelingen in de medische technologie en zorgtechnologie zien we een sterke verschuiving, namelijk:

- laagwaardig → hoogwaardig
- complex → simpel
- cliëntonvriendelijk → cliëntvriendelijk
- vervreemdend → bindend
- duur → goedkoop
- grootschalig → kleinschalig
- curatief → preventief

De cliënt, ook in de zorg, wordt steeds meer zowel consument als producent: prosument. Technologie wordt gekenmerkt door huis-, tuin- en keukentechnologie (HTK-technologie): gemakkelijk toepasbaar, bedienbaar en bruikbaar. Het gezondheidszorgsysteem is nu nog te veel gericht op protocollen, normen en richtlijnen. Er komt steeds meer systeemresistent gedrag bij cliënten en zorgverleners. Er komen nieuwe coalities aan die gebaseerd zijn op het combineren van zelfregie, HTK-technologie en die coalities.

Harry Woldendorp heeft het in dit boek op zich genomen mijn gedachtegang voor de komende jaren uit te werken. Hij geeft een beschrijving van de positie van cliënten en professionals en laat zien welke consequenties die heeft voor de huidige zorginstellingen en welke nieuwe coalities denkbaar zijn. Een centraal element in zijn betoog zijn de mogelijkheden die platformtechnologie biedt. Ook het werken hiermee heeft veel kenmerken van HTK-technologie.

De toekomstbestendigheid van de ouderenzorg zal gebaseerd zijn op nieuwe verbindingen tussen cliënten en zorgprofessionals die op een eenvoudige manier gebruikmaken van technologische ontwikkelingen. Het is prettig om te zien dat mijn analyse op deze manier wordt uitgewerkt.

Guus van Montfort

Emeritus hoogleraar Universiteit Twente en bestuursvoorzitter Actiz

Inleiding

In mijn beroepspraktijk als consultant en interim-manager (vooral in de ouderenzorg) heb ik steeds geprobeerd voor mezelf een perspectief op toekomstige ontwikkelingen te houden. Begrijp ik (of denk ik te begrijpen) wat er de komende jaren gebeurt, wat betekenen die ontwikkelingen en bieden ze handvatten om te sturen? Kortom: kijken, denken en doen.

Om vorm te geven aan nieuwe ontwikkelingen ben ik met drie partners (en mijn zoon) begonnen aan een webplatform gericht op de ouderenzorg om met platformtechnologie te komen tot innovatie. Voor zorgorganisaties hebben we het adviesbureau VmZadvies ingericht (www.VmZadvies.nl) om ze te ondersteunen bij de beschreven ontwikkelingen (als ze dat tenminste willen).

Inmiddels ben ik meer dan 25 jaar actief in de rol van organisatieadviseur en interim-manager en heb ik bijna mijn 40-jarig jubileum van betaald werken behaald. Om mijn duiding nog meer in perspectief te plaatsen: ik ben ook al enige tijd de 60 jaar gepasseerd. Jan Rotmans (hoogleraar transitiekunde aan de Erasmus Universiteit) geeft aan: dit is niet het tijdperk van veranderingen, maar verandering van het tijdperk. Ik ben daar wat sceptischer over. Ik had ooit een collega die zei: sinds de renaissance is er niets meer gebeurd. Ook dat is betrekkelijk. Je ziet op dit moment een spanning tussen de dagelijkse werkelijkheid (werkdruk, tekort aan professionals, te weinig middelen) en toekomstgerichte visies (werken met big data, disruptieve innovaties, effecten van digitalisering).

Vanuit kijken, denken en doen probeer ik voor de komende jaren een beeld te schetsen van ontwikkelingen in de ouderenzorg. Ik hanteer daarbij drie vertrekpunten:

- De positie van cliënten wordt versterkt. Dan gaat het over begrippen als autonomie, zelfregie, sturing op (de kwaliteit van) het eigen leven en persoonsgerichte zorg.
- De positie van (sommige) professionals wordt zowel versterkt als verzwakt. Hier gaat het enerzijds over vormen van zelforganisatie en domeinverschuivingen en anderzijds ook over de druk om persoonsgerichte zorg te geven (en dus flexibeler te zijn) en over digitale ontwikkelingen.
- De positie van zorgorganisaties wordt anders: het gaat steeds meer om netwerkzorg. Niet de organisaties staan centraal, maar de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd.

Ik heb ervoor gekozen om voor het kijken en denken de belangrijkste literatuur te gebruiken. Er is een scala aan voorbeelden over de gekozen thematiek. Die naar voren halen, betekent dat de voorbeelden eigenlijk al verouderd zijn op het moment dat het boek is gepubliceerd. Ik heb gekeken naar de mogelijke 'duiders' van de ontwikkelingen, vandaar een wat lange literatuurlijst.

Het doen is uitgewerkt in de inrichting (per 1 januari 2017) van een nieuw platform voor de ouderenzorg (www.platformvmz.nl). Hoe zorg je dat cliënten maximaal worden ondersteund bij zelfregie (toegang tot zorggegevens, sturing op de planning van het zorgproces, keuze van de professionals die zorg leveren, et cetera) en professionals bij zelfmanagement (ondersteuning van zelfstandigheid en ondernemerschap [zzp], kwaliteitsbewaking, onderlinge communicatie en communicatie met cliënten, administratieve handelingen)?

Binnen VmZadvies faciliteren we de relatie tussen cliënt en professional. Cliënten, professionals en management werken binnen eenzelfde systeem, maar vanuit verschillende posities en verschillende referentiekaders. De hiervoor geschetste vertrekpunten gelden echter voor alle drie. De kunst is om tot een samenhangende visie te komen.

In het boek ga ik in op de effecten van digitalisering op cliënten, professionals en het management van zorgorganisaties. De maatschappij verandert: de huidige communicatiemogelijkheden bieden meer openheid en vragen om snelheid; er wordt verwacht dat er altijd direct gereageerd wordt; cliënten en hun familie zijn mondiger. Het vertalen van de maatschappelijke ontwikkelingen naar de eigen organisatie is ingewikkelder geworden. Het moet blijken welke organisaties dit aankunnen en welke niet.

Clayton Christensen heeft onderzocht hoe zogenaamde disruptieve innovaties ontstaan. Het gaat hierbij om innovaties die klein beginnen, goedkoper zijn dan de alternatieven en gemakkelijk te bedienen zijn. Het platformVmZ is op basis van deze principes ingericht. Een platform groeit als je er zonder kosten gebruik van kunt maken: ons platform staat (kosteloos) open voor cliënten en professionals. De professional betaalt alleen een vergoeding als sprake is van omzet. Het boek is als volgt opgebouwd. Ik begin met netwerkzorg. Er is een redelijke consensus dat de zorg zich verder gaat ontwikkelen naar samenwerkingsvormen die erop gericht zijn om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. Vandaar dat ik begin met een duiding van netwerkstructuren (paragraaf 2.1). Omdat de relatie tussen cliënt en professional centraal staat (deze zijn in gesprek met elkaar), ga ik in op een narratieve (vertellende) wijze van veranderen (paragraaf 2.2). Persoonsgerichte zorg vertaalt zich in versterking van de eigen regie van cliënten (paragraaf 2.3), zelforganisatie bij professionals (paragraaf 2.4), een herijking van de bedrijfsvoering (paragraaf 2.5) en ondersteuning door zorgtechnologie en digitalisering (paragraaf 2.6). Over de betekenis van robots in de ouderenzorg zijn de meningen nog verdeeld: tussen vervanging van professionals en bestending van de rol van verpleegkundigen met ondersteuning van robots bestaat een scala aan opvattingen (paragraaf 2.7). Daarbij gaat het om inzicht in (het verschil tussen) professionele logica en managementlogica (paragraaf 2.8). In de slotparagraaf schets ik de te verwachten ontwikkelingen op basis van dit hoofdstuk (paragraaf 2.9).

In hoofdstuk 3 ga ik in op de verhouding tussen autonomie en controle binnen de ouderenzorg. Een centraal thema is daarbij weer de ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg en de invulling daarvan (paragraaf 3.1). Mijn advies is om persoonsgerichte zorg te verbinden met de visie op positieve gezondheid (paragraaf 3.2): zo komt autonomie meer centraal te staan. Binnen de ouderenzorg wordt gewerkt met kwaliteitskaders: deze kennen zowel vernieuwende kanten (autonomievergroting) als de behoefte om verder te gaan met indicatoren (controle) (paragraaf 3.3). Ik pleit voor een gedeeld perspectief van cliënt en professional op de invulling en betekenis van zorgtechnologie en digitalisering (paragraaf 3.4). In de slotparagraaf worden de belangrijkste ontwikkelingen samengevat (paragraaf 3.5).

In hoofdstuk 4 ga ik in op hoe je de autonomie van cliënten vergroot. Kernwoord binnen de ouderenzorg is zelfredzaamheid. Ik werk er een aantal aspecten van uit. Eerst wordt een verdieping aangebracht in de betekenis van eigen regie (paragraaf 4.1). Daarna gaat het om randvoorwaarden om te komen tot activering (paragraaf 4.2). Het woord

ouderenzorg kan suggereren dat er een groep homogene ouderen is. Dat is niet zo: we zijn verschillend en dat heeft uiteraard gevolgen (paragraaf 4.3). Omdat individuen verschillend zijn en een andere aanpak vergen, heeft het weinig zin zorg te geven vanuit een systeem dat een individuele aanpak verhindert: we moeten ontschotten (paragraaf 4.4). Essentieel bij de vormgeving van zelfredzaamheid is de rol van mantelzorgers (paragraaf 4.5). In de slotparagraaf wordt ingegaan op de regie over het eigen leven (paragraaf 4.6).

Ik heb aangegeven dat netwerkzorg voor de inrichting van de ouderenzorg bepalend is. Dat heeft gevolgen voor de interne inrichting van zorgorganisaties. In hoofdstuk 5 ga ik in op een aantal principes die voor het management de wendbaarheid en cliëntgerichtheid van zorgorganisaties versterken. Als de vraag van de cliënt centraal staat, moet je dat terugzien in de opzet van zorgprocessen (paragraaf 5.1). Inspelen op behoeften vergt een inrichting die tegen lage kosten snel reageren mogelijk maakt en die professionele capaciteit optimaal inzet: tijd voor het primaire proces (paragraaf 5.2). Het kan dus niet anders dan dat de zorg wordt ingericht op basis van het opgebouwde inzicht in de cliëntwensen en vanuit het perspectief van serviceverlening. Dat betekent dat je anders omgaat met de bouwstenen van de organisatie (zie het Business Model Canvas) (paragraaf 5.3). De effectiviteit en de wendbaarheid worden bepaald door verbinding tussen het organisatieconcept, de zorgprocessen en de te bereiken prestaties (paragraaf 5.4). Dat betekent onder meer aansluiten op wensen van de cliënt/bewoner en anticiperen op de zorgvraag (paragraaf 5.5).

Bij toekomstbestendigheid staat ondernemerschap (ondernemende houding) bij professionals centraal. Alleen bij een grote mate van autonomie is een wendbare en dus toekomstbestendige opzet van zorgprocessen haalbaar. Het onderscheid dat binnen de ouderenzorg gemaakt wordt tussen leefwereld en systeemwereld, is volgens mij weinig vruchtbaar (paragraaf 6.1). Het gaat erom systemisch invulling te geven aan de autonomie van professionals (paragraaf 6.2). Het begint met het centraal stellen van identiteit (paragraaf 6.3) en betekenisgeving (paragraaf 6.4). Bij vergroting van autonomie gaat het om het versterken van horizontale verbindingen (paragraaf 6.5). De kracht van horizontale verbindingen ligt in een ondernemende houding en in ondernemerschap: het gaat om de eigen interpretatie van de situatie en hoe je daarmee omgaat (paragraaf 6.6). Voor de ontwikkeling van ondernemerschap is een leermodel gericht op resultaten gewenst (paragraaf 6.7). Binnen een toekomstbestendige context gaat het daarbij om een digitale leeromgeving (paragraaf 6.8). In de slotparagraaf ga ik verder in op de betekenis van platformtechnologie en de wijze waarop zelf tot een eigen zorgbedrijf kan worden gekomen (paragraaf 6.9).

Dit boek gaat verder in op de mogelijkheden om via platformtechnologie tot innovatie te komen. De relatie tussen cliënt en professional is de kern om veranderingen en vernieuwing door te voeren (paragraaf 7.1). Platformtechnologie ondersteunt die relatie en biedt innovatiekracht (paragraaf 7.2). De uitgangspunten van ons eigen platform (platformVmZ) werk ik in hoofdlijnen uit (paragraaf 7.3). Ten slotte ga ik in op de consequenties van platformtechnologie voor de ontwikkeling van het professionele domein (paragraaf 7.4). In de slotparagraaf wordt de betekenis van platformtechnologie geduid (paragraaf 7.5).

In de conclusie ten slotte ga ik in op de kenmerken van toekomstbestendige zorgorganisaties (paragraaf 8.1), toekomstbestendige zorgprofessionals (paragraaf 8.2) en de gevolgen voor de positie van de cliënt (paragraaf 8.3.).

Netwerkgzorg: van organisaties naar organiseren

Nieuwe(re) kernwaarden in de zorg zijn het bijdragen aan de kwaliteit van leven en het mogelijk maken van zelfregie. Daarbij horen versterking van zelforganisatie bij professionals, de inrichting van netwerkstructuren, toepassingsmogelijkheden van nieuwe technologie en het komen tot een nieuwe verdeling van kennis en vaardigheden.

Zelforganisatie is het (natuurlijke) proces waarbij in een complex systeem spontaan structuren ontstaan (Groot, 2010). Zelforganisatie als organisatiemodel betekent dat niemand op basis van een blauwdruk structuren in een systeem (bijvoorbeeld een team) aanbrengt. Nieuwe organisatievormen kenmerken zich door het feit dat ze in een voortdurende dialoog staan met hun omgeving.

Daarbij hoort mijns inziens vooral een positief frame: ontwikkelingen in de ouderenzorg zijn uitdagend, spannend, betekenisvol en leuk. Een door digitale informatie gevoede omgeving biedt nieuwe kansen. Er ontstaan andere verbindingen tussen consument en producent: consumenten doen steeds meer zelf.

Het gaat hierbij om de keuze om door middel van technologie, het internet en digitalisering de eigen grenzen van een organisatie open te zetten en het onderscheid tussen medewerker en klant te laten vervagen (De Bruijn et al., 2014). Hierdoor wordt de positie van de zorgconsument een onderdeel van het zorgproces. Een stap verder is het virtualiseren van organisaties.

Kwaliteit in de gezondheidszorg betreft niet alleen vraagstukken van individuele burgers, maar ook systemen. Daarnaast gaat het om de positie van cliënten. Steeds meer consumenten gaan aan productinnovatie doen. Het gaat hierbij om het verbeteren, vernieuwen en customizen van bestaande producten en het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten. Marketing is niet meer gericht op klanten, maar wordt door klanten voortgebracht (Downes & Nunes, 2014). Het is daarom gewenst dat organisaties fundamenteel naar de eigen werkinrichting kijken

In het *Visiedocument Medisch Specialist 2025* (Federatie Medisch Specialisten, 2017) worden de ambitie, verwachtingen en doelen voor medisch-specialistische zorg in 2025 uitgewerkt. Ik ga in op de mogelijke consequenties voor de ouderenzorg. De informatievoorziening binnen de zorg in 2025 is naar verwachting als volgt: er is sprake van digitale registratie aan de bron (vertrekpunt: meer informatie en minder registratie). Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen drie vormen van informatie:

- ‘harde’ kwaliteitscriteria, zoals morbiditeit en mortaliteit, of metingen uit landelijke registraties;
- ‘zachte’ kwaliteitscriteria, zoals patiëntenreacties, servicemetingen en individuele beoordelingen of teambeoordelingen;
- doelmatigheidsinformatie: kosten per ingreep of behandeltraject, aanvraag- of voorschrijfgedrag.

De (ouderen)zorg gaat richting de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals, zowel fysiek als digitaal. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de cliënt als uitgangspunt; verschillende spelers in het netwerk kunnen op verschillende momenten waarde toevoegen. Rond een cliënt ontstaat op die manier een netwerk van verschillende professionele deskundigheden en informele contacten die een bijdrage leveren aan het zorgproces en de kwaliteit van leven.

Digitale ontwikkelingen spelen hierin een belangrijke rol. De medisch specialist heeft hierbij een actieve rol in het ontwikkelen, beoordelen en implementeren van technologische innovaties die daadwerkelijk waarde toevoegen voor de patiënt. Daarom wordt de patiënt ook nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling, adoptie en implementatie van innovaties.

Voor de verpleegkundige en verzorgende professionals (Peters, Westerbeek & Tji, 2014) betekent dit:

- zwaardere cliënten, meer multimorbiditeit, meer complexe zorgsituaties (intra- en extramuraal);
- focus op eigen gezondheid en gedrag van de cliënt, op participatie, op wat de cliënt (met behulp van sociaal netwerk) nog wel kan;
- meer focus op preventie (voorkomen van erger);
- verschuiving van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat': zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen regie;
- samenwerking met mantelzorgers / informele zorgverleners;
- meer ambulante werken (in brancheoverstijgende teams);
- meer flexibiliteit gevraagd, meer autonomie;
- werken met zorgtechnologie;
- digitale communicatie en digitale vastlegging van gegevens;
- brede inzet: verschillende doelgroepen, wonen/dagbesteding;
- werken in zorgpaden, specialistisch, minder generiek;
- toename van verpleegkundige taken, onder meer om taken van artsen over te nemen.

De rol van de verpleegkundige is daarom meer gericht op het regisseren van het netwerk. Kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg vereist plaats- en tijdonafhankelijke uitwisseling en beschikbaarheid van informatie, voor zowel zorgprofessionals als de patiënt en zijn mantelzorgers.

2.1 Ontwikkeling van netwerkstructuren

Verbinding geeft macht: hoe meer gebruikers, hoe meer voordelen (denk aan Google). Het netwerkeffect is de algemene waardevermeerdering van het netwerk door de toevoeging van ieder nieuw lid. Elke extra gebruiker zorgt ervoor dat een netwerk meer waard is.

Bij de inrichting van een zorgnetwerk is het belangrijk vanaf de start inzicht te hebben in mogelijke spanningen:

- Mate van autonomie: hoe draag ik zorg voor een bijdrage aan de gemeenschappelijkheid vanuit de eigen identiteit en wat betekent dat voor de eigen autonomie?
- Inrichting van zorgketen: hoe ziet het afsprakensysteem eruit inzake investeringen, kostenverdelingen en opbrengsten?
- Inrichting van samenwerkingsverband: wie worden erbij betrokken en wie worden buitengesloten?

- Centraal/decentraal: hoe zorg ik voor voldoende vrijheid en speelruimte voor de netwerkspelers?
- Conflictbeheersing: hoe zorg ik voor beslissingsregels die mogelijke conflicten beheersbaar houden?

Door de complexiteit van de zorgvraag ontstaan steeds meer netwerkstructuren: er is een nauwe samenwerking tussen informele zorg en formele zorg en tussen ontwikkelaars van kennis en gebruikers van kennis. Binnen netwerken gaat het erom professionals ruimte te geven. Op die manier wordt inzichtelijk welke combinatie van professionals nodig is: deskundigheidsniveaus, vaste medewerkers, tijdelijke inzet et cetera.

Barabási (2003) geeft aan dat als netwerken centraal komen te staan, het begrijpen van netwerkeffecten en de daaraan gerelateerde interacties de sleutel is voor het overleven van organisaties en individuen.

Ramo (2016) noemt het 'het zevende zintuig': de vaardigheid om te kijken naar ieder object, iedere gebeurtenis et cetera en te zien hoe het verandert door verbindingen. De 21^e eeuw wordt gekenmerkt door verbonden crises. Interactie is net zo belangrijk als de objecten zelf. Succesvolle mensen hebben als kenmerk dat ze een netwerksensitiviteit hebben. Zij zien structuur in netwerken die nieuw zijn. Wij zijn daardoor met wie we zijn verbonden. Door verbindingen nemen systemen nieuwe vormen aan: netwerken zorgen voor complex adaptieve systemen. De intelligentie in het systeem neemt toe doordat die verspreid is over het hele netwerksysteem.

Het gaat er op systeemniveau om het overkoepelende proces van het ontwikkelen en communiceren van nieuwe ideeën, en daardoor het vergroten van creativiteit en innovatie, via platformen en daaraan gerelateerde instrumenten te faciliteren. Lanting (2014) geeft aan dat de overgang naar het digitale tijdperk leidt tot een andere inrichting van organisaties: minder overhead, zo min mogelijk nodeloos hiërarchische structuren, meer autonomie voor professionals en daarom ook minder managers. Het gaat om het kunnen managen van complexiteit.

Door de digitale mogelijkheden leidt investeren in een netwerk tot (complexe) coördinatie tegen lage kosten. Volgens Shirky (2008) kunnen serieuze en complexe taken worden uitgevoerd zonder enige vorm van institutionele sturing. In de zorg gaat het er bijvoorbeeld om dat het door de lage transactiekosten mogelijk is dat professionals en cliënten tot oefengemeenschappen komen (bijvoorbeeld in de vorm van een zorgcoöperatie).

Senge (1992; Senge et al., 2000, 2008) pleit voor een samenhang tussen systeemdenken, samenwerken en (team)leren. Hierdoor ontstaat zicht op een samenhangende benadering ('see the larger picture') waarin gewerkt wordt om netwerken te creëren. Het gaat om het creëren van relationele intelligentie. Er is vrijheid om te experimenteren. Er is ruimte voor nieuwe ideeën. De werksfeer is open en informeel; er is ruimte en tijd voor de uitwerking van innovaties. De bedrijfsvoering is gericht op het ondersteunen van innovaties.

In de zorg zie je een toename van apps om het zorgproces te ondersteunen. Steeds meer burgers organiseren eigen zorg of richten platformen voor hun eigen buurt in, zoals mijnbuurtje.nl, buuv.nl, burennetwerk.nl en voordebuurt.nl. Via het model van

het Medische Internet-van-Allen zal er inzicht in de eigen gezondheid zijn. Dan gaat het bijvoorbeeld om advies om preventief de eigen levensstijl te verbeteren. Als behandeling nodig is, helpt het platform om keuzes te maken. Zorgverleners kunnen dan zelf diensten aanbieden.

Ruijters en Veldkamp (2012) onderscheiden zeven processen die deel uitmaken van organisatieontwikkeling:

- besluitvorming: afwegen van alternatieven en maken van keuzes;
- cohesievorming: betekenisgeving rond collectieve identiteit (expliciteren van waarden);
- innovatie: vormgeven van nieuwe diensten, aanpakken en strategieën;
- navigatie: vormen van hypothesen uitmondend in een visie(document);
- persoonlijke ontwikkeling: introspectie en reflectie;
- professionalisering: collegiale uitwisseling en toetsing;
- samenwerking: verbinden in het primaire proces en met de buitenwereld en maximaliseren van het resultaat.

Belangrijk is dus draagvlak te realiseren bij alle betrokkenen. Aldus Ruijters en Veldkamp (2012): “een ontwerp heeft een zekere balans en rust nodig. (...) Van belang bij harmonie is ook dat de interventies passen bij de organisatie, doelgroep en vraagstukken waarvoor ze worden ingezet” (p. 111). Zuiderhoudt (2007) stelt: “Zelfordening vraagt om zelfactivering op het juiste moment” (p. 253).

2.2 Narratief veranderen

Het gaat niet alleen om het ontwikkelen van innovaties maar vooral om hoe de bedachte innovaties georganiseerd worden. Kernwoorden hierbij zijn: zelforganisatie, hechte sociale netwerken en samenwerking met klanten. Lanting (2014): “De nieuwe organisatie is niet meer bezig met het sturen en eenzijdig bepalen van wat er wanneer wordt gecommuniceerd, maar faciliteert, inspireert en verbindt talenten, passie en contacten” (p. 104). Daarbij is het belangrijk aan te sluiten bij de beleveniswereld van oudere medewerkers. Je zoekt dus een omgeving waarin (authentiek) contact mogelijk is.

Slaets (2017) maakt een onderscheid tussen normatieve kaders (geheel van normen, regels en procedures in de zorg) en narratieve kaders (vertellen, presentie). Vanuit het normatieve kader is sprake van een negatief welbevinden: we hebben het over ziekte, symptomen en beperkingen. Bij het narratieve kader gaat het om de betekenis van het bestaan: positief welbevinden. Slaets (2017) zegt hierover: “Betekenis geven aan het leven met vreugde en lijden vormen de kern van goede zorg” (p. 20). Hij stelt dat het nieuwe (huidige) kwaliteitskader voor de ouderenzorg uit balans is met een teveel aan richtlijnen en verplichtingen. Ik werk dat kwaliteitskader verderop in het boek uit.

Organisatieverandering gaat vaak gepaard met angst. Daarom is mijn advies om, rekening houdend met de verschillende aspecten van organisatieontwikkeling, te starten met het aanbrengen van een sfeer die veranderingen in een bepaalde context brengt.

Richt je op het zelfleiderschap van professionals en zorg ervoor dat cliënten feitelijk kunnen sturen.

In de virtuele wereld bepaalt de interactie voor een groot deel onze identiteit (Lanting, 2010). Door het ontstaan van online sociale netwerken worden ook nieuwe structuren ontwikkeld: met wie wil ik bij wie werken? Consumenten krijgen meer macht over producten en diensten doordat ze in sociale netwerken de opinie beïnvloeden. Lanting spreekt over een connected wereld met daarin disconnected organisaties. Hij citeert Elise de Bres: “Social media is de wandelgang van je kantoor, alleen deel je die gang met de hele wereld in plaats van een paar collega’s” (p. 53).

Professionals zullen steeds meer gericht zijn op elkaar en steeds minder op de eigen organisatie. Bij veel zorgorganisaties (niet alle) zie je dat professionals zich richten op het eigen team en de ‘eigen’ cliënten. Voor thuiszorgorganisatie Buurtzorg geldt dat de gehele organisatie gericht is op de relatie tussen cliënt en professional.

Zelforganisatie bevordert sterke onderlinge verbondenheid. Binnen organisatievormen (netwerken of zorgorganisaties) is er vrijheid om te vernieuwen door bijvoorbeeld regels opnieuw te schrijven. Hier komt ondernemerschap van zorgprofessionals in het volle licht te staan. De passende managementstijl is gericht op het veranderen van motivatie: dat is de meest effectieve manier om op een stabiele manier gedrag te veranderen. Motivaties zijn oorzaken, gedragingen zijn gevolgen.

Zoals hiervoor aangegeven wordt het de kunst om de te verwachten veranderingen positief te duiden: een heel ander frame. Door medewerkers te verbinden aan die veranderingen zorg je ervoor dat zij zich steeds verder kunnen ontwikkelen. Een boeiende omgeving zorgt voor boeiende medewerkers. Daar kan digitale technologie een belangrijke rol bij spelen. Doordat informatie eenvoudig en horizontaal verspreid wordt, worden (nieuwe) voorkeuren, ideeën en ervaringen gemakkelijk verspreid (Ahlers & Boender, 2016).

Zohar (2017) geeft aan dat nieuwe organisatieconcepten gebaseerd zijn op: vertrouwen in mensen en in het systeem; het bouwen aan relaties en teams; flexibel en in dialoog blijven met veranderende omstandigheden; openstaan en klaar zijn voor allerlei mogelijke toekomstscenario’s. Het betekent ook meer nadruk op zingeving, visie en waarden, in het bijzonder de waarde dienstbaarheid. Vooral het gesprek (en het kunnen luisteren) tussen cliënt en professional is essentieel.

2.3 Eigen regie van cliënt

Patiënten kiezen steeds bewuster voor bepaalde zorgverleners. In het recente FWG Trendrapport 2017 (FWG, 2017) worden de belangrijkste trends voor de komende jaren weergegeven:

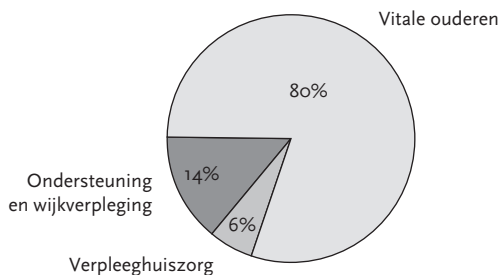
- Concretere invulling van vernieuwingskracht: samenhangende zorg bieden met toegevoegde waarde voor de cliënt.
- Ruimte voor het individu: persoonsgerichte zorg; integrale aanpak.
- De kern is samenhang: de hele persoon met de eigen context; de eigen wereld van de cliënt is het uitgangspunt.

- Niet iedereen kan meekomen: er blijven ook cliënten met een beperkte zelfredzaamheid.

De kern is dus het creëren van samenhang rond individuele vragen waarin de eigen leefstijl centraal staat. Eigen regie is niet voor iedereen mogelijk: er zijn cliënten die die rol niet kunnen vervullen. De verschuiving naar persoonsgerichte zorg zal steeds sterker worden.

Het uitgangspunt is en blijft dat de kwetsbare oudere burger zolang mogelijk in zijn/haar eigen woonomgeving kan blijven wonen. Bij het ouder worden neemt de kwetsbaarheid (van een deel) van de bevolking toe en stijgt de complexiteit van de zorgvraag. Juist op het grensvlak van nulde, eerste, tweede en derde lijn is het gewenst tot een effectieve invulling van zorgdomeinen te komen.

Er is een grote mate van diversiteit onder ouderen: veel mensen blijven tot op latere leeftijd vitaal (80 procent), maar er is ook een groep mensen die steeds meer zorg en ondersteuning nodig heeft. Daarbij is het wenselijk uit te gaan van de individuele omstandigheden. De mogelijkheden om langer zelfstandig te blijven wonen nemen alleen maar toe, dankzij technologische ontwikkelingen, nieuwe behandel- en zorginterventies, sociale buurtinitiatieven en vormen van e-health (Van Campen et al., 2017). Dit leidt op basis van gegevens van Actiz tot de volgende verdeling van groepen ouderen (maar nogmaals: mensen zijn verschillend):



Uitgaand van deze verdeling van zorgvragers komt Actiz tot de volgende ontwikkeling van cliënten en professionals: in 2016 hebben 270.000 cliënten thuiszorg en 110.000 cliënten zwaardere (verpleeghuis)zorg. In 2025 gaat het om 350.000 cliënten in de thuiszorg en 141.000 cliënten in de verpleeghuiszorg. Op basis van deze cijfers is de groei van professionele inzet als volgt: jaarlijks zijn 15.000 nieuwe professionals in de thuiszorg nodig (3000 als gevolg van groei; 12.000 als gevolg van vervanging). Voor de verpleeghuiszorg gaat om een jaarlijkse extra inzet van 13.000 professionals (3000 als gevolg van de groei van zwaardere zorg en 10.000 om uitstromende professionals te vervangen).

Mede op grond van de krappe arbeidsmarkt voor de ouderenzorg neemt de belangstelling voor zorg op afstand toe. Een voorbeeld van deze vorm van e-health is het programma Alfred van de Europese Commissie. Hierbij worden apps en sensoren ontwikkeld die spraakcommando's gemakkelijker maken en signalen naar professionals en

mantelzorgers doorgeven. Onder invloed van digitalisering worden zorgprocessen anders ingericht. Sensortechnologie ('guiding environment') werkt als geheugensteun voor een bewoner met beginnende dementie. Dergelijke technologie wordt bijvoorbeeld toegepast door zorgorganisatie Siza, die zogenaamde paswoningen heeft ontwikkeld voor mensen met een beperking. Deze woningen zijn voorzien van allerlei slimme apps en toepassingen.

Door het analyseren en verrijken van data ontstaan zelflerende systemen die het mogelijk maken over te gaan naar het model van Value Based Healthcare (inrichting van de gezondheidszorg op basis van de waarde voor de patiënt). De eindconclusie van Deloitte (2017) luidt: er is een transformatie van het huidige businessmodel nodig om wendbaar te blijven dan wel te worden. De patiënt heeft het laatste woord: daardoor verandert het zorglandschap.

2.4 Autonomievergroting bij professionals

De duiding van professionaliteit in de ouderenzorg gaat veel over werkdruk, onvoldoende deskundigheid, te weinig financiële middelen, arbeidsmarkttekorten en administratieve lasten. Dit 'framen' van de ouderenzorg heeft geleid tot een negatief imago waardoor bestaande problemen stelselmatig worden uitvergroot. Soms overigens ook met positieve gevolgen: de verpleeghuissector krijgt er een aanzienlijke hoeveelheid middelen bij (het 'Hugo Borst-effect'). De andere zorgdomeinen geven echter aan dat zij hierdoor juist verder onder druk komen te staan (ook weer een frame).

Professionals worden opgeleid om complexe taken te verrichten. Complexiteit vergt in besluitvormingszin echter een bepaalde mate van autonomie. Door die autonomie is de professional in staat snel te reageren op nieuwe (complexe) ontwikkelingen. Autonomie vertaalt zich organisatorisch in zelforganisatie.

Wierdsma (1999) signaleert de volgende inzichten die aan nieuwe organisatievormen ten grondslag lijken te liggen:

- opsplitsing van grote aanbodgestuurde organisaties in kleinere vraaggestuurde onderdelen;
- een grotere mate van autonomie voor onderdelen in de organisatie (inclusief meer beslissingsruimte voor medewerkers lager in de organisatie);
- afrekenen van medewerkers en afdelingen en externe partners op hun bijdrage aan het proces van waardetoevoeging in het primaire proces;
- inrichting van nieuwe samenwerkingsrelaties om te komen tot minimalisering van de kosten in de gehele bedrijfskolom.

Groot (2010) stelt dat juist lokale interacties (binnen en buiten) moeten worden bevorderd en dat daarin ook moet worden geparticipeerd door het management. Groot: "Over cijfers praten verbetert geen resultaten; (top) managers moeten bij dagelijkse lokale activiteiten worden betrokken" (p. 129). Centraal staat de actieve betrokkenheid van het management bij het wel en wee van professionals op alle niveaus van de organisatie. Management en professionals komen binnen organisaties dus tot een andere verhou-

ding met elkaar. Professionals kunnen er echter ook voor kiezen zelf vorm te geven aan de zorg.

Binnen organisaties is zelforganisatie haalbaar in een organisatiecultuur die gericht is op effectiviteit en resultaat. Het gaat dan niet om motivatie maar om gedrag; niet om inspanningen maar om resultaten. Door resultaten centraal te stellen creëer je ruimte. Meetbare resultaatsturing kent de volgende kenmerken: heldere doelformulering, inzichtelijk maken van prestaties van professionals, vaststellen van normen waarmee activiteiten worden beoordeeld (vergroting van zelfstandigheid) en bevorderen van creatief en proactief inspelen op veranderende omstandigheden.

Binnen zorginstellingen bestaat de aanname dat zelforganisatie (in de vorm van zelfsturende teams) leidt tot lagere kosten van de zorg (door besparingen op het management, staffuncties en ondersteunende functies), hogere kwaliteit en hogere arbeidssatisfactie van teams. Bij zelfsturing is een team gezamenlijk verantwoordelijk voor taken en processen.

Veel medewerkers in ouderenzorginstellingen hebben er echter niet bewust voor gekozen om te werken in een zelfsturend team; de zelfsturing is min of meer afgedwongen. Medewerkers vinden vaak hun weg wel, maar zoals gezegd is het echt ondersteunen en faciliteren van grote waarde: ze hoeven niet alles zelf uit te zoeken en te veel keuze is geen keuze.

De meerwaarde van zelfsturende teams wordt vooral gezien in het licht van het succes van Buurtzorg. Buurtzorg hanteert als principe dat de inhoud van de zorg alleen centraal gesteld kan worden als degene die de zorg uitvoert, ook regie en zeggenschap heeft over de wijze waarop het werk wordt ingericht.

Zelforganisatie vergt ook zelf organiseren: geef ruimte om ook van mislukkingen te leren, zorg voor diversiteit waardoor meerdere perspectieven ontstaan, leer omgaan met grenzen en dus de eigen belasting, los gezamenlijk individuele problemen binnen het zorgproces op (zorg voor leerervaringen), en bekijk ieder team opnieuw met betrekking tot inzet, deskundigheid en flexibiliteit (Van Dalen, 2010).

Daarbij is vrijheid verbonden met autonomie. Binnen zorgorganisaties hebben professionals volgens De Blok en Pool (2010) weinig mogelijkheden om verlost te zijn van de beperkingen die de organisatie hun oplegt: "Bij Buurtzorg ontbreken deze belemmeringen en wordt een groot beroep gedaan op het eigen vermogen om 'van binnenuit' te handelen" (p. 118).

Kenmerk van deze sturingsvorm is dat er ruimte is voor medewerkers om op een (deels) eigen wijze met elkaar om te gaan. Er zijn mogelijkheden om elkaar te ontmoeten, met elkaar te praten, met elkaar te werken en met elkaar prestaties te definiëren. Dit betekent dat professionals de noodzakelijke bronnen (informatie, technologie, bevoegdheden) tot hun beschikking moeten hebben. Je concentreert je op kwaliteit, dienstverlening, kosten en vernieuwing. Het gaat om het bevorderen van autonomie, het accent leggen op doen en ervaren, het speelser maken van het organisatieontwerp, het opdelen van systemen in kleinere delen en het verbreden van perspectieven (denken vanuit de klant).

Bij zelforganisatie draait het om de inrichting van werkprocessen en organisatievormen. Zelfsturing is veel meer gericht op teamontwikkeling. Het gaat daarbij om de volgende rollen: cliëntenplanning, roostering, teamoverleg, bewaken van cliënttevredenheid, professionalisering (opleidingen, bijvoorbeeld in palliatieve zorg), budgetbeheer, relatiebeheer (onderhouden van contacten in eigen werkgebied), werving en selectie, begeleiden van nieuwe medewerkers en studenten, prettig werken (arbo) en verzuimbegeleiding (via externe begeleider).

Het werken vanuit zelforganiserende principes (mits voldoende en adequaat ondersteund) is mijns inziens de meest logische organisatievorm binnen de ouderenzorg.

Wat verder opvalt is dat het management van zorgorganisaties wel zelfsturing verwacht van hun teams/medewerkers, maar hen niet betreft bij besluitvorming die direct van invloed is op hun dagelijkse praktijk. Dit zorgt voor onbegrip en weerstand om bepaald beleid of implementaties uit te dragen of door te voeren. Zelfsturing is daarom alleen effectief als de organisatie op basis van zelforganisatie is ingericht.

2.5 Bedrijfsvoering gericht op zelforganisatie

Netwerkstructuren in de zorg worden gedefinieerd als samenwerkingsverbanden tussen autonome zorgaanbieders (waaronder zelfstandigen zonder personeel ofwel zzp'ers) met een gezamenlijk doel, gezamenlijke risico's, kosten en opbrengsten en gezamenlijke besluitvorming.

Door het combineren van gegevens uit het geïntegreerde informatiesysteem tot rapporten wordt het toezicht op de resultaten uit bedrijfsvoering gefaciliteerd en geborgd. Dit vergemakkelijkt het toezicht en maakt het mogelijk op basis van actuele gegevens in de actualiteit de bedrijfsresultaten te beoordelen en waar nodig tijdig bij te sturen. De vraag is steeds: hoe bevordert een adequate informatiehuishouding het werk van professionals?

Het gaat erom dat de resultaten die het invoeren van een informatiesysteem zorgorganisaties oplevert, leiden tot betrokkenheid, inzicht, samenhang, verbinding, eenvoud, kostenbesparing, gebruikersgemak, compleetheid, betrouwbaarheid en tijdigheid. Dit betekent dat bij digitale ontwikkelingen de professional (en daardoor ook de vraag van de cliënt) centraal staat.

Dat kan ook omdat mijns inziens de logistiek van een ouderenzorginstelling relatief simpel is. De roostering in een intramurale instelling kan steeds beter worden ondersteund. Dat geldt ook voor planning en routes binnen de thuiszorg. Als gekozen wordt voor autonomie van professionals, gaat het er vooral om de noodzakelijke capaciteit in beeld te brengen. Zelforganisatie en zelfsturing doen de rest. Vanuit die eenvoud gaat het erom professionals te helpen. Een belangrijk element daarbij is altijd een goede nazorg bij een wijziging van de ICT- infrastructuur en een goede begeleiding.

De informatie die professionals nodig hebben dient centraal te staan. De administratieve verwerking op een zo simpel mogelijke manier uitvoeren zou de rol van een hoofdkantoor moeten zijn. Daarom is binnen ons platform voor aangesloten zzp'ers een

virtueel hoofdkantoor ingericht. Met een beperkt aantal (administratieve) handelingen van de zorgprofessional is het zorgproces vastgelegd, bewaakt en doorgegeven.

Vanuit dat perspectief is productiviteitsverbetering niet alleen gericht op de zorgprocessen, maar ook op tijd en waarde. Effectiviteit en doelmatigheid komen dus voort uit gerichtheid op dienstbaarheid, zingeving, relaties en waarden. In de veranderende omgeving zijn flexibele infrastructuren nodig die vormen van zelforganisatie ondersteunen. Vanuit de complexiteitstheorie resulteert elke structuur in een uitkomst die andere structuren uitsluit. Datzelfde geldt voor vragen die in een willekeurige (contextuele) situatie worden gesteld: de vragen bepalen niet alleen de antwoorden die we krijgen, maar ook de antwoorden die we niet krijgen. Het gaat dus om het inbouwen van flexibiliteit en die wordt bereikt door de autonomie (regelruimte) van professionals te versterken.

Organisaties zullen hun besturingsfilosofie gaan wijzigen door resultaten centraal te stellen, waardoor die ruimte ontstaat: “Medewerkers hebben nauwelijks leiding nodig als we onze verwachtingen geheel meetbaar kunnen sturen” (Hepkema, 2012, p. 75). Meetbare resultaatsturing binnen zorgorganisaties kent de volgende kenmerken:

- heldere doelformulering;
- inzichtelijk maken van prestaties van professionals;
- vaststellen van normen waarmee activiteiten worden beoordeeld (vergroting van zelfstandigheid);
- bevorderen van creatief en proactief inspelen op veranderende omstandigheden.

De rol van het management beperkt zich in deze context tot formuleren van de vereiste principes en regels, implementeren van principes en regels door effectieve communicatie, zorg dragen dat de principes door iedereen worden gedragen, evalueren van de operaties van de gehele organisatie en corrigeren van afwijkingen.

2.6 Zorgtechnologie en digitalisering

De effecten van digitalisering op de ouderenzorg zullen in versneld tempo toenemen. In alle sectoren is sprake van een toenemende invloed van digitale technologie: winkels, reizen, banken en verzekeraars, mobiliteit et cetera.

Door technologische ontwikkelingen hebben consumenten, cliënten en burgers organisaties steeds minder nodig. Het gaat om organiseren: inrichten van slimme netwerken, ketens en gemeenschappen. Er is een verschil tussen verschillende zorgdomeinen: in de ziekenhuiswereld neem de invloed van technologie (robotisering) snel toe; in de ouderenzorg is die (nog) beperkter.

Hinssen (2017) verwacht dat een vijftal technologieën een enorme impact zullen hebben:

- Kunstmatige intelligentie: mogelijkheid om tot zelfstandige analyses te komen.
- Internet of Things: apparaten worden op een slimme manier met elkaar en met data verbonden.

- Genetwerkte intelligentie (blockchains): betrouwbare netwerken waardoor veilig beslissingen kunnen worden genomen in een netwerk.
- Augmented en virtual reality: veranderingen in de structuur van de werkelijkheid.
- Quantum computing: enorme (en fundamentele) toename van rekenkracht.

Het is nog niet duidelijk wat de komende jaren de impact van deze technologieën op de ouderenzorg zal zijn. Wel is helder dat technologie steeds meer invloed heeft op de organisatie en inrichting van zorgprocessen. Denk aan het toenemende gebruik van smartphones en iPads, voorraadbeheer via sensoren (ook bewaking van incontinentie), toenemende risico's (bijvoorbeeld datalekken), verschuiving naar huis-, tuin en keuken-technologie (Van Montfort, 2016) waardoor cliënten zelf hulpmiddelen aanschaffen, zelfmetingen (gezondheidscheck) en bescherming van de privacy.

Steeds meer innovaties en nieuwe zorgconcepten vinden beter de weg naar de (zorg) markt, mits deze zich vraaggestuurd ontwikkelt. Innovaties op het gebied van e-health, domotica en robotica winnen aan aandacht. In de thuissituatie komen steeds meer ontwikkelingen op het gebied van domotica en sensortechnologie (bijvoorbeeld voor valdetectie) en is dus steeds meer sprake van zorgtechnologie.

Floor Sieverink (2017) deed onderzoek naar e-Vita, een patiëntenplatform voor mensen met diabetes mellitus type 2, chronisch hartfalen of COPD. E-healthtoepassingen zoals patiëntenplatformen of -portalen zorgen ervoor dat mensen met een chronische aandoening meer betrokken zijn bij de zorgprocessen rondom henzelf. Ze kunnen onder meer hun eigen gegevens inzien en die delen met hun zorgverleners, werken aan hun persoonlijke gezondheidsdoelen of contact leggen met lotgenoten. Behalve dat deze platformen gebruikers kunnen helpen laagdrempelig te communiceren met hun zorgverleners, kunnen zorgverleners op hun beurt de gezondheid van de patiënt beter in beeld krijgen als zij toegang hebben tot gegevens die de patiënt over zichzelf heeft verzameld. Eventuele gezondheidsklachten kunnen dan sneller worden opgemerkt en behandeld. Sieverink stelt dat om duurzame e-healthtechnologie te kunnen ontwikkelen, het belangrijk is inzicht te krijgen in de interactie tussen de technologie, de gebruikers én de context waarin de toepassing wordt geïmplementeerd.

Daarnaast zie je ook steeds meer ontwikkelingen waarin digitale verbindingen tot nieuwe inzichten leiden. Enkele voorbeelden:

- Google Flu Trends: door analyse van trefwoorden als 'hoofdpijn', 'verkouden' en 'ik kom later op mijn werk' voorspelde Google Flu Trends een griepedemie eerder dan reguliere gezondheidsinstellingen.
- Google Baseline Study en Google Fit: op basis van vergelijkingen tussen data van mensen is het mogelijk gezondheidsrisico's vroeg te signaleren en op basis daarvan een pakket van diensten en producten aan te bieden.
- 23andMe: DNA-onderzoek van jezelf (voor 90 euro).

Facebook blijkt al een betere beoordelaar van de persoonlijkheid van mensen te zijn dan hun vrienden, ouders en partners. Op basis van een onderzoek onder ongeveer 90.000 vrijwilligers kwam de volgende score naar voren: hoe meer 'likes', hoe beter de voorspellingen over iemands opvattingen, wensen, verlangens et cetera. Op basis van 70 likes

van een Facebookgebruiker kunnen algoritmen het gedrag van die persoon beter voorspellen dan diens vrienden dat kunnen; om betere voorspellingen te doen dan familieleden en partners zijn respectievelijk 150 en 300 likes nodig.

Hoewel zorgtechnologie vaak gebaseerd is op standaarden, is het wenselijk rekening te houden met de eigen vaardigheden en behoeften, de mate van bereidheid en zelfstandigheid, de fysieke omgeving en de aanwezigheid van sociale netwerken in relatie tot de individuele gezondheidssituatie. Daarbij is de inzet van zorgtechnologie ook een kwestie van goede timing en duurzame ondersteuning. Uit het onderzoek van Peek (2017) blijkt dat de rol van kleinkinderen ('maak je een foto voor me?') behulpzaam is.

Het gebruik van platformen door zorgverleners wordt sterk beïnvloed door de houding van de zorgprofessionals. Van groot belang is dat die goed worden ondersteund bij de inzet van een platform in de dagelijkse werkzaamheden. Bij de evaluatie van het platform bleek het van belang om alle eindgebruikers – zowel patiënten als zorgverleners en andere stakeholders – te betrekken in alle fasen van ontwikkeling. Hiermee vergroot je de effectiviteit van een platform (Sieverink, 2017).

2.7 Robotisering

Uit een recent onderzoek van KPMG (2017) komt naar voren dat robots met name in staat zijn ouderen te ondersteunen bij huishoudelijke taken, te helpen bij het ondernemen van eigen activiteiten, bij te dragen aan sociale interactie en een belangrijke rol te spelen bij het verzamelen, analyseren en distribueren van medische data. "Vooral voor mensen van 80 jaar en ouder is de komst van de robot essentieel", zegt Karina Kuperus, partner bij KPMG Health (KPMG, 22 augustus 2017).

Kuperus: "De robots zijn met name in staat ouderen te ondersteunen bij huishoudelijke taken, te helpen bij het ondernemen van eigen activiteiten, bij te dragen aan sociale interactie en een belangrijke rol te spelen bij het verzamelen, analyseren en distribueren van medische data. De inzet van de zorgrobot leidt weliswaar mogelijk tot minder fysieke contacten, maar daar komt een grotere zelfstandigheid voor in de plaats. Deze gaat gepaard met meer gevoel van eigenwaarde en kwaliteit van leven. De voordeelen lijken belangrijker dan de vaak repeterende, kwalitatief magere contacten die de robot veelal zal vervangen. De robot zorgt er niet alleen voor dat een groot aantal ouderen ook in de toekomst verzekerd blijft van de noodzakelijke zorg. Hij draagt er ook toe bij dat het toekomstige personeelstekort in de zorg voor een groot deel kan worden opgelost, dat huisartsen en thuiszorg ontlast worden en meer capaciteit krijgen voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg" (KPMG, 22 augustus 2017).

Op het gebied van interne mobiliteit verwacht KPMG (2017) dat de volgende functies door robots kunnen worden uitgevoerd: begeleiding bij het naar de wc gaan, helpen bij het toedienen van medicijnen en verrichten van lichte huishoudelijke taken.

2.8 Professionele logica en managementlogica

Nodig is een infrastructuur die verantwoordelijkheidsniveaus kan mixen: besluitvorming wordt gedecentraliseerd. Er is behoefte aan een stijl van leidinggeven die adaptief is: een manager past zich aan de turbulente ontwikkelingen aan en zorgt voor een werksfeer waarin leren en ontwikkelen centraal staan terwijl ze gericht zijn op het behalen van resultaten.

Om te komen tot effectieve veranderprocessen betekent dit dat mensen de mogelijkheid hebben om in netwerkachtige constructies te participeren. Er moeten minimale interactieregels zijn want regels belemmeren juist de mogelijkheden voor interactie. Dit heeft gevolgen voor het dominante managementparadigma. Management reageert op complexiteit vaak met de ontwikkeling van een strategie en de invulling van beheersingsmechanismen om die strategie te kunnen uitvoeren. Dit beperkt de ruimte voor professionals en leidt tot spanningen.

Boonstra (2000) vindt het opmerkelijk dat bij het zoeken naar oorzaken waarom veranderen zo lastig is, er door managers en adviseurs weinig naar zichzelf wordt gekeken. De rol van management dient er dan ook meer op gericht te zijn om mensen in een context te plaatsen waarin zij zelf (gekaderd) vorm kunnen geven aan een veranderproces. Betekenisgeving kent in hoge mate een zelforganiserend karakter: ik bepaal zelf hoe ik een interventie interpreteer.

Organisaties hebben meer dan één doel; dit geldt ook voor individuen. Altijd is er sprake van dynamiek inzake (concurrentie tussen) de verschillende doelen die gehaald moeten worden. Op basis van het principe van zelforganisatie is de bepalende factor voor de kwaliteit van de productie en dienstverlening de manier waarop mensen in organisaties zelf hun handelen sturen.

Managementprincipes hebben te vaak de vorm van recepten die zorg (zullen) dragen voor veranderingen (Ten Bos, 2000). De werkelijkheid is echter zo veelzijdig dat simpele medicijnen niet (feitelijk) werken. Ten Bos pleit dan ook voor een invulling van management waarin naast de technische en formele kant verhalen een rol spelen. Daarbij staan ook vragen als ‘Wat is eigenlijk mijn bijdrage aan de prestaties van mijn organisatie?’ centraal. Het gaat om narratief veranderen.

Evelien Tonkens (2004) stelt dat professionals dienen te voldoen aan heldere professionele eisen. Deze eisen worden door management echter vaak vertaald in prestatiecriteria die onvoldoende recht doen aan de discretionaire context van de professionele werkelijkheid. Hoewel een professional in principe standaardhandelingen uitvoert, bepaalt de context hoe die handelingen worden uitgevoerd. Daarom is nooit alleen sprake van volledige standaardisering.

Het vraagstuk is simpel: als professionals de managementlogica volgen, schieten ze tekort jegens de cliënt. Management en cliënt “trekken hard aan de professional, maar in tegenovergestelde richting. Een akelige spagaat is het gevolg” (Tonkens, 2004, p. 141). De relatie met de cliënt staat centraal. “Het gaat dus in de eerste plaats niet om een dienst, nee het gaat om de betrekking tussen mensen” (Van der Lans, 2008, p. 61). Belangrijke kenmerken van die relatie (zouden moeten) zijn: toegankelijkheid, erkenning van professionele deskundigheid, wederzijds vertrouwen, wederkerigheid, nabijheid en doel- en oplossingsgerichtheid.

Resultaatgericht werken is gericht op het vergroten van autonomie en ruimte. Het inzichtelijk maken van prestaties is dan ook niet zozeer gericht op vormen van outputsturing, maar is er eerder op gericht professionals te laten zien welke bijdrage wordt geleverd aan het probleem van de cliënt. Juist professionals moeten in staat zijn met management, de collega's en de cliënten een dialoog te voeren over de eigen bijdrage. Ik ga dan ook uit van professionele vormen van zelfregulering waarbinnen de bereidheid om de verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen handelen, centraal staat.

Professionals hebben daarbij te maken met een andere positie van cliënten. Die leidt onder meer tot een toename van assertief gedrag, versterking van de autonomie van de cliënt en behoefte aan een zo veel mogelijk maatgerichte zorg. Het perspectief van professionals vormt de basis voor de ordening van de organisatie. Het management zorgt voor een werkomgeving waarin vanuit gemeenschappelijke normen en waarden wordt gewerkt. Vertrekpunt is een sterk gemeenschappelijk belang.

Daarom is naast een bedrijfskundige (instrumentele) benadering van veranderprocessen ook een op ontwikkeling van professionals gerichte benadering gewenst. In termen van sturing en implementatie vergt het voorgaande het zogenaamde minimum-interventieprincipe. De kern ervan is dat zo veel mogelijk beslissingsbevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie worden gelegd.

Op het niveau van basiseenheden (professionals, teams, afdelingen) kan men het beste de zorgcontext van de cliënt en de belangen van verschillende stakeholders (mantelzorg, huisarts et cetera) overzien. Juist op dit niveau kan een betere afweging gemaakt worden tussen de inzet van middelen (mensen), de te hanteren planning en de kosten.

Wanneer de verantwoordelijkheid bij professionals wordt gelegd, kunnen rondom de werkprocessen (ketens) organisatievormen ontstaan die de grenzen van de eigen organisatie overstijgen. Doordat informatie beschikbaar is, kunnen professionals zelfstandig komen tot verdeling van (gemeenschappelijke) middelen, verantwoording van eigen middelen, het in beeld brengen van effectiviteit en doelmatigheid en uitwerking van operationele plannen.

Centraal staan ondernemerschap en vertrouwen. Chapman (2015) werkt met leiderschapsprincipes die gebaseerd zijn op vertrouwen, het zorg dragen dat iedereen een betekenisvolle rol kan spelen, het creëren van voldoende uitdagingen en het gevoel aan resultaat te kunnen bijdragen.

Hij onderschrijft het standpunt van Malik (2006) dat organisaties niet op zoek hoeven te gaan naar perfecte mensen. Buiten het feit dat die niet bestaan, blijken de huidige mensen eigenlijk altijd prima in staat te zijn te functioneren als de randvoorwaarden voor effectief organiseren goed zijn ingevuld. Het bedrijf van Chapman (Barry-Wehmiller) kent als belangrijkste doelstelling: 'We're in business so that all our team members can have meaningful and fulfilling lives.'

Wat betekent het geschetste perspectief? Voor cliënten worden ervaringen steeds belangrijker bij hun waardering van zorgaanbieders: bejegening, geen wachttijden, duidelijke informatie et cetera. Ervaringen worden vooral gewaardeerd als sprake is van een authentieke (identiteitsgebonden) dienstverlening. De beoordelingen van cliënten worden gedeels bepaald door eigen ervaringen.



Het contact tussen professionals (bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg) wordt veel te weinig gebruikt om innovatieve ideeën te ontwikkelen. Horizontale netwerken zijn driemaal zo innovatief als verticale (door management gestuurde) netwerken (Johnson, 2011).

Belemmerende factoren bij de inrichting van een innovatief systeem zijn centraal gestuurde en gesloten bureaucratische organisaties. Bevorderend zijn decentrale, ondernemende, open en resultaatgerichte organisatieculturen. Wat we moeten doen is wel helder; de vraag is natuurlijk hoe je dat dan doet.

2.9 Conclusie: te verwachten ontwikkelingen

Samenvattend verwacht ik voor de komende jaren de volgende ontwikkelingen: er vindt een verschuiving plaats van organisaties naar organiseren. Het organiseren wordt ondersteund door de nieuwe kernwaarden in de zorg: het bijdragen aan de kwaliteit van leven en het mogelijk maken van zelfregie. Daarbij horen dus versterking van de eigen regie van cliënten en versterking van zelforganisatie bij professionals, de inrichting van netwerkstructuren, toepassingsmogelijkheden van nieuwe technologie en het komen tot een nieuwe verdeling van kennis en vaardigheden.

Cliënten geven steeds meer aan behoefte te hebben aan eigen regie. Inmiddels zijn bijvoorbeeld al 320 samenwerkingsverbanden zelf door burgers opgericht (Vilans). Dit heeft gevolgen voor de zorginfrastructuur. Zorgorganisaties komen voor de vraag te staan hoe zich te verhouden tot deze burgerinitiatieven. Dit heeft gevolgen voor de

inrichting van de zorginfrastructuur en informatiehuishouding van bestaande zorgorganisaties.

In de thuisituatie komen steeds meer ontwikkelingen op het gebied van domotica en sensortechnologie. De effecten van robotisering in de ouderenzorg zullen nog beperkt zijn. Slechts een beperkt aantal verpleegkundigen in de care geeft aan met zorgrobots te werken. Robotisering zal wel verder doorzetten, maar het adoptieproces zal decennia vergen (RIVM, 2018).

Bestaande zorgorganisaties zullen de regelruimte voor professionals laten toemen. De bedrijfsvoering en de informatiehuishouding worden meer ingericht om professionals te ondersteunen. Door de toenemende zwaarte van de zorg komt er nog meer aandacht voor de verdeling van deskundigheden: de rol van (wijk)verpleegkundige en de rol van verzorgende IG.

De positie van niveau 1 en 2 (huishoudelijke hulp) wordt mede in het licht van het toenemende arbeidsmarkttekort opnieuw ingevuld. Gezocht wordt naar verbindingen met andere professionele deskundighedsniveaus die vanuit een gezamenlijk perspectief tot professionele en liefdevolle zorg leiden.

Nodig is een infrastructuur die verantwoordelijkheidsniveaus kan mixen: besluitvorming wordt gedecentraliseerd. Er is behoefte aan een stijl van leidinggeven die ondernemerschap stimuleert. Daarnaast gaat het niet alleen om het ontwikkelen van innovaties maar vooral om hoe de bedachte innovaties georganiseerd worden.

Het is duidelijk dat er binnen de ouderenzorg behoefte is aan andere businessmodellen. Een toekomstgericht zorgbedrijf gaat zich kenmerken als een netwerkorganisatie waar mensen werken die zich aangesproken voelen door een gemeenschappelijke visie die aansluit bij de eigen waarden. Kernwoorden hierbij zijn zelforganisatie, hechte sociale netwerken en samenwerking met klanten.

Hoe realiseer je nu een toekomstbestendige inrichting? In de eerste plaats door je prestaties af te stemmen op de wensen van cliënten. Een effectief organisatie-model is gericht op een adequate invulling van een zorgproces waarin verschillende diensten en deskundigheden in samenhang worden ingericht. Criteria die daarbij gehanteerd worden zijn: aansluiten bij wensen van cliënten (vraagsturing), doelmatige en effectieve toegang tot het zorgaanbod, adequate informatievoorziening, creëren van verbindingen tussen professionals, definiëren van de financieringsgrondslag en vaststellen van het besturingsmodel op grond van het zorgaanbod.

Op basis van het principe van zelforganisatie is de bepalende factor voor de kwaliteit van de productie en dienstverlening de manier waarop mensen in organisaties zelf hun handelen sturen. In hun dagelijkse praktijk zien professionals het beste de ontwikkelingen en veranderingen. Daarom kunnen juist professionals een betere afweging maken tussen de inzet van middelen (mensen), de te hanteren planning en de kosten.

Wanneer de verantwoordelijkheid bij professionals wordt gelegd, kunnen rondom de werkprocessen (ketens) organisatievormen ontstaan die de grenzen van de eigen organisatie overstijgen. Doordat informatie beschikbaar is kunnen professionals zelfstandig komen tot verdeling van (gemeenschappelijke) middelen, verantwoording van eigen middelen, het in beeld brengen van effectiviteit en doelmatigheid en uitwerking van operationele plannen. Professionals gaan hun eigen vak als ondernemer uitoefenen.

Organisaties die niet in staat blijken intern ondernemerschap vorm te geven, zullen steeds meer moeite krijgen professionals aan zich te binden.

Voor de ouderenzorg is het belangrijk tot een positief frame te komen. Mijn advies: ophouden met zeuren en energie stoppen in innovaties.