

Full paper

Anders leren werken schept ruimte voor meer en ander personeel in de verpleeghuiszorg

Dr. Arjella van Scheppingen¹, Martin Verduyn², Drs. Wendy van den Berkmortel³, Drs. Gemma van Ruitenbeek⁴.

Trefwoorden: Participatief herontwerp van werk, anders (samen)werken, impactonderzoek, toekomstbestendige ouderenzorg, diverse personeelssamenstelling, inclusie.

Samenvatting

De ouderenzorg neemt in omvang en complexiteit toe. Tegelijkertijd daalt het aantal formele en informele zorgverleners. Dit artikel beschrijft aan de hand van vier praktijkcases in verpleeghuisorganisaties in welke mate, en hoe, via participatief herontwerp van werk ruimte kan worden gecreëerd voor de inzet van een meer diverse groep werkenden. Ook is in kaart gebracht wat behulpzaam is in het anders leren (samen)werken.

Via participatief herontwerp van werk bleek ruimte voor één extra medewerker op tien bestaande medewerkers. De actieve inbreng van medewerkers is essentieel voor: a) het ontwikkelen van goed werk en een motiverende arbeidssituatie voor meer medewerkers en b) het collectieve leerproces om anders te gaan (samen)werken.

De onderkende werkzame bestanddelen zijn gebundeld tot een participatieve benaderingswijze ter ondersteuning van een duurzame inzet van een meer diverse groep werkenden die met elkaar leert om anders te gaan (samen)werken in de veranderende verpleeghuiszorg.

Inleiding

De ouderenzorg neemt in omvang en complexiteit toe. Tegelijkertijd neemt het aantal formele en informele zorgverleners af (Actiz, 2022). Het stelt beleidsmakers en zorgorganisaties voor de vraag hoe de ouderenzorg toekomstbestendig kan worden georganiseerd (WRR, 2021). Het is een complex vraagstuk dat vraagt om 'anders leven en zorgen' (RVS, 2022). Daarbij is het cruciaal dat voldoende mensen zich blijven inzetten voor de zorg en ondersteuning aan ouderen.

Het aantrekken en behouden van personeel vraagt om kwalitatief goed werk (WRR, 2020). Ook is het van belang om motiverende arbeidssituaties te creëren. Een motiverende arbeidssituatie draagt bij aan betere prestaties en duurzame inzet, en versterkt de samenwerking en het

Abstract

Elderly care is growing and becoming more complex. At the same time, the number of formal and informal care providers decreases. This article describes, based on four cases in nursing home organizations, to what extent and how, through participative work redesign, space can be created for the deployment of a more diverse group of workers. It has also been mapped out what is helpful in learning to work (together) differently by a more diverse group of workers.

Through participative work redesign, there was space for one extra employee out of ten existing employees. Active involvement of employees is essential for: a) development of good work and motivating work conditions for more employees and b) collective learning processes to start working (together) differently.

The recognized helpful elements have been bundled into a participative approach aimed at supporting sustainable deployment of a more diverse group of workers who learn to work (together) differently in the changing nursing home care.

lerend vermogen in organisaties (Verbeek, 2018). Juist het vermogen van samen leren en ontwikkelen is voor de veranderende verpleeghuiszorg essentieel (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021).

Duurzame en gemotiveerde inzet van mensen ontstaat volgens de self-determination theory (SDT) (Ryan & Deci, 2017) in een werkklimaat waarin voldaan wordt aan gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid. Helaas blijkt dat aan die behoeften niet altijd wordt voldaan in de zorg. Het ontbreekt zorgprofessionals nogal eens aan zeggenschap en professionele autonomie (V&VN, 2022). De veranderende zorg vraagt ook om andere competentiegebieden waar lang niet iedereen zich al bekwaam voor voelt (Maurits et al., 2015). Zorgprofessionals worden vaak ook maar weinig betrokken bij ontwikkelingen in de zorg

¹ Zelfstandig onderzoeker en facilitator vitale en inclusieve arbeidsorganisaties

² Zelfstandig interim, crisis- en verandermanager sociaal domein

³ Adviseur arbeid en innovatie Senzer

⁴ Onderzoeker en managing director Centrum voor Inclusieve Arbeidsorganisatie, Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: Dr. Arjella van Scheppingen, Arjella.vanscheppingen@gmail.com, 06-10521465, Zonhovenstraat 39 1066 MA Amsterdam

en de organisaties (Van den Bosch & Giesen, 2017), wat afbreuk doet aan gevoelens van verbondenheid.

De opgave waar de ouderenzorg voor staat vraagt om een kritische herbezinning op de wijze waarop het werk is georganiseerd. Gezien de huidige arbeidskrachte en demografische ontwikkeling is het zinvol om daarbij in kaart te brengen of en onder welke voorwaarden mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel (extra) kunnen bijdragen aan de ouderenzorg. Het onbenut arbeidspotentieel bedroeg in 2022 ruim 1,2 miljoen mensen (CBS, 2022). Velen daarvan hebben geen zorgkwalificatie, maar mogelijk beschikken zij wel over competenties die de zorg nodig heeft.

Dit artikel sluit aan op de noodzaak om het werk in de verpleeghuiszorg anders te gaan organiseren, dusdanig dat een meer diverse groep werkenden er duurzaam en betekenisvol kan (samen)werken. Het biedt aan de hand van vier praktijkcases in de verpleeghuiszorg inzicht in de mogelijkheden en effecten van participatief herontwerp van werk. Participatief herontwerp van werk definiëren we hier als: een organisatieleerproces gericht op het herschikken van werkzaamheden, taken, verantwoordelijkheden en rollen om daarmee beter invulling te kunnen geven aan de veranderende eisen van binnen en buiten de organisatie. Herontwerp van werk wordt gezien als één van de oplossingen voor personeelsproblematiek (UWV, 2022). Het stelt organisaties in staat om het werk efficiënt te verdelen, waarbij mensen zoveel mogelijk worden ingezet op hun kwaliteiten en competenties (van Ruitenbeek et al., 2013). Te ver doorgeschoten arbeidsdeling kent echter ook risico's. Het kan leiden tot onvolledige, eenzijdige functies, overbelasting en/of ondermijning van motivatie. Het is dus zaak dat vanuit een herontwerp van werk kwalitatief goed werk en motiverende arbeidssituaties ontstaan voor alle werkenden.

De vier betrokken verpleeghuisorganisaties kozen voor participatief herontwerp, in aanvulling op diverse initiatieven om te komen tot een op de cliëntvraag toegesneden personeelssamenstelling. In kaart is gebracht a) wat de effecten zijn van herontwerp van werk en b) wat werkzame elementen zijn voor het duurzaam anders leren (samen)werken door een meer diverse groep werkenden. Dit artikel beoogt daarmee bij te dragen aan:

- 1) Inzicht in hoeverre en hoe via participatief herontwerp van werk in de verpleeghuiszorg:
 - a. ruimte kan worden gecreëerd voor een duurzame inzet van mensen zonder zorgkwalificatie, onder wie ook mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel;
 - b. kwalitatief goed werk en een motiverende arbeidssituatie kan ontstaan voor bestaand en nieuw personeel.
- 2) Inzicht in de werkzame bestanddelen voor het duur-

zaam anders leren (samen)werken van een meer diverse groep werkenden in de verpleeghuiszorg.

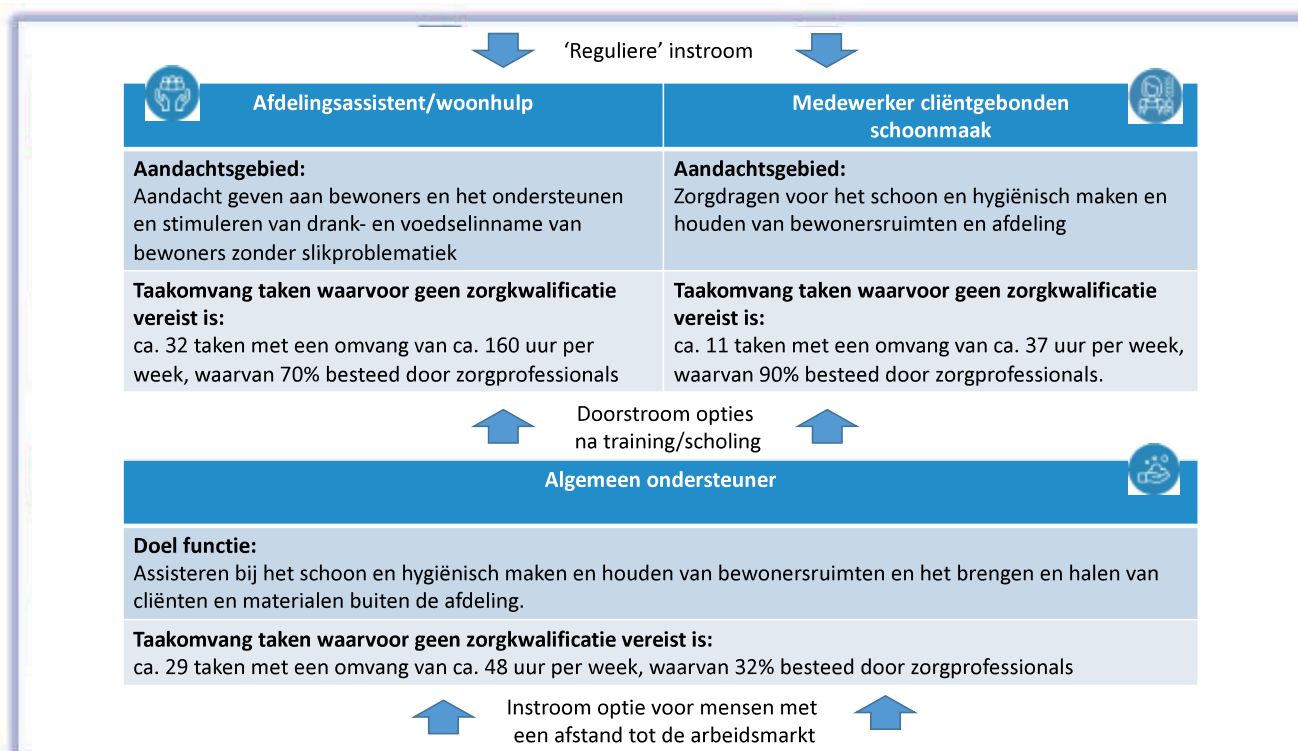
Materiaal en methode

Vier verpleeghuisorganisaties pasten in de periode 2019-2020 een participatieve methode toe voor herontwerp van werk, waarna mensen zonder zorgkwalificatie zijn aangehouden voor werk in de zorg:

- Organisatie 1: een kleine verpleeghuiszorgorganisatie met 4 locaties, 350 medewerkers (177 fte), 220 vrijwilligers. Op één afdeling maakten zij gebruik van een eerste versie van het Bedrijfsadvies Inclusieve Arbeidsorganisatie van UWV (BIA 1.0): elementaire taken zijn onttrokken aan bestaande zorgfuncties en belegd bij een functie op niveau 1: 'zorgassistent'. Het betreft een functie met eenvoudig aan te leren taken en is potentieel geschikt voor mensen uit de doelgroep Banenafpraak.⁵
- Organisatie 2: een grote verpleeghuiszorgorganisatie, 25 locaties, 2.100 medewerkers (1.467 fte), 1.450 vrijwilligers. Zij pasten op twee locaties BIA 1.0 toe. Dat leidde tot een functie op niveau 1: 'woonhulp', bestaande uit eenvoudig aan te leren taken die potentieel geschikt zijn voor mensen uit de doelgroep Banenafpraak.
- Organisatie 3: een grote verpleeghuiszorgorganisatie, 15 locaties, 1.850 medewerkers (1.273 fte), 875 vrijwilligers. Zij pasten op twee locaties Inclusief Herontwerp van Werk (IHW) 2.0 toe, een door het Centrum voor Inclusieve Arbeidsorganisaties van de Universiteit Maastricht ontwikkelde methodiek (Mulders et al., 2020). Het voorkomende werk is in kaart gebracht en taken waarvoor geen zorgkwalificatie is vereist zijn met inbreng van zorgprofessionals belegd bij drie functies. Op niveau 1: 'algemeen ondersteuner' en op niveau 2: 'medewerker cliëntgebonden schoonmaak' en 'woonhulp' (figuur 1). De functie algemeen ondersteuner is potentieel geschikt voor mensen uit de doelgroep Banenafpraak.
- Organisatie 4: een middelgrote verpleeghuiszorgorganisatie, 16 locaties, 950 medewerkers (458 fte), 650 vrijwilligers. Deze organisatie hanteerde een eigen, participatieve aanpak. In alle 42 teams is gereflecteerd op de toekomstige zorgbehoeften en huidige manier van werken. Als rode draad bleek daaruit dat de zorgmomenten te beperkt zijn om cliënten de aandacht te geven die zij nodig hebben. Welzijnstaken bleven onderbelicht. Op basis daarvan zijn contouren voor een nieuwe welzijnsfunctie op niveau 2 vastgesteld: 'Medewerker Mooie Dag' (MMD). De teams konden deze functie op maat invullen, daarbij ondersteund door teamcoaches. De functie is potentieel geschikt voor mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel.

Omdat we participatief herontwerp van werk zien als een organisatieleerproces is gekozen voor een impactonder-

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-met-arbeidsbeperking/meer-banen-mensen-arbeidsbeperking>



Figuur 1: De ontwikkelde functies die binnen organisatie 3 tot stand kwamen via Inclusief Herontwerp van Werk (IHW)

zoek, dat geschikt wordt geacht voor het evalueren van leerprocessen (Verdonschot & Stevens, 2021). Gestart is met het bestuderen van jaarverslagen, kwaliteitsverslagen, medewerkersonderzoeken en informatie over de personele samenstelling.⁶ Aangevuld met literatuur, kennis en praktijkervaring over herontwerp van werk, kwaliteit van arbeid en motiverende arbeidssituaties is hieruit een topiclijst opgesteld. Aan de hand daarvan zijn 37 semigestructureerde interviews verricht op diverse niveaus binnen de organisaties (tabel 1). In lijn met evaluaties in de gezondheidszorg (Hudak & Wright, 2000) is gevraagd naar het ervaren effect van het herontwerp op de ontwikkeling in de kwaliteit van arbeid en arbeidsmotivatie en wat daarop van invloed was. Alle interviews zijn uitgeschreven en voor akkoord voorgelegd aan de betrokkenen.

De bevindingen van elke organisatie zijn gebundeld en in interactieve groepsessies besproken. Voor organisatie 1, 2 en 4 ging het om teambijeenkomsten, waar leidinggevend, staffunctionarissen (HR en opleidingen) en alle betrokken teamleden aanwezig waren. In organisatie 3 ging het om werksessies met vertegenwoordigers vanuit locatie-management, zorgteams (verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden), HR en opleidingen.

Per organisatie is vervolgens een conceptcasusbeschrijving opgesteld. Na bespreking daarvan met de opdrachtgever en verwerking van het commentaar is een definitieve casusbeschrijving opgeleverd.

⁶ www.waardigheidentrots.nl/themas/personeelssamenstelling

⁷ <https://www.inclusievearbeidsorganisatie.org/anders-werken-in-de-verpleeghuiszorg>

De inzichten uit de vier casusbeschrijvingen zijn op geaggregeerd niveau beschreven in overkoepelende rapportages.⁷ Deze overkoepelende rapportages en de afzonderlijke casusbeschrijvingen zijn het materiaal voor dit onderzoek. In lijn met een evaluatie-methodiek voor organisatieleerprocessen (van Scheppingen & Bos, 2012) is het onderzoek gericht op:

- *Beoogde effecten*
 - Hoe en in welke mate kan via herontwerp van werk ruimte worden gecreëerd voor de inzet van mensen zonder zorgkwalificatie, onder wie ook mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel?
- *Overige effecten en bedrijfsmatige impact*
 - Wat is het effect van het herontwerp van werk op bestaand personeel?
 - Heeft herontwerp van werk effect op de kwaliteit van zorg, en zo ja welke?
 - Wat zijn eventueel andere bedrijfsmatige implicaties?
- *Werkzame bestanddelen*
 - Wat zijn de werkzame bestanddelen voor het duurzaam anders leren (samen)werken van een meer diverse groep werkenden in de verpleeghuiszorg?

Bevindingen

Beoogde effecten

In alle vier de organisaties bleek het mogelijk om via herontwerp van werk ruimte te creëren voor inzet van mensen

Tabel 1: Interviews en overleg/werksessies per organisatie

Interviews op diverse niveaus				Bespreking en duiding in interactieve groepsessies:
Org.	Strategisch	Tactisch	Operationeel	
1	- Bestuurder	- Locatiemanager - Projectadviseur	- Kwaliteitsverpleegkundige - Zorgassistent	- Teamoverleg
2	- Strategisch organisatie adviseur	- 2 Locatiemanagers - Manager leren en ontwikkelen - HR manager	- 1 Verpleegkundige - 1 Verzorgende - 2 Woonhulpen - 2 Werkbegeleiders	- 2 Teamsessies (elk team afzonderlijk)
3	- Directeur - 2 Regiomanagers	- HR manager - P&O functionaris - Manager opleidingen - Manager financiën - Locatiemanager	- Hoofd verpleegkundige dienst - Woonhulp - Werkbegeleider	- 2 Werksessies met afvaardiging van diverse functies
4	- Directeur - Strategisch organisatie adviseur	- HR medewerker - HR manager	- 2 Verpleegkundigen - 2 Verzorgenden - 2 MMD	- 42 Werksessies (alle teams)
Totaal	7	13	17	

zonder zorgkwalificatie. Zorgprofessionals bleken relatief veel taken te verrichten waarvoor geen zorgkwalificatie is vereist. In totaal ging het in organisatie 1, 2 en 3 om ongeveer 25% van het takenpakket, waaronder: a) ondersteunende taken als opruimen, schoonmaken, afhandelen van menu- of activiteitenlijsten, klaarmaken van eten/drinken, transfer van bewoners en b) welzijnstaken, zoals ondersteunen bij eten en ondernemen van activiteiten. In organisatie 4 bleek dat aandacht en welzijn in het reguliere zorgproces onderbelicht bleven, terwijl aan dit soort taken en de coördinatie daarvan in toenemende mate behoefte is.

De bij het herontwerp betrokken zorgprofessionals vonden het niet wenselijk om alle taken waarvoor geen zorgkwalificatie vereist is te beleggen bij anderen. Met inbreng van zorgprofessionals bleek een deel van deze taken wel overdraagbaar naar andere functies. In alle vier de organisaties bleek er zo ruimte voor de inzet van één extra medewerker op elke 9-10 medewerkers van het oorspronkelijke personeelsbestand (tabel 2). Voor de diverse organisaties is dat als volgt ingevuld:

- Organisatie 1: de functie *zorgassistent* werd opengesteld voor 12-16 uur per week. Daarop zijn op 33 medewerkers drie mensen uit de doelgroep Banenafpraak aangenomen. Deze nieuw aangetrokken mensen zijn duurzaam aan het werk. Hun takenpakket is in de loop der tijd uitgebreid. Gestart werd met taken waarvoor de betrokken medewerkers zich competent voelden. Via periodieke evaluaties binnen het team zijn op maat extra taken toebedeeld. Bestaand en nieuw personeel leerden hierdoor stapsgewijs anders te gaan (samen) werken.
- Organisatie 2: de functie *woonhulp* werd opengesteld

voor 16-20 uur per week. Daarop zijn op 110 medewerkers tien mensen aangenomen met afstand tot de arbeidsmarkt, onder wie mensen met licht verstandelijke beperkingen. Niet iedereen van deze groep lukte het dit werk te behouden. Het waren niet zozeer de taken, maar veeleer de dynamiek van een woon-zorgomgeving waardoor mensen uitvielen. De interacties met collega's, cliënten en familieleden en het flexibel inspelen op veranderende situaties bleek niet voor iedereen haalbaar. Bij de latere werving is daarop nadrukkelijker aandacht besteed aan sociale en communicatieve vaardigheden en aan ondersteuning bij het anders leren (samen)werken binnen de teams. De functies zijn uiteindelijk allemaal ingevuld door mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel.

- Organisatie 3: de drie functies *woonhulp*, *medewerker cliëntgebonden schoonmaak* en *algemeen ondersteuner* zijn voor 12-24 uur per week opengesteld. Op een bestand van 1.850 medewerkers zijn ongeveer 200 mensen aangenomen. Mede gestimuleerd door de roep om meer aandachtsbanen⁸ zijn voor alle locaties woonhulpen aangetrokken. Deels zijn mensen vanuit de interne organisatie aangetrokken. Deels ook is extern geworven, onder meer vanuit het onbenut arbeidspotentieel. Per locatie werd daarnaast ofwel een algemeen ondersteuner ofwel een zorgassistent aangetrokken. De algemeen ondersteuners werden geworven uit de doelgroep Banenafpraak. De zorgassistent kwam voort uit een project gericht op de instroom van statushouders⁹. Van de betreffende groep statushouders is iedereen duurzaam aan het werk. De belangrijkste bijdragende factoren hiervoor waren: a) aandacht voor de visie op zorg en het daaruit voortvloeiende handelingsperspectief en b)

⁸ <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/aandachtsbanen-in-verpleeghizen-tips-voor-zorgaanbieders-en-gemeenten/>

Tabel 2: Aanpak, scope en gecreëerde ruimte voor inzet van een meer diverse groep werkenden en ontwikkelde functies

Org	Aanpak	Scope	Oorspronkelijk personeelsbestand	Ruimte voor inzet	Ontwikkelde functies	Niv.
1	BIA 1.0	1 Team	33	3	- Zorgassistent	1
2	BIA 1.0	1 Locatie	110	10	- Woonhulp	1
3	IHW 2.0	Alle locaties	± 1.850	± 200	- Woonhulp - Algemeen ondersteuner - Cliëntgebonden schoonmaak - Zorgassistent	2 1 1 2
4	Eigen methodiek	Alle locaties	± 950	± 100	- Medewerker Mooie Dag	2

ondersteuning van teams bij het anders leren (samen) werken met een meer diverse groep collega's. Onder de woonhulpen en algemeen ondersteuners was wel uitstroom. Het waren niet de taken waardoor mensen uitvielen, maar niet iedereen kon de complexe dynamiek op een woon-zorgomgeving aan. De leerpunten: a) nieuwkomers in de zorg moeten niet alleen beschikken over algemene werknemersvaardigheden en sociale en communicatieve vaardigheden, maar ook goed worden voorbereid op het werken in de betreffende woon-zorgomgeving en b) bestaand en nieuw personeel moet nadrukkelijk ondersteund worden in het anders leren (samen)werken.

- Organisatie 4: de functie *MMD* werd opengesteld voor 12-24 uur per week. Op 950 medewerkers zijn ongeveer 110 *MMD*'s aangenomen. Voor deze functie zijn overwegend mensen zonder zorgkwalificatie aangenomen. Deels vanuit de interne organisatie, deels ook werden externen geworven, onder wie mensen uit het onbenut arbeidspotentieel. In aanvulling is een *coördinator MMD* aangenomen, met als doel het onderling leren van de ervaringen met deze nieuwe functie te stimuleren. Er bleek meer coördinatietijd nodig dan verwacht om teams te ondersteunen in het anders (samen) werken. De meerderheid van de *MMD*'s is duurzaam aan het werk. Behulpzame factoren waren: a) het delen van praktische inzichten over de woon-zorgomgeving en over het handelen richting cliënten en b) het anders leren (samen)werken en het coördineren daarvan. Redenen voor uitval waren: a) het onvoldoende in staat zijn contact en aansluiting te maken met cliënten, b) de verplichtstelling van de mbo2-opleiding zorg & welzijn voor *MMD*'s (die voor sommigen onvoldoende aansloot bij hun niveau) en c) het ontbreken van tijd of motivatie. Op één locatie is het niet gelukt om de *MMD*-functie direct in te bedden. De zorgteams aldaar hadden in verband met een verhuizing geen actieve inbreng gehad bij het herontwerptraject. De implementatie van de nieuwe functie ging aldaar gepaard met weerstand en verschillende interpretaties over wat de functie inhoudt. Leerpunt: actieve inbreng van ieder team bij herontwerp van werk is essentieel voor het welslagen ervan.

Overige effecten en bedrijfsmatige impact

Alle vier de organisaties onderkennen de meerwaarde van het participatief herontwerp van werk. Het leidt ertoe dat zorgprofessionals zich met meer focus kunnen toeleggen op de (zorg)taken waar ze voor opgeleid zijn en die betekenis geven aan hun werk. Het zorgpersoneel heeft ook meer ruimte om in te spelen op de veranderende zorgvragen en dat onderling te leren. Het stimuleert gevoelens van competentie. Dat draagt bij aan hun werkplezier en motivatie om zich te blijven inzetten voor de zorg.

In alle organisaties bleek veel animo voor de nieuwe functies, het aanbod oversteeg de vraag. Via het herontwerp van werk zijn meer mensen aan het werk in de zorg, ook mensen die voorheen niet deelnamen aan het arbeidsproces. Het herontwerp van werk gaat gepaard met meer aandacht voor cliënten, wat ten goede komt aan hun leefplezier en de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Met het aantrekken van meer personeel namen ook de personeelskosten toe. Dat was voor deze organisaties financieel haalbaar, vooral omdat er meer zorg geleverd kon worden en er dus meer inkomsten werden gegenereerd. Deels ook konden de toegenomen kosten gedekt worden vanuit de kwaliteitsgelden die vanaf 2018 aan de verpleeghuissector zijn toegekend. Vanaf 2022 zijn deze gelden (deels) verdisconteerd in de tarieven. Het bood verpleeghuisorganisaties bestuurlijke vrijheid en financiële ruimte om de gekozen vorm van anders werken door te voeren.

Naast toegenomen inkomsten was er ook sprake van kostenreductie doordat ondersteunende taken tegen een lagere kostprijs konden worden verricht. Ter illustratie: organisatie 1 kon op een afdeling somatiek van 30 bewoners ruim € 20.000,- aan personeelskosten besparen door ondersteunende taken over te hevelen van gekwalificeerd zorgpersoneel naar zorgassistenten. Deels ook werden personeelskosten gecompenseerd vanuit subsidies voor het aannemen van mensen uit de doelgroep Banenafpraak. Overige bedrijfsmatige opbrengsten die aan participatief herontwerp van werk zijn toegekend:

- *Het versterken van inclusief ondernemen*
Herontwerp van werk schept ruimte voor de inzet van

⁹ Parallel hierin liep het project 'in de zorg, uit de zorgen', zie: <https://www.zorgaanzet.org/in-de-zorg---uit-de-zorgen>

een meer diverse groep, onder wie ook mensen uit de doelgroep Banenafpraak.

- *Het stimuleren van leerzaam werk via instap – en door-groefuncties*
De veelheid aan taken waarvoor geen zorgkwalificatie is vereist kan worden ondergebracht in instap- en door-groefuncties. Het is mogelijk gebleken te starten met een afgebakend takenpakket en dat via werkplekleren verder uit te breiden. Mensen aan de basis van de arbeidsmarkt kunnen zo laagdrempelig instappen, al doende hun kennis en vaardigheden uitbreiden en een breder takenpakket op zich nemen;
- *Samen reflecteren en leren*
De actieve inbreng van direct betrokkenen in leer/werksessies stimuleert reflectie op de huidige manier van (samen)werken. Men ontdekt met elkaar wat daarin wel of niet behulpzaam is voor de (toekomstige) zorg en ondersteuningsvragen. Het is zinvol gebleken om aandacht te besteden aan de veranderende zorgvragen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Zo'n toekomstgerichte benadering draagt bij aan een meer gezamenlijk beeld van de opgave waar de ouderenzorg voor staat, en stimuleert betrokkenen daarin een actieve(re) rol te vervullen.

Werkzame bestanddelen

Op grond van de praktijkervaringen zijn vijf voornaamste werkzame bestanddelen onderkend voor het ontwikkelen van kwalitatief goed werk en een motiverende arbeidssituatie van een meer diverse groep werkenden die duurzaam en betekenisvol kan blijven (samen)werken in de verpleeghuiszorg (figuur 2).

1. Betekenis geven

Pas als betrokkenen zelf de zin van het anders gaan (samen)werken doorgronden, het vertrouwen hebben dat het kan lukken en zij zelf er een zinvolle bijdrage aan kunnen leveren, zullen zij er actief de schouders onder zetten.

2. Participatief herontwerp van werk

Duurzaam anders (samen)werken vraagt om actieve inbreng van de diverse betrokkenen bij: a) het inventariseren en herverdelen van (toekomstig) werk, b) het inventariseren van de benodigde kwaliteiten en competenties van nieuwe collega's en het team als geheel en c) het vaststellen van passende ondersteuning om anders te leren (samen)werken.

Interactieve leer/werksessies blijken hierin van waarde, vooral wanneer er toekomstgericht gereflecteerd wordt op de veranderende zorgvragen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Teams die de ruimte krijgen om zich een beeld te vormen van het anders (samen)werken gaan zich daarop richten en zich ernaar gedragen.

3. Zorg-specifieke introductie, inwerken en leren (samen)werken in de zorg

Werkenden op woon-zorgafdelingen moeten beschikken over algemene werknemersvaardigheden en over sociale en communicatieve vaardigheden. Duurzame inzet van mensen zonder zorgachtergrond vraagt een zorg-specifieke introductie en voorbereiding op het werk. Zij moeten een realistisch beeld kunnen vormen van de woon-zorgomgeving, met aandacht voor de visie op zorg, de cliëntenpopulatie en de rol van de diverse betrokkenen. Praktijkbegeleiding en inter-, of supervisie blijkt zinvol om de benodigde zorg-specifieke kennis en vaardigheden op te doen.

4. Matchen

Een goede match tussen de persoon, het werk, het team en de organisatie is essentieel. Dat vraagt om duidelijkheid in de onderlinge verwachtingen. Concreet bezoeken van de afdeling, meelopen en snuffelstages zijn behulpzaam. Ook een goed inwerkprogramma is essentieel.

5. Doen en leren: anders leren (samen)werken

Anders gaan (samen)werken kan niet worden opgelegd. Het vraagt een collectief leerproces met periodieke evaluaties. Het proces van leren en ontwikkelen is gebaat bij het bespreken van praktijkervaringen, er samen op reflecteren en ervan leren. Daar ruimte voor bieden is van belang ter behoud van kwalitatief goed werk en een motiverende arbeidssituatie voor een meer diverse groep werkenden in de verpleeghuiszorg.

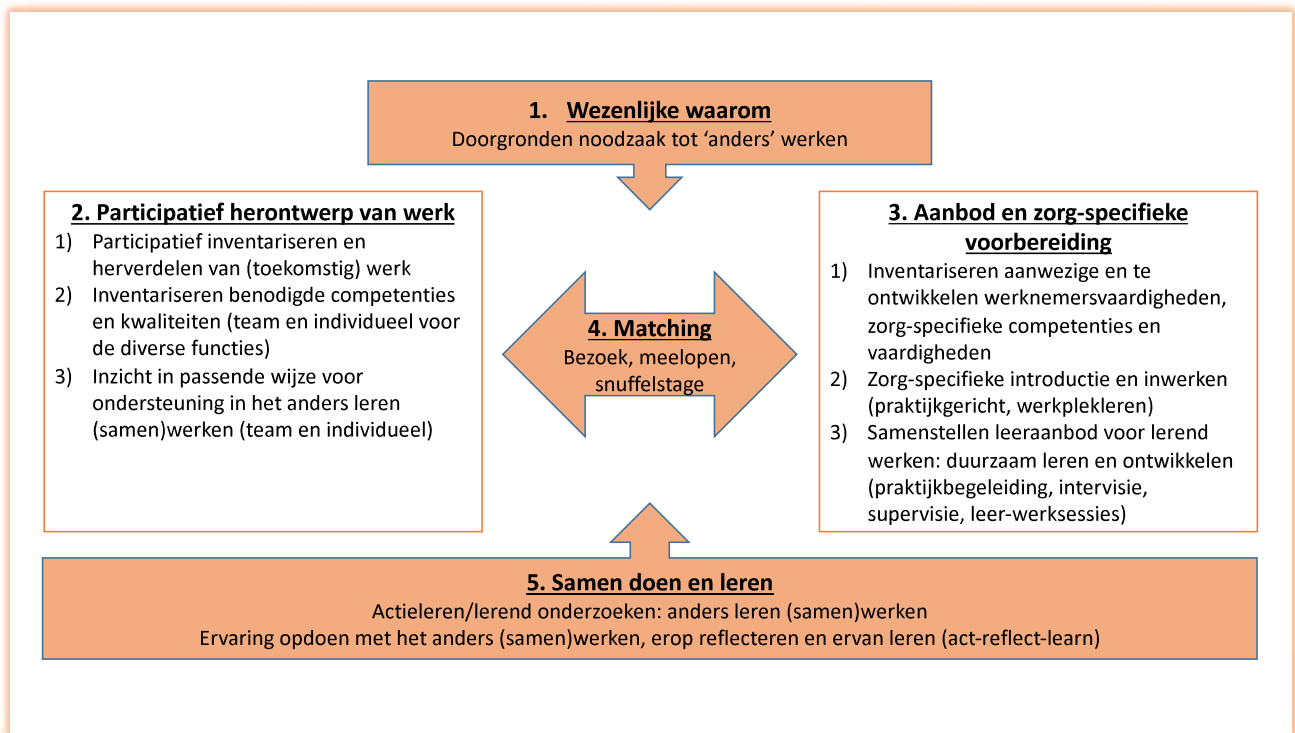
Discussie

Via participatief herontwerp van werk blijkt er ruimte te kunnen worden gecreëerd voor de inzet van een meer diverse groep werkenden in de verpleeghuiszorg. Het bleek in de afzonderlijke verpleeghuiszorgorganisaties mogelijk om taken te beleggen bij mensen zonder zorgkwalificatie, onder wie ook mensen behorende tot het on- of onderbenut arbeidspotentieel. Deze taken zijn globaal onder te brengen in:

- 1) ondersteunende zorgtaken en facilitaire taken;
- 2) aandachts- en welzijnstaken;
- 3) coördinerende en coachende taken ter ondersteuning van het anders leren (samen)werken.

Ondanks krapte op de arbeidsmarkt was meer animo voor de ontwikkelde functies dan de organisaties aankonden. De ontwikkelde functies hebben een omvang van 12-24 uur per week. Hoewel dat niet substantieel afwijkt van het gemiddelde dienstverband in de verpleeghuiszorg (Rommers & Roelvink, 2019), zit daar mogelijk ruimte voor uitbreiding van arbeidscontracten. Daarmee kan de versnippering van werkuren in de ouderenzorg, en daarmee een factor voor uitstroom, worden tegengegaan.

Door het ontrafelen van de veelheid aan taken in de zorg is het mogelijk om instap- en doorgroefuncties te ontwikkelen. Nieuwkomers in de zorg kunnen laagdrempelig starten met een afgebakend takenpakket en al werkend hun vaar-



Figuur 2: Werkzame bestanddelen voor het duurzaam anders leren (samen)werken door een meer diverse groep werkenden in de verpleeghuiszorg

digheden ontwikkelen. Deze vorm van werkplekleren stelt meer mensen in staat om in te stappen en duurzaam aan het werk te blijven (Commissie regulering van werk, 2020).

In lijn met eerder onderzoek blijkt actieve inbreng van direct belanghebbenden essentieel voor duurzame verandering (van der Zouwen, 2011). Actieve inbreng van zorgprofessionals bij herontwerp van werk stimuleert hun zeggenschap over de werkverdeling. Met name de interactieve leer/werksessies zijn relevant gebleken, zeker wanneer toekomstgericht gereflecteerd wordt op de veranderende zorg, de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, ieders rol daarbinnen en de daarvoor benodigde manieren van (samen)werken. Dergelijke bijeenkomsten bieden gelegenheid om te leren van elkaar en elkaars ervaringen. De aanwezige praktische wijsheid en impliciete kennis worden daarmee ontsloten en gevoelens van competentie en verbondenheid worden versterkt (Bierlaagh, 2021). Het is een non-formele manier van leren die in de verpleeghuiszorg al vaker dienst heeft bewezen (van Scheppingen et al., 2021).

De vanuit deze praktijkcases onderkende werkzame bestanddelen voor het anders leren (samen)werken zijn gebundeld. Toepassing ervan wordt verondersteld bij te dragen aan een werkklimaat waarin in hogere mate voldaan wordt aan gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid, en daarmee een motiverende arbeidssituatie voor een meer diverse groep werkenden in de zorg. Nader onderzoek naar deze veronderstelling is nodig. Daarbij is het interessant om de interactieve leer/werksessies nog nadrukkelijker een plek te geven en gebruik te maken van beproefde activerende werkvormen, zoals een World Café (van Scheppingen et al., 2014; Nauta et al., 2019).

Participatief herontwerp van werk stelde deze organisaties met een meer diverse groep mensen in staat om beter in te spelen op de toenemende en veranderende zorgvragen. De bevindingen uit dit onderzoek zijn echter niet zonder meer te generaliseren. Vanuit het doel om inzicht te krijgen in werkzame bestanddelen is bewust gekozen voor een selecte groep organisaties met positieve ervaringen met herontwerp van werk. Dat wil niet zeggen dat andere verpleeghuiszorgorganisaties of andere zorgdomeinen automatisch dezelfde effecten kunnen verwachten.

Dit onderzoek is beperkt tot verpleeghuisorganisaties. De ouderenzorg is echter veel breder. De meeste ouderen wonen thuis en krijgen daar de benodigde zorg en ondersteuning. Zorg- en welzijnsdomeinen raken hierbij steeds meer verweven. Vanuit dat oogpunt is het relevant om te onderzoeken in hoeverre en hoe het werk in de ouderenzorg domein-overstijgend kan worden herverdeeld en hoe een meer diverse groep werkenden domein-overstijgend kan gaan (samen)werken in de ouderenzorg. Daarmee kan mogelijk voor een nog bredere groep werkenden kwalitatief goed werk en een motiverende arbeidssituatie worden gecreëerd en daarmee een bijdrage leveren aan de forse opgave waar de ouderenzorg als geheel voor staat.

Conclusies

Via participatief herontwerp van werk kan ruimte worden gecreëerd voor de inzet van een meer diverse groep werknemers in de verpleeghuiszorg, onder wie ook mensen behorende tot het onbenut arbeidspotentieel. Zorgprofessionals kunnen zich met meer focus toeleggen op zorgtaken en beter inspelen op de veranderende zorgvragen. Door herontwerp van werk krijgen cliënten meer aandacht, hetgeen ten goede komt aan hun leefplezier en de kwaliteit van zorg.

Via herontwerp van werk is het mogelijk gebleken om in- en doorstroomfuncties te creëren. Werk wordt daarmee voor meer mensen aan de basis van de arbeidsmarkt toegankelijk.

De actieve inbreng van werknemers in de zorg bij het herontwerp van werk is essentieel. Met name de interactieve leer/werksessies zijn van waarde gebleken voor het versterken van het leerklimaat en het anders leren (samen)werken in de zorg.

Via de gebundelde werkzame bestanddelen voor het anders leren (samen)werken in de verpleeghuiszorg kunnen zorgorganisaties op participatieve wijze ruimte creëren voor de inzet van een meer diverse groep werknemers die duurzaam en betekenisvol kan blijven (samen)werken in de verpleeghuiszorg.

Literatuur

- Actiz (2022). Nieuwe cijfers personeelssamenstelling verpleeghuizen. Wat je in de samenleving ziet, zie je ook terug op de werkvloer. Verkrijgbaar via: <https://www.actiz.nl/nieuwe-cijfers-personeelssamenstelling-verpleeghuizen-wat-je-de-samenleving-ziet-zie-je-ook-terug> (geraadpleegd op 23-2-2023).
- Bierlaagh D (2021). Praktisch wijze MBO-ers maken het verschil. Practorale rede practoraat welzijn en zorg 2030. mboRijnland Leiden, Centrum voor Innovatief Vakmanschap Welzijn en Zorg.
- Van de Bosch S, Giesen M-J (2017). Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg. Eindrapport over het terugbrengen van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, Berenschot Groep BV.
- CBS (2023). Gezocht-niet beschikbaar. Samenstelling beroepsbevolking. 4e kwartaal 2022, seizoensgecorrigeerd. Verkrijgbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-beroepsbevolking/gezocht-niet-beschikbaar> (geraadpleegd op 23-2-2023).
- Commissie regulering van werk (2020). In wat voor land willen wij werken? Naar een nieuw ontwerp voor de regulering van werk. Den Haag. Eindrapport van de Commissie Regulering van Werk o.l.v. H. Borstlap.
- Hudak PL, Wright JG (2000). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*; 25: 3167-3177.
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021. Samen leren en ontwikkelen, actualisatie augustus 2021. Verkrijgbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader> (geraadpleegd op 23-2-2023).
- Maurits EEM, De Veer AJE, Francke AL (2015). Competenties in een veranderende gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Nivel, Utrecht ISBN 978-94-6122-317-3.
- Mulders H, van Ruitenbeek G, Zijlstra F. (2020). Methode Inclusief Herontwerp van Werk vernieuwd: IHW 2.0. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*; 28(8):46-49.
- Nauta A, Both-Nwabuwe J, Boekestein G (2019). Vijf jaar vitaliteit versterken bij Rijkswaterstaat. *Holland Management Review*; 36: 65-72.
- Rommets J, Roelvink R (2019). Algemene personele kengetallen verpleeghuiszorg. Zwolle, De Dageraad.
- RVS, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2022). Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. RVS, Den Haag.
- Ryan RM, Deci EL (2017). Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development and wellness. NY: The Guilford Press.
- UWV (2022). Personeelstekorten aanpakken: 27 oplossingen voor werkgevers. Verkrijgbaar via: https://www.werk.nl/imagesdxa/personeelstekorten_aanpakken_november2022_tcm95-442743.pdf (geraadpleegd op 23-2-2023).
- van der Zouwen T. (2011) Building an evidence based practical guide to large scale interventions: towards sustainable change with the whole system. Delft: Eburon.
- van Ruitenbeek GMC, Mulder MJGP, Zijlstra FRH, Nijhuis FJN, Mulders HPG (2013). Een alternatieve benadering voor herontwerp van werk. Ervaringen met de methode Inclusief Herontwerp Werkprocessen. *Gedrag & Organisatie*; 26:104-122.
- van Scheppingen AR, De Vroome EMM, Ten Have CJM, Bos EH, Zwetsloot GIJM, Van Mechelen W (2014). Inducing a health-promoting change process within an organization: the effectiveness of a Large-scale intervention on social capital, openness and autonomous motivation toward health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 56 (11): 1128-36.
- van Scheppingen AR, Bos E (2012). Het evalueren van de U: leerprocessen in organisaties. In: De Haan E. & Beenders E. *Organisatieontwikkeling met Theory U*. Boom/Nelissen, Amsterdam.
- van Scheppingen AR, Bierlaagh D, Vleugel L, Wallner C (2021). Ervaringsleren voor zorgprofessionals en studenten. *Onderwijs & Gezondheidszorg* ;4: 26-29.
- Verbeek A (2018). Motiverende arbeidssituaties bij gemeenten en waterschappen. Samenvatting proefschrift. *Tijdschrift voor Toegepaste Arbeidwetenschap*; 31 (4): 151-154.
- Verdonschot S, Stevens D (2021). Impactonderzoek. Samen in kaart brengen wat een leertraject oplevert. Kessels & Smit Publishers BV, Utrecht.
- V&VN (2022). Peiling professionele zeggenschap: neer tijd en ruimte nodig en last van hiërarchie. Verkrijgbaar via: <https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-pro>

fessionele-zeggenschap-meer-tijd-en-ruimte-nodig-en-last-van-hierarchie/ (geraadpleegd op 23-2-2023).

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

Houdbare ouderenzorg: ervaringen en lessen uit andere landen. Working Paper, no 42. WRR, Den Haag.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2020).

Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht. Rapport 102. WRR, Den Haag.