

## OPINIE

## Slimmer organiseren in de ouderenzorg is noodzakelijk

Patrick Vermeulen<sup>1</sup>, Lander Vermeerbergen<sup>1</sup>, Paul Hendriks<sup>1</sup>, Dirk Vriens<sup>1</sup>

Het aanpakken van de personeelskrapte in de ouderenzorg heeft grote prioriteit. In de anderhalve pagina in het Nederlandse hoofdlijnenakkoord over de zorg, wordt de arbeidsmarktkrapte met stip aangeduid als een groot probleem. Hierbij wordt vermeld dat het aantrekkelijker wordt gemaakt om in de zorg te werken door meer autonomie aan medewerkers te geven, regeldruk te verminderen en medewerkers zelf te laten roosteren. Hoe dan? De wijze waarop het werk is ingericht krijgt nu nauwelijks aandacht, terwijl die inrichting juist cruciaal is. Kwalitatief hoogstaande zorg vraagt erom de zorg in te richten rondom patiëntstromen in plaats van rondom zorghandelingen en functionele afdelingen. Kortom, haal de complexiteit uit de organisatie van de ouderenzorg en stop die in het werk zelf. Dit maakt individuele zorgbanen rijk, veelzijdig en zorgt voor veel regelvermogen op de werkvloer.

De summiere oplossingen die nu worden aangedragen in het hoofdlijnenakkoord om daadwerkelijk beter werk te organiseren, lijken zwaar te steunen op technologisch determinisme geschreven door ingenieurs, economen en verzekeraars. Wat volstrekt onderbelicht blijft, is de organisatorische inbedding om goede banen in de zorg te realiseren. Terwijl juist hier, zoals reeds veelvuldig is bepleit en onderzocht<sup>7,8</sup>, de mogelijkheden liggen om de ouderenzorg fundamenteel en duurzaam te verbeteren. Minder bureaucratie, minder onnodige zorg en meer waardering voor zorgpersoneel zijn bijvoorbeeld uitkomsten van de rapporten “Het Roer Moet Om!”<sup>3</sup> en “Patiënt tussen wal en schip”<sup>1</sup>. Het WRR-rapport ‘Het betere werk’<sup>10</sup>, waarin ook de organisatie van de zorg wordt genoemd, breekt een lans om ook de kwaliteit van het werk serieus te nemen. Het programma in Vlaanderen rond innovatieve arbeidsorganisaties toont aan dat anders organiseren helpt bij het creëren van betere banen voor medewerkers in verpleeghuizen (zie ook: <https://www.zorg-en-gezondheid.nl>).

---

<sup>1</sup> Radboud Universiteit, Nijmegen.

\* Correspondierend auteur: [patrick.vermeulen@ru.nl](mailto:patrick.vermeulen@ru.nl)

be/innovatieve-arbeidsorganisatie-voor-woonzorgcentra). Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Desalniettemin blijft in de discussie rond het vinden en behouden van voldoende arbeidskrachten in de ouderenzorg, de manier waarop het werk in onze zorginstellingen wordt georganiseerd onderbelicht. Kortom, in verbetervoorstellen voor de zorg wordt ten onrechte de structuur van zorgorganisaties vaak niet genoemd, terwijl dit een van de belangrijkste puzzelstukken betreft voor het creëren van betere banen.

## Het werk van de zorgprofessional

Om te begrijpen hoe een zorgorganisatie kan worden georganiseerd en hoe een slechte organisatie goede zorg in de weg kan zitten, kunnen we kijken naar het werk van een zorgprofessional. Deze ziet op een dag veel verschillende cliënten of bewoners, met hun eigen specifieke karakteristieken en klachtenpatronen. Het werk van de zorgprofessional beslaat slechts een aantal handelingen, een fractie van het gehele zorgproces. Hierdoor is het werk van de zorgprofessional afhankelijk van het werk van anderen; afhankelijk van roosters, het inkopen van boodschappen, het bestellen van medicatie, de visite van een specialist of het aanvullen van de voorraadkast. Als deze zaken niet zijn gedaan, moet de zorgprofessional wachten. En als er iets misgaat, is de zorgprofessional afhankelijk van anderen. Vaak zijn dit managers, die aangeven hoe de zorgprofessional met het spaak gelopen proces moet omgaan. Deze managers hebben vaak alleen de verantwoordelijkheid over een klein gedeelte van het proces, zoals de 'manager kwaliteit' of 'manager voorraad'. Bovendien worden deze managers zelf ook weer gemanaged.

Veel zorgprofessionals werken in een typisch bureaucratische organisatiestructuur<sup>5</sup> waar het operationele werk maar een klein gedeelte van het totale zorgproces beslaat, zij veel verschillende patiënten zien, in de uitvoering van taken afhankelijk zijn van veel andere taken en waar zij zelf niet het regelvermogen hebben om met problemen om te gaan. Het is niet moeilijk om te zien dat er problemen ontstaan als zorgtaken zo zijn georganiseerd. In een complex netwerk van kleine taken, is elke taak afhankelijk van vele andere taken. En in elke afhankelijkheidsrelatie kunnen fouten ontstaan die vaak een groter deel van het netwerk treffen<sup>6</sup>. Als managers slechts een klein deel van het proces overzien, kan het zijn dat hun oplossingen binnen het grote geheel niet adequaat zijn. Daarnaast: als je veel verschillende cliënten ziet met elk hun eigen specifieke aandoeningen en wensen, kun je snel het overzicht kwijtraken. Om er ondanks dit alles toch voor te zorgen dat patiënten worden geholpen, moet er veel worden gepland, veel procedures worden opgesteld en veel worden overlegd om fouten te voorkomen of te herstellen<sup>4</sup>. Zo'n structuur is dus inefficiënt en leidt tot

wachttijden en fouten, evenals ontzettend veel stress, weinig autonomie en erg veel werkdruk voor medewerkers<sup>2, 9</sup>.

## **Hoe kunnen we de zorg beter organiseren?**

Zorg moet niet langer worden geleverd door een complex netwerk met veel afhankelijke taken waarin zorgverleners veel cliënten zien voor een klein deel van het zorgproces. Wat helpt is een simpeler netwerk met minder afhankelijkheden waarin zorgverleners minder cliënten zien voor een groot deel van het zorgproces. Dat betekent: maak het netwerk van taken simpeler, maak de taken complexer en bedien minder cliënten per zorgverlener.

Hoe doe je dat? De volgende vuistregels zijn een leidraad.

### **Maak cliëntstromen in plaats van afdelingen**

Veel zorgorganisaties bestaan nog altijd uit gescheiden afdelingen op basis van een discipline. Deze afdelingen hebben allerlei ondersteunende diensten (bijvoorbeeld logistiek) en stafafdelingen (zoals personeel en kwaliteit). Soms worden daar multidisciplinaire teams overheen gelegd, zonder iets aan de onderliggende afdelingsstructuur te doen. Je krijgt dan een complexe matrixstructuur met alle afstemmings- en coördinatieproblemen van dien<sup>4</sup>. Dit is feitelijk een lapmiddel. Het alternatief is een organisatie gebaseerd op cliëntgerichte stromen die zo onafhankelijk mogelijk zijn. Hierbij is te denken aan cliënten met bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld dementie of fysieke beperkingen), of persoonlijke wensen of kenmerken (bijvoorbeeld geografisch in dezelfde wijk wonen). Door stromen te maken kun je zorg en welzijn specifiek en efficiënter inrichten, omdat er minder afstemming nodig is en dus minder kans is op fouten.

### **Zorgprofessionals moeten cliënten voor een zo groot mogelijk deel van het proces zelf zien**

Indien stromen van cliënten duidelijk zijn, moeten kleine teams van zorgprofessionals (idealiter 6-12 medewerkers) gealloceerd worden op specifieke stromen die dus onafhankelijk zijn van andere stromen. Hierbij is het cruciaal dat de zorgprofessionals het zorgproces in een clientstroom liefst van begin tot einde van voor hun rekening nemen. Dit zorgt voor minder overdrachtsmomenten en maakt het mogelijk om de zorg beter op de cliënt af te stemmen.

### **Bouw samenwerking binnen zorgtaken in**

Zorg ervoor – in elk geval bij de complexe zorg – dat zorg door een team van zorgprofessionals uit verschillende disciplines wordt geboden, en niet door aparte

specialistische afdelingen. Dit vermindert niet alleen het aantal keer dat de cliënt zijn of haar verhaal moet doen, maar zorgt er ook voor dat de band tussen medewerker en cliënt verbetert, wat persoonsgerichte zorg faciliteert. In verpleeghuizen kunnen bijvoorbeeld logistieke medewerkers, zorgkundigen en verpleegkundigen samen in een team terechtkomen.

## Zorg voor regelvermogen

Teams van zorgprofessionals moeten zoveel mogelijk regelvermogen hebben om zelf met problemen om te gaan. Dat kan gaan om het zelfstandig oplossen van operationele problemen, waarbij professionals – gegeven hun inzicht in deze problemen – betrokken zijn bij het oplossen ervan. Zo'n team zal door de combinatie van deskundigheid en ervaring ook bij uitstek geschikt zijn om te bepalen wat wel en niet zinvolle zorg en welzijn is. Het kan ook gaan om meedenken over de geschiktheid van bepaalde technologieën. Want wie is beter in staat om de waarde daarvan te bepalen dan de mensen die deze technologie zelf gebruiken? Ook kan het gaan om het mede bepalen van kwaliteitseisen van zorg en welzijn, of gewoon louter of er kan worden ingegaan op de wensen van bewoners of familie in een verpleeghuis.

Het bouwen van organisaties volgens deze vuistregels is de basis voor zorg en welzijn waarbij *tegelijkertijd* de kwaliteit van zorg én de kwaliteit van werk wordt verbeterd. Medewerkers zullen een breder en gevarieerder takenpakket krijgen, met daarbij meer autonomie en sociale ondersteuning van collega's en leidinggevenden. Een resultaat dat leidt tot meer werkbare banen en betrokkenheid op het werk. De duidelijke toewijzing van stromen van cliënten aan specifieke teams zal bijvoorbeeld leiden tot meer persoonsgerichte zorg, doordat de medewerkers de cliënten en hun voorkeuren beter kennen waardoor de kwaliteit van zorg zal toenemen.

Uiteraard is er ook meer waardering van het zorgpersoneel nodig en dienen we in te zetten op nieuwe technologie en administratieve vereenvoudiging. Maar alleen met meer salaris komen we er niet meer. Zeker niet gezien de grote demografische uitdagingen. Sterker – als we organisaties niet volgens deze vuistregels aanpassen, is de kans dat andere maatregelen het gewenste resultaat zullen hebben veel kleiner!

## Referenties

1. Actiecomité Het Roer Moet Om. Patiënt tussen wal & schip. VVAA: Haarlem; 2019.
2. De Sitter, L. U. , Hertog, J. F. D., & Dankbaar, B. From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human relations*. 1997;50(5):497-534.
3. GGZ Nederland. Het roer moet om. Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ Nederland: Amersfoort; 2017

4. Kuipers, H., van Amelsvoort, P., Kramer, E. H., & Leuven, A. Het nieuwe organiseren. Acco Uitgeverij; 2018.
5. McDermott, A. M., Hyde, P., Avgar, A. C., & FitzGerald, L. Research Handbook on Contemporary Human Resource Management for Health Care. Edward Elgar Publishing; 2024.
6. Mintzberg, H. Managing the myths of health care: bridging the separations between care, cure, control, and community. Berrett-Koehler Publishers; 2017.
7. Van Hootegem, G., & Dessers, E. (Eds.). Onbezorgd: naar een geïntegreerd gezondheids-systeem. Acco: Leuven; 2017.
8. Vermeerbergen, L., McDermott, A. M., & Benders, J. Managers shaping the service triangle: Navigating resident and worker interests through work design in nursing homes. *Work and Occupations*. 2021;48(1):70-98.
9. Vermeerbergen, L., Van Hootegem, G., & Benders, J. Putting a band-aid on a wooden leg: A sociotechnical view on the success of decentralisation attempts to increase job autonomy. *Team Performance Management*. 2016;22(7/8):383-98.
10. WRR. Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht. WRR: Den Haag; 2020.