

Woonzorgcentra eenvoudig en slim organiseren, hoe pak je dat aan?

Inspiratienota voor een herontwerp volgens de principes van Innovatieve Arbeidsorganisatie (IAO) in WZC

Flanders Synergy en CESO KU-Leuven
Laura Jacobs en Professor Jos Benders

Inhoudsopgave

Inleiding en opzet	3
1. Innovatieve ArbeidsOrganisatie (IAO).....	5
2. Waarom anders organiseren? Dwang en drang.....	8
3. Visie.....	9
3.1 Duidelijke visie, duidelijke waarden.....	9
3.2 Doelgroep is onderdeel van de visie.....	11
3.3 Participatief proces	13
4. Zorgprocessen in kaart brengen	16
4.1 Stap 1: uitvoerende en voorbereidende, ondersteunende en regelende activiteiten 16	
4.2 Stap 2: bepalen wat behoort tot het primaire proces of kernproces van de organisatie	17
5. Organisatiecontext uitbouwen (macrostructuur)	18
5.1 Samenstellen van leefgroepen	21
5.2 Samenstelling en grootte van de leefgroepen	23
6. Microstructuur en teams	24
6.1 Een zo compleet mogelijke taak voor het zorgteam.....	25
6.2 Uitgangspunt: zoveel mogelijk op teamniveau, tenzij	28
6.3 Rollen binnen de teams	31
6.4 Afstemming binnen en tussen de teams	31
7. Individu	32
7.1 Impact op de functie van de medewerker	32
7.2 Medewerkers ondersteunen in hun nieuwe rol – maar ook engagement vragen	33
7.3 Meer regelmogelijkheden, meer actieve en kwalitatieve jobs, meer goesting.....	34
8. Leiderschap.....	35
8.1 Veranderende rol voor leidinggevendenden/hoofdverpleegkundigen	36
8.2 Van leidinggevende naar teamcoach?.....	37
9. Systemen	38
10. Tot slot.....	40
Referenties.....	42

Inleiding en opzet

Woonzorgcentra (WZC) staan voor heel wat uitdagingen die maken dat ze slagkrachtig en flexibel moeten zijn. Zo is er op demografisch vlak de vergrijzing. Eenvoudig gesteld: er zijn meer ouderen en de ouderen worden ook steeds ouder met een toenemende zorgzwaarte als gevolg. Voor een WZC betekent dit concreet dat ouderen op steeds latere leeftijd een WZC binnenkomen en de intensiteit van zorg daardoor ook hoger is. De specifieke zorgvraag van een bewoner is daardoor vaak individueler en neemt dus de vraag naar 'zorg op maat' toe. Maatschappelijk gezien zorgt deze vergrijzing ook voor heel wat financiële uitdagingen: hoe gaan we deze zorg kunnen (blijven) betalen? Op het niveau van het WZC stelt men zich dan weer de vraag: waar vind ik nog nieuwe medewerkers, rekening houdend met het toenemend aantal en veranderende profiel van bewoners? Hoe kan ik medewerkers inzetten binnen het huidige wetgevend kader? En wat vragen al deze uitdagingen van mijn personeel? Hoe houden we hen betrokken en gemotiveerd? Ook technologische en digitale ontwikkelingen spelen mee, alsook een regelgeving en beleid dat sterk wisselt en grote uitdagingen stelt.

Daarnaast toont onderzoek ook aan dat hoewel medewerkers in WZC zeer betrokken zijn, de kwaliteit van de job een heel stuk beter kan. Uit de werkbaarheidsmonitor van de Stichting Innovatie en Arbeid blijkt immers dat slechts iets meer dan de helft van medewerkers in WZC een werkbare job heeft. Daarmee scoort deze groep het minst goed binnen de volledige zorgsector. Medewerkers ervaren een hoge werkstress, die vooral toe te schrijven is aan een hoge taakbelasting, zowel in emotioneel opzicht als in termen van te presteren taken. Medewerkers ervaren ook slechts in beperkte mate veel regelmogelijkheden, en dan vooral wat betreft plannen en organiseren van het werk. Daarnaast is er ook een hoge mate van emotionele belasting (SERV).¹

Omwille van deze redenen hebben heel wat WZC in Vlaanderen de stap gezet naar een andere manier van organiseren en werken. Hiervoor implementeerden ze de principes van de Innovatieve ArbeidsOrganisatie (IAO). Binnen het project 'Zorgvernieuwers' gingen 47 zorgorganisaties aan de slag met IAO, waarvan 35 WZC. Op basis van de ervaringen van deze WZC, geven we in deze inspiratienota weer welke keuzes gemaakt worden door WZC in Vlaanderen die op een andere manier willen organiseren en werken. We geven aan hoe de theoretische principes van IAO geïmplementeerd worden door WZC, rekening houdend met de specifieke context waarin zij zich bevinden. We illustreren deze keuzes door middel van goede praktijken en concrete voorbeelden. Hiermee hopen we andere woonzorgcentra te inspireren en handvaten aan te reiken om zelf aan de slag te gaan.

We geven aan het begin van deze nota nog graag de volgende leeswijzer mee. Als kapstok vertrekken we vanuit de 8 bouwstenen voor het opbouwen van een innovatieve arbeidsorganisatie. Deze bouwstenen vormen samen het door Flanders Synergy ontwikkelde 'IAO-canvas'. Met dit canvas, kan een organisatie haar eigen traject in kaart brengen. Elk

¹ <http://www.serv.be/>

hoofdstuk start met een korte theoretische toelichting die vervolgens vertaald wordt naar de betekenis ervan binnen WZC. De doelstelling van deze nota is evenwel niet om een 'heiligmakend' antwoord te bieden op hoe je nu eenvoudiger kan organiseren in de zorg, noch om een kant-en-klaar recept of stappenplan aan te bieden dat louter moet worden gevolgd om tot een mooi resultaat te komen. Elk organisatie(her)ontwerp, of elke kanteling naar een innovatievere manier van organiseren, blijft maatwerk. Met deze nota beogen we de drempel naar een innovatieve manier van organiseren en werken te verkleinen door een aantal concrete keuzes en scenario's voor te leggen.

1. Innovatieve ArbeidsOrganisatie (IAO)

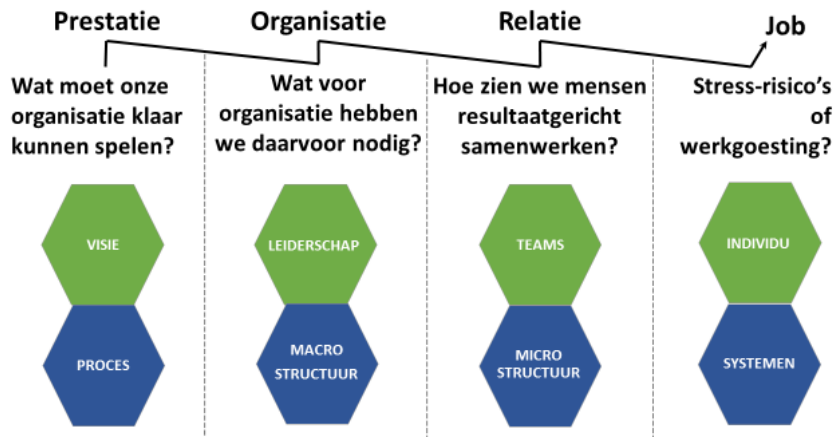
De principes van Innovatieve Arbeidsorganisatie of IAO komen voort uit de wetenschappelijke benadering van de Moderne Sociotechniek. (Benders & Missiaen, 2013; Corvers & Van Hootegem, 2013). Deze benadrukt het belang van de structuur van een organisatie. Structuren maken het mogelijk om te handelen, maar kunnen het handelen ook belemmeren. De kunst is om de structuur van een woonzorgcentrum zó te ontwerpen dat zorgmedewerkers maximaal in staat worden gesteld om goede zorg te verlenen en daarin zo weinig mogelijk worden belemmerd. De doelstelling hierbij is om tot organisaties te komen die slagkrachtiger en meer wendbaar zijn, met kwaliteitsvolle jobs voor de medewerkers die erin tewerkgesteld zijn.

In de praktijk zien we vaak dat organisaties doorheen de jaren zeer complex zijn geworden. Een gevolg voor de organisatie daarvan kan zijn dat de focus niet meer ligt op de kernactiviteiten of het 'primaire proces', en dat organisaties hierdoor de weg een beetje kwijt zijn. De hoge complexiteit brengt veel regels en bureaucratie met zich mee, wat het dan weer moeilijk maakt voor de organisatie om zijn of haar missie en visie te realiseren. Ook bij de medewerkers zien we gevolgen: medewerkers werken vaak in hokjes, er is weinig afstemming en samenwerking, medewerkers hebben weinig invloed op de eisen die gesteld worden aan hun job. Jammer genoeg resulteert dit vaak in medewerkers die het moeilijk hebben hun job op een goede manier uit te voeren, en in een minder goede dienstverlening naar de klant, in dit geval de bewoner. Ook de bewoner zal het merken als processen nodeloos complex zijn georganiseerd en als medewerkers beperkt worden door regeltjes en bureaucratie. We willen organisaties met andere woorden zo eenvoudig mogelijk organiseren. 'Eenvoudige organisaties' betekent een woonzorgcentrum zo inrichten dat zorgmedewerkers die verantwoordelijk zijn voor een groep medewerkers hun werk zo zelfstandig mogelijk mogen en kunnen organiseren. Dit zal leiden tot kwaliteitsvollere en 'rijkere' jobs: jobs waarbij uitvoering en regeling zo veel mogelijk worden samengevoegd, waardoor de werkbaarheid toeneemt en de werkdruk ofwel stress afneemt. Stress ontstaat wanneer een medewerker bepaalde eisen ervaart in zijn of haar job, maar zelf niet over de mogelijkheden beschikt om deze eisen te voldoen. Door uitvoering en regeling zoveel mogelijk te verbinden met elkaar, en medewerkers de mogelijkheden te geven om aan de eisen tegemoet te komen, zal minder stress ervaren worden.

Om organisaties te begeleiden en klaarheid te brengen in de verschillende keuzes die ze kunnen maken, ontwikkelden we vanuit Flanders Synergy een IAO-canvas. Dit canvas omvat de belangrijkste bouwstenen naar een innovatieve organisatie(structuur).² Deze werd ontwikkeld vanuit expertise en ervaringen die door de jaren heen werden opgebouwd. De roadmap helpt organisaties om tijdens het implementeren van IAO de aandacht scherp te houden en voortdurend noodzakelijke elementen op de agenda te brengen. Het is een hands-on hulpmiddel bij het maken van onderbouwde beslissingen tijdens het (her)ontwerpen van een

² Uitgebreide informatie over de Flanders Synergy Roadmap kan teruggevonden worden op onze website, www.flanderssynergy.be

organisatiestructuur.



Flanders Synergy IAO-canvas

Er liggen twee eenvoudige ideeën over organiseren aan de basis van het canvas (zie figuur). Het eerste idee is dat er een logische denkvolgorde bestaat voor het ontwerpen van een organisatie. Die volgorde begint bij het scherp stellen van de visie ('prestatie'), waarop keuzes gebaseerd kunnen worden over het inrichten van de organisatie ('organisatie'). Binnen de krijtlijnen van die keuzes op organisatieniveau worden dan teams samengesteld ('relatie'), en in de dagdagelijkse relaties binnen die teams ontstaat een krachtenveld dat jou als een individuele medewerker uitdaagt, en energie geeft, om een bijdrage te leveren ('job').

Het tweede basisidee is dat elke (menselijke!) organisatie bestaat uit zowel technische- (blauwe blokken in de figuur) als mensgerichte bouwstenen (groene blokken in de figuur). Met de groene bouwstenen kan je mensen verenigen rond een gemeenschappelijk doel van hun organisatie en team. Als dat lukt, dan gaan mensen mee in de ambities van het bedrijf (visiegedreven prestaties) door proactief initiatief te nemen (breed leiderschap in de organisatie). Dan wordt er constructief samengewerkt met veel teamspirit (sterke teamrelaties), waarbij elk lid van het team overtuigd is van de waarde van het eigen werk (waardevolle jobs voor individuen). De blauwe bouwstenen zijn dan de eerder technische, rationele, zelfs berekenende bouwstenen van een organisatie. Denk aan het uittekenen van de werkprocessen (prestatie in processen) en het verdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen teams en over hiërarchische niveaus in de organisatiestructuur (de macrostructuur van de organisatie). Denk ook aan beslissingen die het speelveld van een team afbakenen in een microstructuur (taakverdeling van teamleden in relatie tot elkaar), met geformaliseerde jobomschrijvingen en -vereisten, en het systematisch opvolgen en beoordelen van individuele prestaties (verantwoordelijkheden en instrumenten voor elke job). Als dit soort bouwstenen goed met elkaar verbonden zijn dan is er duidelijkheid over wat, wanneer en door wie het moet gebeuren in de organisatie, met systemen die een transparante opvolging mogelijk maken.

De keuzes en scenario's die voorgelegd worden in deze nota worden opgehangen aan een aantal principes en bouwstenen van dit canvas.

We vinden het tot slot belangrijk om aan te geven dat in alles wat volgt een participatieve aanpak heel belangrijk en waardevol is. Een veranderingstraject is een participatief proces, waarbij belanghebbenden zo veel mogelijk – in de mate van het mogelijke – betrokken worden. Enkel als alle stappen in het proces gedragen worden door iedereen die in dit proces betrokken is, zal dit ook succesvol zijn. In de specifieke context van een WZC gaat het er daarbij om dat een verandertraject niet enkel begint of gebeurt via de leidinggevenden in de organisatie, maar bij iedereen ligt die betrokken is: medewerkers, werknemersvertegenwoordigers bewoners, familieleden en mantelzorgers, maar ook het betrokken beleid, leveranciers, partners waarmee men samenwerkt en eventueel zelfs andere WZC en zorgverstrekkers.

2. Waarom anders organiseren? Dwang en drang

Woonzorgcentra (WZC) staan voor de uitdaging om kwantitatief meer zorgverlening te leveren en tegelijk ook de kwaliteit van deze zorgverlening te differentiëren naar verschillende – vaak additionele types – van zorgverlening. Door de demografische ontwikkelingen zijn er meer ouderen die op een bepaald moment in een WZC terecht zullen komen. De zorgvragen van deze groep zijn bovendien erg divers en uiteenlopend. Daarbij stellen de meeste WZC ook voorop om de bewoner centraal te stellen, en zo goed mogelijk in te spelen op hun wensen en behoeften, wat niet altijd zo evident is. Ook de ‘vermaatschappelijking van de zorg’ speelt hier mee, aangezien het streven van mensen langer thuis laten wonen ertoe leidt dat de gemiddelde zorgzwaarte van bewoners in WZC zal toenemen. Zowel de diversiteit van bewonerswensen en de gemiddelde zorgzwaarte zullen dus toenemen. Bovendien geven de specifieke regels en controlesystemen binnen het zorgsysteem relatief weinig speelruimte. Het zorgsysteem zit vervat in complexe regulerende kaders met strikte regels en financieringsvoorwaarden, waar elk WZC zich naar moet schikken. Meer en meer worden ook de complexe verhoudingen tussen de verschillende lijnen van de zorg (zelfzorg, mantelzorg, thuishulp, thuisverpleging, enzovoort) in vraag gesteld.

Dan is er nog de arbeidsmarkt: werken in een WZC is voor velen bevredigend, maar het kan ook zwaar zijn, zowel fysiek als mentaal. Uit onderzoek (Stichting Innovatie van de Arbeid, 2014) blijkt dat de werkbaarheid van jobs in WZC een punt van zorg is. Weliswaar scoort de sector hoog op het welbevinden in het werk, maar psychische vermoeidheid blijkt relatief veel voor te komen. Verder vindt men de werkdruk en emotionele belasting relatief hoog, en de taakvariatie en autonomie juist relatief laag. Het totaalbeeld past bij de bevlogen zorgverlener: men krijgt voldoening uit het werk, maar het kan ook zeer belastend zijn. Bevlogenheid is een mooie zaak, maar herbergt ook een risico: in moeilijke omstandigheden langer doorgaan dan goed voor je is. Bovendien speelt de vergrijzing ook hier: de gemiddelde leeftijd van zorgmedewerkers ligt hoog, wat zal leiden tot een verhoogde uitstroom in de komende jaren. De werkbaarheid en daarmee de inzetbaarheid op lange termijn is een continu punt van zorg.

Met andere woorden: we stellen vast dat WZC heel wat redenen hebben om na te denken over de manier waarop ze georganiseerd zijn. Vanuit IAO spreken we van ‘dwang’: er moeten redenen zijn of een duidelijke ‘dwang’ waarom een organisatie anders gaat werken of organiseren. Behalve dwang is er ook ‘drang’ nodig: een organisatie moet zelf de wil én motivatie hebben om anders te gaan werken en organiseren. Dwang en drang is waarmee het allemaal begint: de start van een herontwerp en een andere manier van organiseren en werken.

WZC Beversthuis, onderdeel van vzw Sint-Barbara, ging enkele jaren geleden aan de slag met IAO. De concrete aanleiding voor de organisatie om op een andere manier te werken was de verhuis naar een nieuwbouw eind 2015. Met de verhuis verdubbelde het aantal bewoners, waardoor het personeelsbestand ook uitgebreid diende te worden. Dat vormde al een grote uitdaging. Daarnaast stelde de organisatie vast dat

de vraag naar 'zorg op maat' toeneemt, waardoor ze naar een individuele benadering wilden gaan. Hierbij werd de visie uitgedacht om naar 'maximale autonomie te gaan waar mogelijk', waarbij de bewoners zelf zijn dag indelen en zelf zoveel mogelijk keuzes maakt. Een andere manier van werken en organiseren drong zich op.

De drang die meestal speelt, is de wil om meer in te kunnen spelen op de noden van de bewoners en zorg op maat te kunnen leveren. WZC merken vaak dat de manier waarop het werk georganiseerd is niet toelaat om zo goed mogelijk in te spelen op de behoeften van de bewoners. Medewerkers trekken soms ook aan de alarmbel en geven aan dat hoe ze werken niet is hoe ze graag zouden willen werken. Dit is een drang vanuit de basis van de organisatie om het anders en beter te doen.

WZC Ter Hovingen in Gentbrugge, onderdeel van vzw Placidus, gingen enkele jaren geleden aan de slag met de principes van IAO. De reden hiervoor was dat medewerkers aangaven dat het niet liep zoals het zou moeten lopen: de sfeer was slecht, de financiële resultaten waren ondermaats, bewoners en families klaagden en medewerkers vertrokken. Dit maakte al snel duidelijk dat de manier van werken op dat moment niet de juiste was.

Veelvoorkomende voorbeelden van dwang- en drang (waaraan organisatieherontwerp tegemoet kan komen)

- Teveel referentiepersonen: teveel medewerkers aan het 'bed' van de bewoner
- Werken wordt gestuurd door regelgeving en/of structuur
- Verouderde infrastructuur die een verbouwing of nieuwbouw noodzaakt
- Verhuis naar een nieuwbouw
- Moeilijk om goede medewerkers te vinden én houden
-

3. Visie

3.1 Duidelijke visie, duidelijke waarden

'Visie' geeft een antwoord op een simpele maar fundamentele vraag die elke organisatie zich zou moeten stellen, namelijk 'waarom bestaan wij'? Visie is de eerste bouwsteen van onze roadmap en meteen ook de basis en de start van een organisatie(her)ontwerp. Een sterke visie mobiliseert mensen en geeft betekenis aan het werk. Mensen en teams hebben een antwoord nodig op de vraag: voor wie of wat maakt ons werk een verschil? Een goede visie omvat de kernactiviteiten, strategie en de aspiraties van de toekomst, waardoor het aantrekkingskracht uitoefent op zowel de eigen medewerkers, als op de klanten – hier bewoners en familieleden – en andere betrokkenen.

De vraag stellen naar wat de visie van een WZC is is eenvoudig, haar beantwoorden blijkt in de praktijk erg lastig. Een gemakkelijk te geven antwoord is 'om goede zorg te verlenen aan ouderen'. Maar wat is dan 'goede zorg'? Wie goede zorg als basis voor zijn visie wil nemen, zal moeten specificeren wat 'goede zorg' in de eigen situatie betekent. Specificeren wat goede zorg is vereist op de eerste plaats nadenken en reflecteren over welke waarden men belangrijk vindt.

Bij het voorzien van goede zorg vormt de bewoner (of de 'klant') het uitgangspunt: IAO vertrekt immers vanuit het idee dat je visiegedreven organiseert, rond je klant, in dit geval de bewoner. Klantgerichte organisaties laten immers toe om je visie te organiseren. Hoewel 'vertrekken vanuit de bewoner' heel logisch lijkt, is het allesbehalve evident. Dat klinkt misschien evident, maar is het niet. Organisatorisch is het vaak immers veel gemakkelijker om het aanbod bepalend te laten zijn: dat maakt het werk gemakkelijker planbaar, sluit vaak aan bij de denkwereld die zorgprofessionals in hun opleiding hebben meegekregen en ook bij door externe partijen (mutualiteiten; financiers; overheden) opgelegde regelgeving. Bovendien evolueert een organisatie vaak op die manier dat de klant niet meer centraal staat, maar veel meer wordt gedacht en gehandeld vanuit het belang van de organisatie zelf. Een herkenbaar voorbeeld is dat van woonzorgcentra waar de bewoners zelf niet kunnen kiezen hoe laat ze gaan slapen, maar waaruit vanuit de personeelsplanning en het aanwezige personeel 's avonds vanuit de organisatie inplant wanneer bewoners naar bed gaan. In de praktijk merken we dat dit in verschillende WZC de realiteit is, en dit stemt jammer genoeg niet overeen met het principe waarbij je vanuit de bewoner vertrekt.

Een WZC dat klantgericht wil werken vertrekt vanuit de bewoner, en een van de consequenties daarvan is dat je als WZC moet kunnen inspelen op de vaak uiteenlopende vragen en behoeften van bewoners. Dit heeft op zijn beurt ook consequenties. Een WZC waarbij bewoners zelf kunnen kiezen wanneer ze gaan slapen 's avonds, zal immers meer personeel moeten inplannen tijdens de avonduren, waardoor medewerkers meer 's avonds zullen moeten werken. Bij het voorbeeld hierboven is dat niet zo: een WZC dat zelf bepaalt wanneer de bewoners gaan slapen, kan perfect personeel 's avonds inplannen gezien de voorspelbare 'vraag', kan ervoor zorgen dat avondwerk tot een minimum beperkt wordt, wat goedkoper is voor het WZC en ervoor zorgt dat minder medewerkers 's avonds moeten werken.

De mate van klantgerichtheid kan natuurlijk heel erg verschillend zijn. Tussen deze twee voorbeelden hierboven bevinden zich nog andere keuzes. Als WZC is het noodzakelijk om te bepalen hoe ver je hierin wil gaan, en wat je hierin onderscheidt van de anderen. Belangrijk is vooral om hier een duidelijke keuze in te maken, en deze keuze ook te specificeren.

Woonzorgcentrum Sint-Carolus: van aanbod- naar vraaggestuurd

Bij WZC Sint-Carolus was de werking tot voor een aantal jaar geleden sterk aanbod gestuurd. De organisatie draaide op een sterk doorgedreven structuur, wat zich

vertaalde in zeer veel regels. De dagindeling bestond uit vaststaande shiften waarbinnen taken dienden te gebeuren. Er werd vastgesteld dat de organisatie als doel werd gesteld, en dat de over-structurering 'goede' zorg in de weg stond. De medewerkers waren als het ware 'zorgrobotjes'. Regels werden zeer strikt geïnterpreteerd. Bewoners die om 16u56 aan de buffetkar stonden voor het avondeten kregen te horen dat het 'nog maar 16u56 is, en het eten wordt opgediend om 17u'. Dit resulteerde ook in het gegeven dat bewoners heel vaak een 'neen' te horen kregen op hun vragen.

WZC Sint-Carolus besloot een nieuwe weg in te slaan, en de eerste stap daarin was een nieuwe visie, die werd uitgetekend in samenwerking met alle medewerkers. 'Bewonersgericht werken' werd het uitgangspunt, waarbij de organisatie zich aanpast aan de bewoners, en niet omgekeerd. De 4 kernwaarden van deze visie zijn de Ja-cultuur, aandacht voor wonen en leven, aandacht voor het welbevinden en onderhandelende zorg. Er werd hierbij gestreefd om hotelzorg aan te bieden aan de bewoners. Hierbij werd 'Ja-cultuur' aanzien als 'geen neen zeggen'. Op deze manier ontstaat 'onderhandelende zorg'. De focus kwam hierdoor te liggen op wonen en leven en het welbevinden ('hotelzorg'). Deze nieuwe visie was een belangrijke eerste stap in het anders gaan organiseren en werken.

Bovenstaand voorbeeld toont het belang van een duidelijke en goed omschreven visie, waarbij iedereen weet wat er bedoeld wordt. Zo wordt een 'ja-cultuur' door iedereen binnen de organisatie geïnterpreteerd als 'niet automatisch neen zeggen', en 'onderhandelende zorg' bieden. Andere WZC kozen voor 'een thuis bieden', waarbij er wordt gestreefd om de bewoners te laten leven zoals ze thuis zouden leven.

In de praktijk stellen we vast dat de gekozen visie slaat op de klant of de bewoners, maar ook op de medewerkers. Door enkel in te spelen op de noden van de klant, kunnen de medewerkers immers wel eens gevolgen ondervinden die nefast zijn. Door enkel in te spelen op de medewerkers, verlies je de klant weer uit het oog. De meeste WZC maken dus de combinatie. Zo streven ze er bij Beversthuis naar om een maximale autonomie te realiseren voor de bewoners, waarbij er een maximale participatie is voor de medewerkers. Het gaat hier met andere woorden ook weer in de mate waarop je klantgericht wil zijn, en niet enkel je klant maar ook je medewerkers in het vizier wil houden.

Visie moet duidelijk en concreet zijn, zodat iedereen begrijpt wat ermee bedoeld wordt. Bovendien moet de visie van een organisatie de meerwaarde van de organisatie aangeven: in wat onderscheiden wij ons van anderen? Om tot een duidelijke visie te komen is het ook belangrijk om waarden te onderscheiden die de visie onderschrijven.

3.2 Doelgroep is onderdeel van de visie

Behalve wat voor zorg je wil leveren, welke activiteiten centraal staan en welke waarden daarin primeren, is het bepalen van de doelgroep waarop je je als organisatie richt ook onderdeel van de visie van een organisatie. Voor een WZC is dat dan: op welke bewoners richten we ons? Bij de keuze voor doelgroepen zijn een algemene en een specialistische strategie te onderscheiden. In het laatste geval richt het WZC zich op een specifieke categorie bewoners, in het eerste geval is in principe iedere oudere welkom.

De algemene strategie komt veel voor. In een dorp zal vaak slechts één WZC bestaan in de omgeving. Al dan niet bewust worden dan vaak alle bewoners uit het dorp en het omliggende gebied opgenomen. Men heeft immers een regionale functie. Een belangrijk argument daarvoor kan zijn dat de sociale omgeving van bewoners dan zo veel mogelijk intact blijft, waardoor bestaande sociale contacten kunnen worden gecontinueerd. Een nadeel van deze keuze is dat de populatie bewoners zeer divers is samengesteld, ook wat betreft medische problematiek. Dat vereist dan ook een breed scala aan expertise. Binnen een WZC moet men dan van veel markten thuis zijn. Bij de specialistische strategie kiest men juist voor één of meerdere doelgroepen. De meest voorkomende criteria in de praktijk zijn zorgbehoefte, graad van dementie of specifieke zorgvraag. Zo richten sommige WZC zich expliciet op ouderen met een psychische aandoening, op mensen met jongdementie, enzovoort. Door zich op specifieke doelgroepen te richten, is er een specifieke aanpak en verdieping mogelijk. Een ander voorbeeld is kiezen om enkel op koppels te richten, waarvan niet per sé beiden zorgbehoevend zijn. Dit kan dan passen in de visie waarin je ervoor wil zorgen dat ouderen samen kunnen blijven.

Een WZC dat zich richt op een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld ouderen met een psychische problematiek, zal ook op een andere manier werken dan een WZC waarbij men kiest voor een hele andere doelgroep, of voor een algemene strategie. De keuze voor de doelgroep, de visie en de handelingen die daaruit voortkomen hangen dus sterk samen.

Bij het bepalen van de doelgroep van het WZC wordt vertrokken vanuit de eigen organisatie, maar het kan ook een mogelijkheid zijn om samen met andere WZC na te denken over welke doelgroep je graag wil bereiken, zodat je dit vanuit verschillende organisaties kan invullen. In een bepaalde regio kan dit bijvoorbeeld aangewezen zijn, als het profiel van zorgbehoevende ouderen dusdanig complex is dat een aanpak over verschillende WZC heen mogelijk beter is dan dat van individuele WZC.

Vanuit onze eigen ervaringen zien we dat er vooral gekozen wordt voor een algemene aanpak, waar in principe elke oudere welkom is. Slechts een 2-tal WZC kiezen voor een specifieke aanpak en doelgroep, zoals bijvoorbeeld ouderen met een psychiatrische problematiek of ouderen met een minimale zorgzwaarte.

Vanuit IAO schrijven we geen specifieke aanpak voor, maar geven we wel mee dat het belangrijk is om zich bewust te zijn van de keuze die men maakt, en de consequenties hiervan ook op

voorhand goed inschat. Visie is immers het startpunt en heeft een grote impact op de beslissingen die genomen worden in de organisatie, en dit op verschillende niveaus. De keuzes die gemaakt worden wat betreft de macrostructuur, taakverdeling, het opstellen van teams, het vormen van medewerkers,... relateren allemaal aan de visie die vooropgesteld wordt. Bovenal moet iedereen handelen volgens de visie: visie is leidend.

Een organisatie die als visie heeft om bewoners een maximale autonomie te geven en zelfredzaamheid te stimuleren, zal hiernaar ook moeten handelen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat bewoners zelf hun dagindeling kiezen, zichzelf wassen, zelf mee te laten beslissen over activiteiten,... Per handelingssituatie zal de zorgverlener dan moeten beslissen welke uitgangspunt het best binnen de visie past. Voor de zorgverlener betekent een dergelijke visie bijvoorbeeld meer loslaten en ruimte aan de bewoner zelf geven, terwijl zelf zorg verlenen vaak gemakkelijker en sneller gaat. Dit vraagt enige flexibiliteit en aanpassingsvermogen van zowel bewoners als ook zorgverleners.

Bij kleinschalig georganiseerd WZC Mandana is het de bedoeling dat de bewoner zich 'thuis' voelt. Deze visie moet steeds afgetoetst worden door zorgmedewerkers. Zo vroeg een bewoner of er eens frietjes konden gegeten worden. Dit was tot voor kort niet mogelijk; de wet stelt stringente beperkingen aan het gebruik van een frietketel in kleine leefgroepen. Vanuit de visie van 'zich thuis voelen' was de vraag echter logisch: wij eten thuis allemaal wel eens frietjes, waarom zou een bewoner van het WZC dit dan niet mogen doen? [Het zorgteam] besloot dan ook om zelf een frietketel te kopen. Deze werd buiten geplaatst en een mantelzorger werd gevraagd om de frietjes te helpen bakken. En nu eet men elke donderdagmiddag frietjes!

'Geen neen zeggen' is onderdeel van de visie van WZC Sint-Carolus. Dit is echter geen logische reflex: op veel vragen antwoorden medewerkers vanuit gewoonte 'neen, dat gaat niet'. Door elke keer na te denken over de visie, gebeurt dit vandaag bijna niet meer. Zo gaan zorgmedewerkers mee naar de begraafplaats van de echtgenoot van een bewoonster die 10 jaar geleden overleden is, kan een bewoonster in bad gaan op de momenten dat ze bezoek krijgt, knutselt een zorgmedewerker mee met een bewoonster omdat zij dit graag doet. Op deze manier is de organisatie of regelgeving niet meer bepalend voor het gedrag, maar wel de visie, die door iedereen gedragen wordt.

3.3 Participatief proces

Bij het bepalen van visie is het participatief karakter van dit proces belangrijk: hoe meer medewerkers en stakeholders betrokken worden bij het bepalen en uittekenen van de visie, hoe meer de visie zal gaan leven in de organisatie en gedragen wordt. Hierbij is het ook belangrijk om te vertrekken vanuit de klant. De bewoners zelf zijn in eerste plaats immers

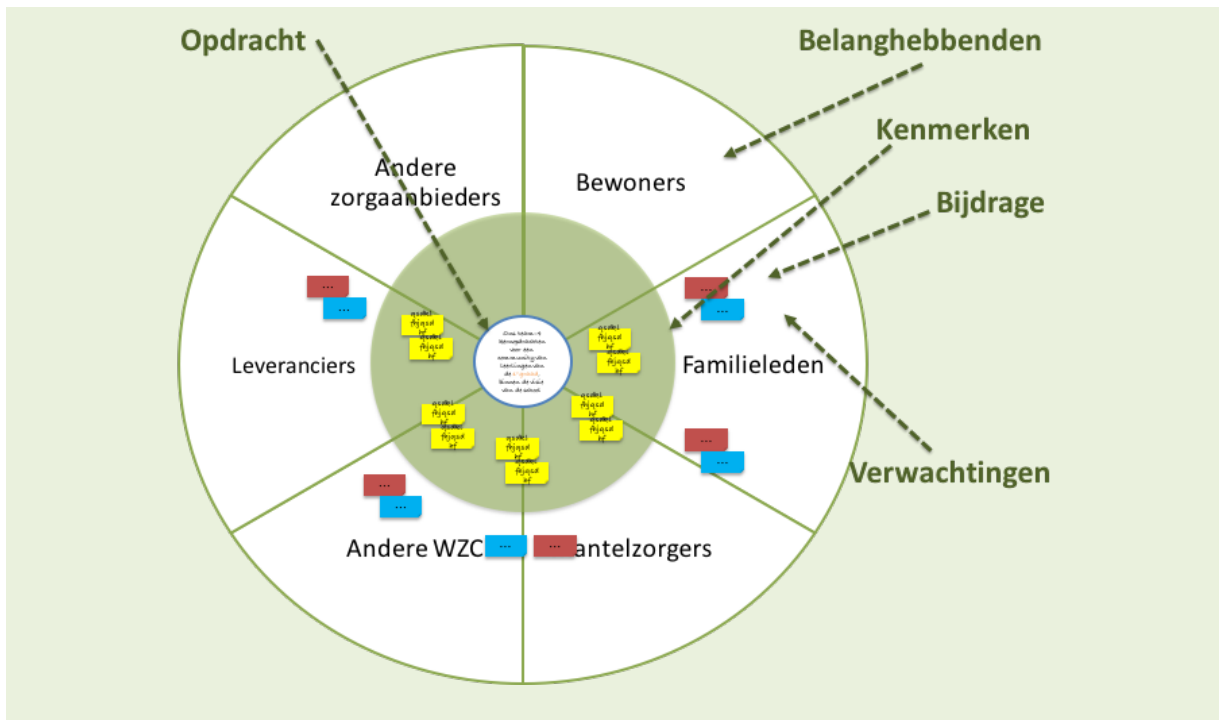
degenen die weten wat voor hen belangrijk is. Het is dan ook goed om hun wensen en verwachtingen mee in overweging te nemen. Dat geldt ook voor het betrekken van de medewerkers.

Een gedragen visie is essentieel, en een participatieve aanpak is dan ook onontbeerlijk. Bij het uittekenen en bepalen van de visie is het dan ook noodzakelijk om deze mee te laten invullen en uittekenen door verschillende belanghebbenden van het WZC, in eerste plaats doe je dit dus samen met medewerkers, bewoners, familieleden en mantelzorgers. Dit is belangrijk om ervoor te zorgen dat de visie gedragen is, maar ook zodat de visie vertaald kan worden op teamniveau en in het eigen functioneren van elke medewerker. In de praktijk zien we dan ook dat WZC dit doen. Concreet kan dit gebeuren door met iedereen aan de slag te gaan tijdens een een- of tweedaagse. Of er worden kleine werkgroepen opgestart. Soms wordt er geopteerd om een 'steekproef' van de medewerkers te betrekken, waarbij alle afdelingen en functies vertegenwoordigd zijn en/of (vertegenwoordigers van) bewoners.

In WZC Sint-Carolus werden teamdagen georganiseerd voor elke afdeling. Werknemers gingen buitenshuis, tijdens de werkuren, werken aan de teamgeest en nadenken over een andere en nieuwe manier van werken. Hun werk werd intussen overgenomen door stafpersoneel.

Ook bij Placidus vzw werd voor een participatieve aanpak gekozen. Om de overgang naar een visiegedreven organisatie te maken werden arena's georganiseerd waarin medewerkers, stagiaires, bewoners, familie en iedereen die bij een van de huizen betrokken was mee kon nadenken over een aantal vragen: waar zijn we echt sterk in en hoe kunnen we dat nog sterker maken? Wat zijn onze uitdagingen? Wat willen we niet meer?

Er bestaan verschillende tools en instrumenten om samen met anderen de visie uit te tekenen. Onderstaand een voorbeeld van een manier om samen de visie uit te werken. In de kern staat de visie van het WZC in ruwe vorm, of een eerste opzet. De verschillende belanghebbenden staan rond de visie, en kunnen elk aangeven wat voor hen belangrijk is. Hierbij is het ook goed om na te denken wat je verwacht van je belanghebbenden, maar ook wat je zelf kan bijdragen als organisatie.



Behalve het betrekken van medewerkers bij het vastleggen van de visie, is het noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de visie gaat leven in de organisatie, en dat deze visie door iedereen gedragen wordt. Een belangrijk hulpmiddel hierbij kan zijn, de visie visueel kenbaar te maken. Iedereen moet doordrongen zijn van de visie, want dit is immers de toetssteen voor alle andere beslissingen en veranderingen die in de organisatie zullen gemaakt worden.

De 4 kernwaarden van de missie van WZC Sint-Carolus afgebeeld op kaarsen die bij het onthaal van het WZC staan. De eerste maanden waarin volgens de nieuwe visie gewerkt wordt, werd hier ook elke keer op teruggekomen op teammeetings. Elke opleiding die door de medewerkers wordt gevolgd wordt ook teruggekoppeld, waarbij de visie centraal staat en in welke mate dit kan bijdragen aan de visie en missie van WZC Sint-Carolus. Er wordt ook gebruik gemaakt van beeldspraak in de organisatie, die zo doordrongen is dat medewerkers dit gebruiken in de dagelijkse werking. De kernwaarden zijn visueel uitgedrukt. Om aan te geven dat medewerkers te weinig tijd namen voor bewoners en hun taken afwerkten, werd de symboliek van een 'trein' gebruikt: een trein die voorbij gaat en slechts even stopt in elk stationnetje maar snel weer verder rijdt. Als het nu even fout loopt en de medewerkers niet tegemoetkomen aan de zorg die vooropgesteld wordt en te weinig tijd spenderen, wordt er al snel gesproken over dit treintje. Hierdoor weet men snel dat er inspanningen moeten geleverd worden om op een andere manier te werken.

WZC Sint-Jozef in Neerpelt startte tien jaar geleden al bij het formuleren van een visie

en missie, samen met de medewerkers. Tijdens visiedagen en collectieve momenten werd samen bepaald wat de kern van goede zorg is in het WZC. Gedurende de jaren nadien werden inspanningen geleverd om deze visie concreet te maken, dat is immers de manier om ze te doen leven. Bij WZC Sint-Jozef deden ze dat op creatieve manieren, zoals een rusthuislied maken, verhalen van bewoners verzamelen en schilderijen en beelden maken bij de waarden.

4. Zorgprocessen in kaart brengen

Een volgende stap zijn de processen van de organisatie in kaart brengen. Organisaties maken strategische keuzes door het bepalen van de kernactiviteiten, en staan vervolgens voor de uitdaging om hun strategie waar te maken in hun operationele processen. Om die processen in een goede organisatiestructuur te gieten, is het noodzakelijk om het primaire proces van de organisatie te identificeren. Dit is de kern van de organisatie: alle activiteiten die waarde toevoegen aan het eindproduct of de dienst. Vertaald naar een WZC zijn het dus alle activiteiten die gebeuren binnen een WZC, en die waarde creëren of bepalend zijn voor het toeleveren van zorg aan de bewoners. Daarnaast moet er een onderscheid gemaakt worden tussen uitvoerende activiteiten, maar ook voorbereidende, regelende en ondersteunende activiteiten. Vooral bepalen wat wel of niet tot het primair proces behoort is niet altijd een gemakkelijke opdracht.

In een eerste stap gaan we bepalen wat onze uitvoerende taken zijn, en wat voorbereidende, ondersteunende en regelende taken zijn. In een tweede stap gaan we na welke van dit activiteiten tot de kern behoren. Dit is belangrijk, aangezien zowel uitvoerende als andere taken tot de kernprocessen van de organisatie kunnen horen. Wat wel of niet deel uitmaakt van het primaire proces, hangt immers samen met de kernopdracht en visie van de organisatie. Zo zal een uitvoerende activiteit niet altijd per definitie behoren tot het primair proces, en omgekeerd kan een taak die eerder regelend is, net wel deel uitmaken van het kernproces van een organisatie.

4.1 Stap 1: uitvoerende en voorbereidende, ondersteunende en regelende activiteiten

In een eerste stap moet er een onderscheid gemaakt worden tussen uitvoerende taken, en voorbereidende, ondersteunende en regelende taken. Uitvoerende taken zijn alle activiteiten die georganiseerd worden direct rond de bewoner. In een WZC zijn dit de bewoner wassen, aankleden, maaltijden voorzien, medische zorg toedienen, medicatie toedienen, animatie, kinesitherapie, de kapper,... Het gaat met andere woorden om alle activiteiten die letterlijk elke dag bij de bewoner zelf gebeuren. Daarnaast zijn er tal van activiteiten die moeten gebeuren om deze uitvoerende taken mogelijk te maken. Hierbij maken we het onderscheid tussen:

- Voorbereidende activiteiten: bijvoorbeeld het bestellen van de ingrediënten voor het bereiden van de maaltijden, het bestellen en klaarzetten van medicatie, het voorbereiden van animatie activiteiten,...

- Ondersteunende activiteiten: bijvoorbeeld kwaliteitsmanagement in het WZC, administratie, personeelsbeheer, boekhouding,...
- Regelende activiteiten: bijvoorbeeld plannen van medewerkers, plannen van vakanties, budgetbeheer,...

4.2 Stap 2: bepalen wat behoort tot het primaire proces of kernproces van de organisatie

Nadien bepaal je welke van deze activiteiten samen het kernproces van de organisatie uitmaken. Het gaat dan om activiteiten die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (cf. activiteiten waartussen kritische afhankelijkheden bestaan), vertrekkende vanuit de visie van de organisatie. Het gaat met alle woorden om alle activiteiten die verbonden zijn met elkaar, en die noodzakelijk zijn om de visie van de organisatie te realiseren.

De eerste stap zal hoogstwaarschijnlijk grotendeels gelijkaardig zijn voor verschillende WZC, aangezien ze alle activiteiten behelzen die dag in, dag uit moeten gebeuren. Het gaat om de activiteiten die direct rond de bewoner dienen te gebeuren, en alles wat nodig is om dit te realiseren. Bepalen wat hiervan dan tot het primair proces of kernproces van de organisatie hoort (cf. kernproces bepalen), is echter niet hetzelfde en verschilt van organisatie tot organisatie. Hier is de visie immers leidend! Een voorbeeld van een WZC waarin men een huiselijke sfeer nastreeft, tegenover een WZC waarin men een hotelfunctie wil aanbieden, maakt dit duidelijk:

- Het WZC waarin men een thuis wil bieden voor de bewoner, zal het bereiden en eten van maaltijden zien als een onderdeel van het primair proces. Deze activiteit wordt dan ook zo dicht mogelijk bij de bewoner ingevuld. Een gevolg hiervan kan zijn dat maaltijden worden klaargemaakt in de leefgroepen zelf, dat bewoners de medewerkers kennen die de maaltijden klaarmaken en dat maaltijden worden gegeten in huiselijke en ontspannen sfeer, op de afdelingen zelf, tenzij een bewoner dit natuurlijk liever doet in zijn of haar eigen kamer.
- Het WZC waar men graag een hotelfunctie wil vervullen en bewoners dit ook wil laten beleven, zal het bereiden van maaltijden niet laten plaatsvinden in de leefgroepen van bewoners, aangezien dit niet past binnen de visie. Hier zal een centrale keuken de maaltijden voorzien, en zullen bewoners niet dagdagelijks in contact komen met de medewerkers uit de keuken, maar wel kunnen kiezen tussen verschillende maaltijden. Het eten zal niet plaatsvinden in de afdeling zelf, maar in de cafetaria of op de kamer, indien de bewoner dat zelf wenst.

Het is belangrijk om mee te geven dat er geen 'goede' of 'foute' keuzes zijn, maar dat de keuze wel in overeenstemming moet zijn met de visie van de organisatie, wat in het voorbeeld hierboven het geval is.

WZC Sint-Jozef in Neerpelt heeft als visie 'een (t)huis met een ziel', waarbij de kernwaarden deskundig zijn, luisteren naar verhalen, bezielen en samenwerken centraal staan. De verzorging van bewoners wordt aanzien als enkel het startpunt van de opdracht van het WZC. Tot de kernopdracht van het WZC behoort dus veel meer dan enkel het 'zorgen' voor de bewoners. De onthaalfunctie is onderdeel van het

primair proces van het WZC, net omdat deze onontbeerlijk is voor het realiseren van een huiselijke sfeer. Dit werd aan de lijve ondervonden toen beslist werd om deze functie in te perken, en alleen nog maar op beperkte momenten iemand te voorzien aan het onthaal. Deze beslissing lokte zeer veel reacties uit van bewoners en familieleden. Het ontbreken van iemand die je welkom heet en je verder kan helpen, draagt immers niet bij tot een huiselijke sfeer, in tegendeel. Hierop werd beslist om deze functie wel prominent in te vullen. Dit is ook zo voor animatie: deze activiteit werd voordien centraal georganiseerd, maar werd nu letterlijk binnen bij de afdelingen gebracht. Animatie staat niet meer ver van de bewoner, maar vindt letterlijk elke dag plaats, zo dicht mogelijk bij de bewoners, in de afdelingen. Dit is in overeenstemming met de visie.

WZC Mandana heeft als duidelijke visie om een thuis te creëren voor mensen met zeer diverse noden. Het 'zich thuis voelen' staat centraal. Bij het uitzoeken van de processen werd nagedacht naar wat Mandana zelf wilde uitvoeren, en wat kon worden uitbesteed. Deze vraag werd niet opgelost vanuit efficiëntie, maar vanuit het belang van de patiënt en zijn omgeving. Dit maakte dat de rol van mantelzorgers werd meegenomen in deze oefening, wat leidde tot heel weloverwogen en niet zo voor de hand liggende beslissingen. Zo werd gekozen om voor het structureel medische transport van patiënten en bewoners een beroep te doen op een externe organisatie, maar voor verplaatsingen in het kader van activiteiten wordt een beroep gedaan op medewerkers, familieleden of mantelzorgers (Corvers en Van Hooteghem, 2013).

De visie en kernopdracht geeft ook weer over hoe je bepaalde activiteiten aanpakt. Een WZC dat ervoor pleit om bewoners zelf hun dag te laten indelen, en dus bijvoorbeeld ook zelf laten kiezen wanneer ze gaan slapen, zullen hoogstwaarschijnlijk moeten zorgen voor meer personeel in de avonduren. In een WZC waar er gewerkt wordt met vaste uren is dat niet zo: als er bepaald wordt dat om 21u de laatste bewoner in bed moet liggen, is er na 21u minder personeel nodig. Als er echter wordt gekozen voor het feit dat bewoners zelf kunnen kiezen wanneer ze gaan slapen, tot bijvoorbeeld maximaal 23uur, dan moet ervoor gezorgd worden dat er tot dat uur voldoende medewerkers zijn. Bovendien kan dit ook betekenen dat iemand van animatie aanwezig blijft voor eventuele avondactiviteiten, wat anders niet het geval is. Dit zijn ook duidelijke keuzes die voortvloeien uit de visie en de kernopdracht.

5. Organisatiecontext uitbouwen (macrostructuur)

Een van de principes van IAO is om niet te organiseren in functies, maar in stromen. Je gaat stroomsgewijs organiseren. Door activiteiten in te delen in deze stromen, en vervolgens in afdelingen, kies je als organisatie wie met wie geacht wordt samen te werken en met welk doel. Je trekt lijnen rond activiteiten, mensen en doelen en de boodschap die je daarmee geeft is: we vinden dit belangrijke doelstellingen en we engageren ons om hiervoor tijd, energie en

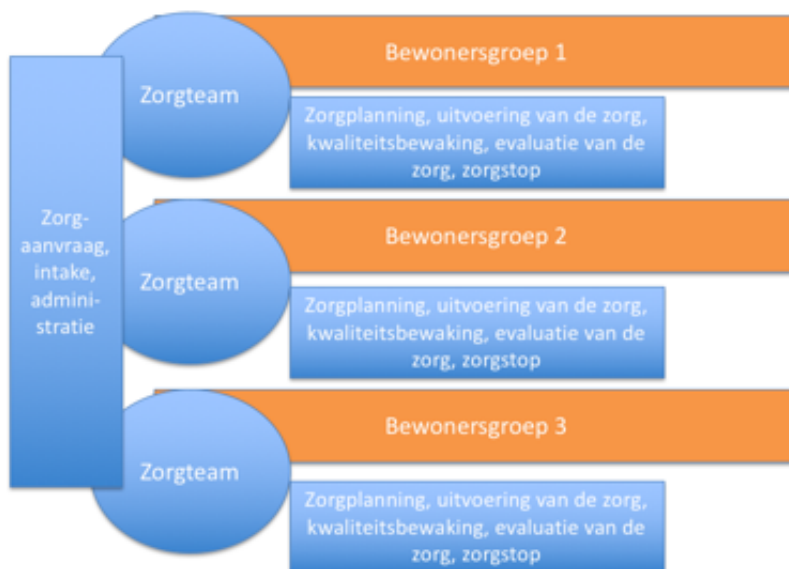
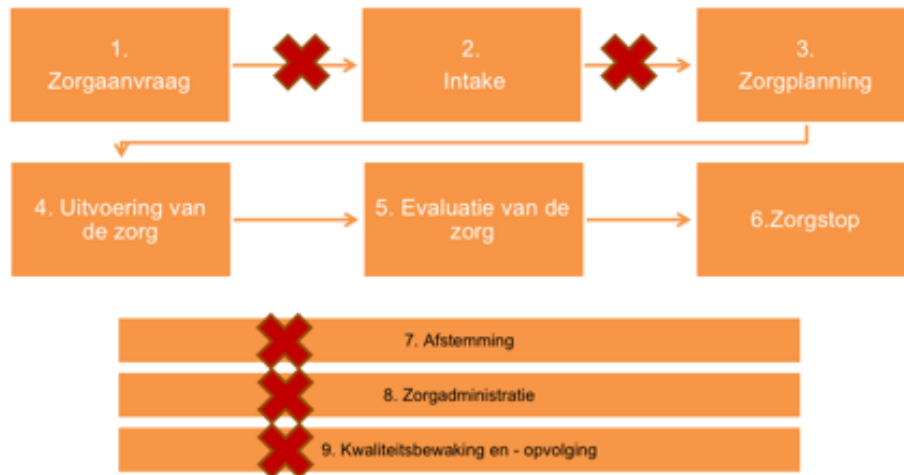
mensen te investeren.

Eens je vanuit de visie hebt bepaald wat je kernactiviteiten zijn, wat je zelf gaat doen en niet zelf gaat doen (zie de vorige stappen), ga je bepalen wat je 'hoofdstromen' zijn. Dit zijn eenheden of groepen van klanten. Toegepast op WZC gaat het om groepen van bewoners, die je vervolgens gaat onderbrengen in afdelingen of leefgroepen. Hierop ga je je als organisatie organiseren: je gaat alle activiteiten en taken rond deze afdelingen of groepen laten plaatsvinden. Hierbij kies je voor een groep bewoners met bepaalde noden, waar rond je je samen kan organiseren. Voor WZC is het kiezen voor stroomsgewijs organiseren in de praktijk meestal het kiezen om zich te organiseren in afdelingen of leefgroepen: een aantal bewoners die samenwonen.

Sommige kernactiviteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden: vanuit de visie die bepaald werd op organisatieniveau, of omdat ze zo afhankelijk van elkaar zijn dat ze niet los van elkaar gezien kunnen worden. Vanuit het idee van stroomsgewijs organiseren, worden deze type activiteiten zoveel mogelijk bij elkaar gehouden. Activiteiten worden nu vaak 'verknipt', waardoor er afstemming mogelijk is en alles niet optimaal werkt. Als er 'geknipt' wordt, dan moet er ook weer 'geplakt' worden. Vanuit het idee van IAO willen we dit zoveel mogelijk vermijden.

Van zodra er inzicht is in het zorgproces, is het belangrijk om complexiteit te reduceren en stromen samen te stellen. Concreet komt het erop neer dat je je niet organiseert op het geheel van bewoners en alle taken die daarvoor moeten gebeuren, maar dat je deze grote groep gaat opsplitsen in verschillende stromen, waar rond je je gaat organiseren. Binnen de context van een WZC gaat het over verschillende groepen van bewoners, waarvoor een geheel van activiteiten moet gebeuren, waar rond je je gaat organiseren.

Onderstaande figuur geeft een voorbeeld van een zorgproces in een WZC. De eerste figuur toont hoe het vroeger was, waarbij duidelijk de verschillende 'knippen' worden weergegeven: het gaat om activiteiten die eigenlijk beter samen horen, maar die wel verknipt worden. De tweede figuur toont de structuur na het herontwerp. De 'knip' is er niet meer, maar activiteiten die kritisch zijn worden samen gehouden.



5.1 Samenstellen van leefgroepen

Om uit te maken hoe je deze leefgroepen of afdelingen gaat samenstellen, kan je kiezen voor homogene of heterogene groepen van bewoners.

Alleen dementerenden of Parkinson-patiënten bij elkaar is een voorbeeld van een *homogene groep*: bewoners met een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk wonen bij elkaar in de leefgroep. Dat heeft het voordeel dat de zorgverleners zich helemaal kunnen specialiseren op een specifieke problematiek. De omgang met dementerenden vergt specialistische kennis en handelen, een prikkelarme omgeving en vaak veel geduld en empathie. Hoe homogener de groep bewoners, hoe beter verzorgenden zich op deze specifieke groep kunnen richten. Dit voordeel is misschien het gemakkelijkst te begrijpen als men zich het tegenovergestelde voorstelt: een zeer divers samengestelde groep bewoners. Omdat ieder individu dan een geheel eigen zorgaanpak vraagt, die afwijkt van die van andere bewoners in dezelfde groep, dienen de verzorgenden te beschikken over een zeer breed scala aan kennis en vaardigheden. De breedte kan dan ten koste gaan van de diepgang. Omdat er voldoende bewoners per groep moeten zijn, is het lang niet altijd mogelijk dergelijke homogene groepen te maken. Nemen we het eerder genoemde voorbeeld van dementie versus de ziekte van Parkinson. Een aparte leefgroep dementerenden is in veel wzc's gezien hun (toenemende) aantal wel mogelijk, voor de specifieke vaak beperkte groep bewoners met de ziekte van Parkinson is dat al moeilijker.

In *heterogene* groepen plaatst men juist verschillende soorten bewoners bij elkaar. Homogene en dus gespecialiseerde groepen herbergen het risico van beperkte inzetbaarheid van medewerkers tussen de leefgroepen. Er is ook een verhoogd risico op verloop van verzorgenden in 'zware' homogene leefgroepen. Anderzijds zijn homogeen samengestelde groepen relatief voorspelbaar in termen van uit te voeren activiteiten. In een heterogene groep streeft men naar een mix van bewoners met uiteenlopende zorgzwaarte. Hier zal de zorgvraag minder voorspelbaar zijn, en dus ook de activiteiten die dienen te gebeuren.

Er kunnen allerlei criteria worden gebruikt om bewoners te groeperen in leefgroepen. Vaak zal men uitgaan van de zorgbehoefte. Ieder ziektebeeld vereist immers specialistische kennis. Denk bijvoorbeeld aan dementerenden: de omgang met dementerenden vereist een specifieke aanpak, waarvoor medewerkers geschoold dienen te zijn. Behalve aan zorgbehoefte kan men echter ook denken aan een scala van andere criteria, zoals inkomen, levensbeschouwing, geslacht, opleidingsachtergrond, hobby's en leeftijd. Al deze criteria beïnvloeden de wensen en levensbehoeften van de bewoners, en daarmee het gevraagde aanbod van zorgverleners.

Bij de keuze voor samenstelling van de leefgroepen speelt opnieuw de visie van de organisatie mee.

In WZC Mandana werd bewust nagedacht wat betreft de samenstelling van de

leefgroepen. De algemene doelgroep van het WZC zijn zwaar zorgbehoevende ouderen met een psychiatrische problematiek. Het profiel van de leefgroepen bestaat uit een mix van 20% bewoners die zeer zelfstandig zijn en die weinig ondersteuning nodig hebben, en 80% bewoners met een hogere zorggraad. Er wordt dus een goede mix nagestreefd. Hierbij zorgen bewoners met een lage zorgbehoefte voor de bewoners met een hogere ondersteuningsnood. Zo worden bewoners verzorgd door hun mede-bewoners, of koken sommige bewoners voor de anderen die dat niet zelf kunnen. Dit past in de visie van de organisatie (Corvers en Van Hootegem, 2013).

In de praktijk zien we voornamelijk de volgende keuzes terugkomen:

- Leefgroepen van bewoners die heterogeen worden samengesteld, maar waarbij er gestreefd wordt naar een gelijke 'spreiding' van zorgbehoefte per leefgroep. Hier is zorgbehoefte het criterium, waarbij er wordt gekozen voor een 'variabele mix' binnen elke groep.
- Een combinatie van heterogene leefgroepen en 1 of meerdere leefgroepen die homogeen zijn en zich richten op mensen met een specifieke zorgbehoefte, meestal gaat het over dementerenden of mensen met een ander ziektebeeld, zoals Parkinson. In vele WZC zie je immers een aparte afdeling/leefgroep met bewoners met dementie.
- Leefgroepen van bewoners die uit dezelfde wijk of buurt komen. In een concreet voorbeeld van een WZC uit ons netwerk was dit een heel bewuste keuze omdat dit ook een vraag was vanuit de bewoners zelf.

Een belangrijk aandachtspunt bij de samenstelling van leefgroepen is de dynamiek. De lichamelijke en psychische gezondheid van bewoners varieert vaak, en daarmee de zorgzwaarte. Wat betekent dat voor hun huisvesting? Als gekozen wordt voor homogene groepen, kan dit immers betekenen dat bewoners moeten verhuizen, of additionele voorzieningen moeten worden getroffen. Bij progressieve ziekten zoals dementie en de ziekte van Parkinson weet men dat de zorgzwaarte zal toenemen, al is het tempo daarvan onbekend. Men kan ervoor kiezen om bewoners per fase van dementie te verhuizen naar een daarop ingerichte en voorziene leefgroep. Ook hier moet teruggekoppeld worden naar de visie van de organisatie.

Bij WZC Sint-Jozef in Neerpelt zijn de leefgroepen heterogeen samengesteld volgens zorgbehoefte. Daarnaast is er 1 leefgroep die bestaat uit bewoners met dementie. In eerste instantie leven bewoners met dementie samen met de anderen in een leefgroep, zolang dit een meerwaarde vormt voor de bewoner. Vanaf dit niet meer zo is, gaat de bewoner naar de leefgroep met anderen bewoners met dementie. Dit is bijvoorbeeld zo als niet meer de goede zorg kan aangeboden worden, omdat bijvoorbeeld bepaalde activiteiten niet meer kunnen, bepaalde kennis niet aanwezig is, enzovoort. Er wordt zowel gekeken naar de bewoner met dementie zelf, als de andere bewoners, als de medewerkers. Dit past in de visie van de organisatie.

5.2 Samenstelling en grootte van de leefgroepen

Zoals eerder gezegd proberen we vanuit IAO complexiteit te verminderen, door je als organisatie niet te organiseren op alle vragen, maar een onderscheid te maken in verschillende stromen. Met andere woorden: als WZC is het aangewezen je niet te organiseren op alle vragen van alle type bewoners, maar een onderscheid te maken naar stromen, leefgroepen waarin bewoners samen leven en waarvoor alle activiteiten plaatsvinden. In de praktijk van een WZC is een belangrijk vraag dan: hoeveel bewoners wonen samen in 1 leefgroep of op 1 afdeling? Of met andere woorden: voor welke groep van bewoners nemen zorgmedewerkers samen de zorg op? Dit is een belangrijke keuze die gemaakt moet worden, omdat het aantal bewoners in een afdeling ook bepaalt hoeveel medewerkers verantwoordelijk zijn voor deze bewoners en welke taken wel en niet worden opgenomen door de medewerkers. WZC kunnen kiezen voor zeer kleinschalige groepen, maar ook voor grote gangen met veel bewoners.

In de praktijk stellen we vast dat hierin drie types van keuzes worden gemaakt:

1. Kleinschalige leefgroepen van 8 tot 12 bewoners
2. Geschakelde eenheden van 12 tot 20 bewoners
3. Opsplitsen van grote groepen: 20-30 bewoners

Bij *kleinschalige leefgroepen* kan men denken aan het principe van ‘kleinschalig genormaliseerd wonen’: een groep ouderen woont samen in een regulier woonhuis in een woonwijk. Vaak gaat het om 8 tot 12 bewoners. Het zijn met andere woorden kleine groepen bewoners die echt samenleven zoals in een gezin. *Geschakelde eenheden* zijn eveneens kleinere groepen van bewoners, meestal een 12-20tal personen, die samen leven. Vaak zijn deze geformeerd door een grootschalige eenheid (bijvoorbeeld 60 bewoners in een lange gang) te splitsen in kleinere leefgroepen. In andere gevallen is al bij de bouw voorzien in units voor kleinere leefgroepen. Maar nieuwbouw is niet per se nodig: ook in bestaande gebouwen zijn er in de regel mogelijkheden om afgebakende ruimtes voor leefgroepen te creëren. Cruciaal is in beide gevallen dat er mogelijkheden bestaan om bij elkaar in te vallen. Een laatste optie zijn *grotere groepen van bewoners*: er vindt wel een opsplitsing plaats, maar de groepen blijven met 20 – 30 bewoners relatief groot. Architecturaal zijn er vaak ook geen wijzigingen gebeurd, er is sprake van een centrale keuken en leefruimte/cafetaria.

WZC Sint-Jozef in Neerpelt is een WZC met 143 bewoners. Tot voor enkele jaren geleden werkten zij in grote afdelingen van 25 bewoners. Met de komst van een nieuwbouw en een nieuwe organisatievisie, zijn zij overgegaan naar leefgroepen van 14 tot 16 bewoners. Alles gebeurt binnen deze leefgroep, zo heeft elke leefgroep een eigen keuken waar een deel van het maaltijdgebeuren vorm krijgt.

WZC Kimpenhof in Opglabbeek was tot voor kort georganiseerd als een grootschalige eenheid, met een bewonersgroep van 61 personen. Deze manier van werken was niet langer houdbaar. De bewonersgroep werd opgesplitst in 2 groepen van telkens 30 bewoners, waarvoor telkens 2 teams verantwoordelijk zullen zijn.

Ondertussen is er ook een nieuwbouw gepland in 2019, waar plaats is voor 30 extra bewoners, een nieuwe leefgroep dus. Op dat moment zullen er dus 3 leefgroepen zijn van elk 30 bewoners.

Grootschalige eenheden zijn vanuit IAO-oogpunt gezien niet ideaal, aangezien de grote leefgroepen vaak onoverzichtelijk zijn en er dus geen reductie van complexiteit is. Er is hierdoor veel overleg nodig om het werk toch in goede banen te leiden. De planning is vaak complex, en daarmee duur. Het aantal zorgmedewerkers is groot, waardoor bewoners en zorgmedewerkers elkaar vaak maar beperkt kennen: onpersoonlijke zorg dreigt doordat de bewoners zeer veel referentiepersonen hebben. Verder moeten vaak grote(re) afstanden worden afgelegd, wat veel tijd kost.

Kleinschalig genormaliseerd wonen is opgekomen als remedie voor veel van de zojuist genoemde nadelen van grootschalige eenheden. Kleinschaligheid maakt de leefgroep overzichtelijk en daardoor goed te organiseren. Dat komt de werkbaarheid ten goede. Aangezien het aantal bewoners beperkt is (8-10), kunnen zorgmedewerkers goed op de hoogte zijn van de individuele noden en wensen van iedere individuele bewoner. Vanuit IAO-oogpunt geldt er binnen kleinschalige wooneenheden één belangrijk aandachtspunt: in de regel werkt er in een leefgroep maar één zorgmedewerker tegelijkertijd. Vandaar de term geïsoleerde leefgroepen: dat slaat op de zorgmedewerker, niet op de bewoners. Zorgmedewerkers werken in deze vorm van organiseren vaak alleen. Dat kan een aanzienlijke fysieke en emotionele belasting betekenen. Vandaar dat wordt gepleit voor geschakelde eenheden: als daar behoefte aan is, kunnen de zorgmedewerkers van verschillende units elkaar ondersteunen (Vermeerbergen e.a., 2017).

Er is geen ideaaltype, maar vanuit IAO zijn geschakelde leefgroepen een goede keuze. Deze combineren immers een beetje 'het beste uit twee werelden'.

6. Microstructuur en teams

De microstructuur bepaalt de rollen en functies binnen de organisatie. In een organisatie die werkt volgens de principes van IAO kijken we niet alleen naar individuen, maar in de eerste plaats naar teams. Een team werkt samen aan een zo compleet mogelijke taak of proces. Hierbij is het belangrijk om te bepalen welke activiteiten en taken door een team uitgeoefend worden, wat de onderlinge relaties en verantwoordelijkheden zijn en hoe het werk van elk individueel teamlid wordt ingevuld. Net zoals we eerder gingen kijken welke activiteiten horen tot het primaire proces van een organisatie, en welke eerder voorbereidend, ondersteunend of regelend zijn, dient dit ook te gebeuren op het niveau van het team. Met andere woorden: wat doet een team wel en wat doet een team niet (of gedeeltelijk).

Hierbij is het opzet om een team een zo compleet mogelijke taak te geven, en hen voor een zo groot mogelijk deel van het totale proces verantwoordelijk te maken. Met andere woorden: zoveel mogelijk autonomie geven aan een team. Daarom spreken we ook van zelfsturende of

zelforganiserende teams. De teamleden zijn afhankelijk van elkaar, maar de teams zijn onafhankelijk van elkaar: ze werken in principe autonoom, alles wat nodig is om het proces en de taken uit te voeren, ligt binnen het team.

6.1 Een zo compleet mogelijke taak voor het zorgteam

Toegepast op een WZC gaat het om een team van zorgmedewerkers die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een leefgroep van bewoners, een 'zorgteam'. Door vaste teams samen te stellen, kunnen de teamleden zich toelagen op de bewoners van een bepaalde leefgroep. Daarbij gaat het om kennis van de ziektebeelden, diëten, persoonlijke preferenties en hobby's, en levensgeschiedenissen. Hierdoor kan er een duurzame band worden opgebouwd met bewoners, en is er een hogere mate van betrokkenheid.

Teams zijn verantwoordelijk voor een zo compleet mogelijk pakket van taken, en zijn met andere woorden samen verantwoordelijk voor het hele zorgproces van een leefgroep van bewoners. Hiervoor is het belangrijk om uit te maken welke taken uitgevoerd worden binnen een leefgroep, en op het niveau van het zorgteam, en welke taken op overkoepeld niveau (organisatieniveau of voor meerdere leefgroepen) worden voorzien. Op basis van de keuzes die eerder werden gemaakt met betrekking tot de visie van de organisatie, de daaruit voortvloeiende kernactiviteiten en het criterium om leefgroepen samen te stellen worden de teams samengesteld.

Bij het kleinschalig wonen bijvoorbeeld maakt men een duidelijke keuze om bijna alle taken die horen bij de zorg van bewoners binnen de leefgroep te brengen. Dat houdt de lijnen voor de verzorgenden kort: men kan inspringen op menuwensen, ook de zorg voor de kleding van bewoners wordt binnen de leefgroep gelegd (minder 'verloren' was, snelle reiniging), Vanuit het oogpunt van IAO verdient het de voorkeur het verzorgingsproces zo compleet mogelijk te houden, en dus een zo breed mogelijk pallet aan taken in de leefgroep onder te brengen.

WZC De Wingerd is georganiseerd in kleinschalige eenheden. Per eenheid is er een eigen keuken en eigen wasmachines. Dit past bij het idee van een gezin, namelijk een thuissituatie met een eigen huishouden. Hiermee ontstaan ook mogelijkheden om de bewoners actief te laten meehelpen aan het huishouden. Dit past ook weer bij de visie die De Wingerd vooropstelt.

Bij WZC Sint-Carolus willen ze 'hotelzorg' aanbieden. Het is dus logisch dat zij niet hebben gekozen om deze taken binnen de leefgroep te laten afspelen, en de bewoners hierbij niet te betrekken. Met de keuken zitten zij ook met het gegeven dat deze gedeeld wordt met het psychiatrisch centrum dat deel uitmaakt van dezelfde organisatie. Zowel de visie van hotelzorg, als dit praktisch gegeven zijn goede redenen om het koken van de maaltijden niet in de leefgroep te brengen. De keuken is centraal en apart, en de bewoners krijgen hun maaltijden klaargemaakt en moeten

hier niet bij helpen, net zoals in een hotel het geval is.

Schaalvoordelen?

Een bezwaar tegen dit brede pallet kan zijn dat per leefgroep meer zorgmedewerkers nodig lijken te zijn. Binnen de leefgroep dient immers meer werk verricht te worden dan in een 'uitgeklede' leefgroep, waarbij taken als koken, schoonmaken en kleding wassen centraal worden geregeld. De vraag is echter of dat correct is: dezelfde hoeveelheid werk zal immers verricht moeten worden, maar het wordt anders verdeeld. Centralisatie lijkt vaak goedkoper doordat schaalvoordelen zijn te behalen en kan als voordeel hebben dat overal binnen een WZC op dezelfde manier wordt gewerkt. Centralisatie betekent echter ook een vergrote afstand tussen dienstverlener en bewoner. Het ontbreken van direct contact tussen beiden leidt gemakkelijk tot misverstanden en fouten, die weer duur zijn om te herstellen. Daarnaast is sprake van veel meer afstemming en transport. Dergelijke kosten zijn vaak moeilijk exact te berekenen, waardoor ze onzichtbaar blijven. Na verloop van tijd bergt centralisatie het gevaar van een stroperige, 'bureaucratische' organisatie in zich. Vandaar ook het pleidooi om deze uitvoerende taken zo veel mogelijk decentraal uit te voeren. Dat kan ook het voordeel hebben dat het financieel verantwoord wordt om meer dan een zorgmedewerker per leefgroep aan te stellen, bij voorbeeld in de vorm van een duo bestaande uit een huismoeder en een verzorgende. Dat geeft dan ook weer de mogelijkheid elkaar te ondersteunen. In de praktijk spelen echter vaak ook praktische overwegingen mee, zoals het eerdergenoemde voorbeeld van WZC Sint-Carolus. WZC zitten vaak met het gegeven van een centrale aparte keuken, of met een wasserij in de kelder die voor alle afdelingen en leefgroepen gebruikt wordt.

In de praktijk zien we dat de samenstelling van de teams verschilt naargelang:

- Keuzes die gemaakt worden in het pallet van taken die tot de kern behoren
- Specialisten al dan niet deel uitmaken van een team
- Kenmerken van de leefgroep (criterium dat gebruikt wordt)

Bij WZC Sint-Jozef staan kleinschalige leefgroepen centraal. Rondom de bewoners staat een gemengd team van logistieke medewerkers, onderhoudsmedewerkers, animatrice/ergotherapeute, zorgkundigen en verpleegkundigen. Elke leefgroep heeft een eigen keuken, een van de teammedewerkers zorgt samen met de bewoners voor het bereiden van de maaltijden.

In WZC Kimpenhof bestaan de twee zorgteams telkens uit zorgverleners, animatoren, kinesisten en onderhoudsmedewerkers. Deze teams krijgen meer vrijheid om hun werk te organiseren: de dagindeling bepalen, uurroosters en vakantieregeling plannen, elkaar helpen bij basistaken,...

WZC Ter Hovingen, onderdeel van vzw Placidus, wil luisteren naar de bewoners en weten wat er leeft. Er werd vastgesteld dat op eerder informele en ontspannende

momenten, zoals tijdens een bezoek aan de kapper, vaak veel werd gedeeld en verteld door de bewoners. De kapper maakt dus ook mee onderdeel uit van het team, omdat zij immers op de hoogte zijn van wat er reilt en zeilt bij de bewoners, maar soms ook een belangrijke signaalfunctie kunnen spelen.

De zorgteams zullen vooral bestaan uit zorgkundigen. Idealiter hebben die een breed takenpakket, zodat ze bij voorbeeld alle zorgtaken en al het huishoudelijk werk voor rekening kunnen nemen. Uiteraard kan binnen de teams ook sprake zijn van meerdere functies. Poetsen en logistieke taken kunnen bijvoorbeeld door een aparte medewerker worden verzorgd. Veel verpleegkundige taken zijn voorbehouden aan verpleegkundigen; een verpleegkundige zal dan in de regel ook deel uitmaken van het zorgteam. Animatie kan in het team zijn ondergebracht als deel van het werk van de verzorgenden, maar ook als afzonderlijke functie. In een grote leefgroep met hoge eisen aan de animatie valt te denken aan het toevoegen van een animatrice aan het zorgteam.

Bij de samenstelling van de teams en welke functies hiervan deel uitmaken, moet er natuurlijk ook gekeken worden naar de capaciteit. Idealiter heeft misschien wel elk team een kinesist en animatie, maar in de praktijk is dit vaak niet mogelijk of realistisch. Dit is ook het geval voor taken die heel specialistisch zijn en die niet vaak voorkomen, zoals wondzorg. Je kan niet in elk team een specialist wondzorg hebben. De economische haalbaarheid moet hier afgetoetst worden. In de praktijk zien we dat soms wel wordt gekozen om functies die voordien centraal werden georganiseerd toe te wijzen aan de teams, waarbij deze medewerkers echt tot een team behoren.

In WZC Sint-Jozef in Neerpelt zorgde het doortrekken van de lijn van de visie voor een ingrijpende verandering. Er werd gekozen om het animatieteam, dat voordien centraal opereerde voor het hele WZC, op te splitsen en toe te voegen aan de afdelingsteams. Elke afdeling of leefgroep heeft nu zijn eigen animator.

WZC Sint-Monica ging in 2008 van start met een andere manier van werken en koos voor kleinere afdelingen. Leden van het paramedische team, dat centraal georganiseerd was, werden bovendien aan afdelingen gekoppeld. Een rechtstreeks gevolg was het vlotter verloop van de communicatie tussen zowel de afdelingen als de paramedici.

Een andere keuze, die meer voorkomend is, is om medewerkers toe te wijzen aan meerdere teams. Dit is in de eerste plaats bijvoorbeeld zo voor zorgtaken die specialistische kennis vereisen. Diëten, wondzorg en het vermijden van doorligwonden zijn enkele voorbeelden. Dit geldt ook voor ondersteunend en voorbereidend werk, zoals technisch onderhoud, poetsen, wassen, eten bereiden... Op de tweede plaats is de vraag naar zeer specifieke taken beperkt. Aan kinesitherapie is vaak wel veel behoefte, maar toch te weinig in een leefgroep om een eigen kinesitherapeut aan het zorgteam toe te voegen. Ten derde is bepaald werk wettelijk

voorbehouden aan specialisten. Verpleegkundige taken zijn het voorbeeld bij uitstek. Deze medewerkers kunnen niet aan elk team worden toegewezen, vaak wordt er dan gekozen om hen aan meerdere teams toe te wijzen. Zij worden dan ingezet in de verschillende teams waar en wanneer ze nodig zijn. We raden hierbij wel aan om toch telkens 1 'nest' te voorzien: een team waar de medewerkers echt 'thuis' zijn.

De zorgteams bij WZC Sint-Carolus bestaan uit zorgmedewerkers en verpleegkundigen. Daarnaast behoren ook de kinesist, ergotherapeut en animatrice tot de teams. Omdat de vraag naar deze taken eerder beperkt is, werken zij echter voor de verschillende teams. Zij zijn toegewezen aan 2 teams, en zijn ook betrokken bij het teamoverleg.

In plaats van bepaalde medewerkers toe te wijzen aan meerdere teams, kan er ook voor gekozen worden om een centraal team te vormen dat bestaat uit deze specialistische kennis, of dat instaat voor taken die eerder beperkt moeten worden uitgevoerd. In dit opzicht kan er bijvoorbeeld gedacht worden aan een team samengesteld uit functies vaak afgekort met KE(LA)(D): Kinesitherapie, Ergotherapie, Logopedie, Animatie, Diëtik.

Tot slot kan er ook voor gekozen worden om bepaalde functies centralistisch te houden, maar deze medewerkers wel te betrekken bij het overleg in de leefgroepen en de zorgteams. Bij WZC Sint-Carolus, waar de keuken gedeeld wordt met het psychiatrisch centrum, is dit het geval. Door dit praktisch gegeven kan het koken niet worden toebedeeld aan leefgroepen of zorgteams, maar blijft deze centraal. Echter, de keukenmedewerkers zijn wel betrokken bij het teamoverleg. Op deze manier is er toch afstemming en overleg met de teams. Dit gebeurt ook vaak bij logistieke functies zoals poetsen en wassen.

6.2 Uitgangspunt: zoveel mogelijk op teamniveau, tenzij

Net zoals op organisatieniveau moet ook op het niveau van de teams de vraag gesteld worden welke taken al dan niet meegenomen worden. Het uitgangspunt hierbij is dat er zoveel mogelijk regelende taken op het niveau van het team gebeuren, tenzij er een goede reden is om dit niet te doen.

Typische regelende activiteiten in een WZC zijn bestellingen van maaltijden of materiaal voor de afdeling, het opstellen van uurroosters, het aanwerven van personeel, het onthaal van nieuwe bewoners, het inrichten van de gemeenschappelijke ruimtes, het inrichten van de kamers, contacten met ziekenhuizen en artsen,... Idealiter neemt het zorgteam zoveel mogelijk besluiten over hoe hun werk aan te pakken en te regelen, en idealiter hebben ze dus ook hierin een belangrijke rol te spelen. De regel om te bepalen of bepaalde taken wel of niet in het team worden gelegd is de 'decentraal tenzij'-regel. Regelende taken worden decentraal geregeld (zo laag mogelijk binnen de organisatie), tenzij er een goede reden is om dit niet te doen. Er zijn immers verschillende redenen om regeltaken in het team te leggen:

- Beslissingen kunnen sneller genomen worden, doordat er minder overleg nodig is.

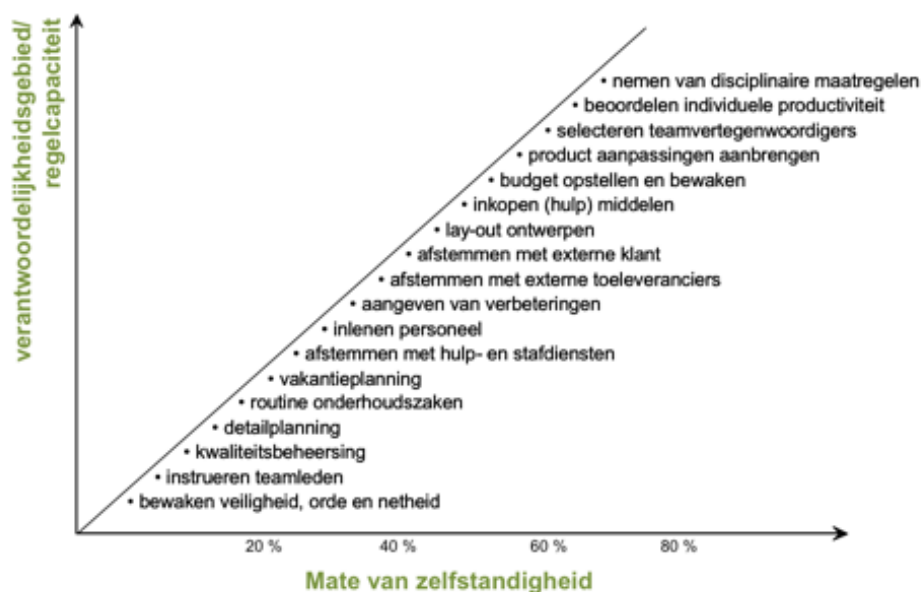
- Medewerkers voelen meteen de impact van beslissingen.
- Beperking van de overheadkosten.
- Er is ruimte voor toegevoegde waardecreatie, doordat het management meer tijd vrij krijgt om hun rol op te nemen.
- Onlasting van de hoofdverpleegkundige, die vaak voor het grootste deel van de tijd met regeltaken bezig is.
- ...

Om te bepalen welke regelende taken wel of niet plaatsvinden op teamniveau, werd de **KKIT-methodiek** ontwikkeld:

De regelactiviteit wordt opgenomen door het team tenzij ...

Kader	Het team het vereiste referentiekader niet heeft
Kennis en informatie	Het team de vereiste kennis en oordelend vermogen niet heeft
Impact van beslissingen	Het team niet kan evalueren wat de impact is van de te nemen beslissingen
Tijdshorizon	De tijdshorizon het onmogelijk maakt voor het team om de beslissing te nemen

Het bekendste en meest sprekende voorbeeld van een regelende taak die in een team wordt gelegd, is vermoedelijk het roosteren. In plaats van dat een hoofdverpleegkundige de uurroosters opstelt en deze meedeelt aan de medewerkers, maakt het team zelf de roosters, binnen een kader en met duidelijke afspraken. Maar er zijn natuurlijk ook andere taken die traditioneel door een leidinggevende of een aparte functie worden geregeld, maar in een innovatieve organisatie door het team zelf wordt opgenomen. Vaak is er sprake van een gefaseerde aanpak, waarbij er gestart wordt met een aantal regelende taken, en naarmate het team meer matuur is meer taken worden opgenomen. Onderstaande figuur geeft hiervan een voorbeeld.



In WZC Cocoon, onderdeel van vzw Compostela, zijn ze sinds enkele jaren aan de slag gegaan met zelfroostering. De verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor het maandrooster ligt niet langer bij de direct leidinggevende of planner, maar bij het team zelf. Elk teamlid brengt zelf zijn of haar uren in, het team kijkt zelf waar er overlappingen dan wel leemtes in de bezettingseisen zijn. Op die manier maken zij samen het rooster beter. De tevredenheid is hierdoor beter, ook al blijft het nog altijd zo dat mensen ook moeten werken tijdens minder populaire diensten, zoals vrijdagavond of tijdens feestdagen. In het systeem van zelfroosteren kiest men tenslotte zelf welke vrijdag men al dan niet wil werken. Er is ook veel minder afstemming nodig voor bijvoorbeeld wissels, iets wat voordien om de haverklap gebeurde waardoor het rooster er na een dag al helemaal anders was en niet meer herkenbaar was.

Bij WZC Sint-Jozef werden een aantal regelende taken binnen de leefgroepen gebracht. Zo kregen zorgmedewerkers inspraak bij de inrichting van de afdelingen in de nieuwbouw en mochten zij zelf het budget hiervoor besteden. Dit maakt dat in de praktijk de afdelingen een eigen identiteit hebben: geen enkele afdeling ziet er hetzelfde uit.

Het voorbeeld van WZC Mandana met de frietjes toont dit ook aan. Er werd door de medewerkers zelf beslist om frietjes te bakken, er werd met het budget een frietketel gekocht en er werd afgesproken met een van de familieleden om samen te frieten te

bakken. Dit werd door de medewerkers zelf bepaald.

6.3 Rollen binnen de teams

Het is belangrijk om rollen binnen de teams te bepalen. Het gaat immers niet enkel over de teamsamenstelling, maar ook om wie binnen het team welke rol opneemt. Hiervoor zijn er verschillende tools, en de meest gebruikte zijn de fleximatrix, eventueel aangevuld met de competentie- en preferentiematrix.

Vaak wordt er gebruik gemaakt van ‘sterrollen’ binnen een team. Hierbij zijn personen verantwoordelijk dat activiteiten of processen binnen het team gebeuren. Het is niet de individuele verantwoordelijkheid van de persoon, maar de persoon is wel het aanspreekpunt en spoort het team aan om aan de slag te gaan. Bij zelfroosteren kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een ‘sterrolhouder planning’ die het team aanspoort om de roosters tijdig te maken. Het gaat niet enkel om regelende taken, ook andere activiteiten kunnen in een sterrol vorm krijgen. Zo kan er een sterrol wondzorg zijn: iemand die kennis heeft van wondzorg, zich hierin bijschoolt en hierover aanspreekbaar is. We zien bijvoorbeeld ook sterrollen inrichting: medewerkers die mee verantwoordelijk zijn voor de inrichting van de gemeenschappelijke delen.

Sterrollen zijn goede manieren om specifieke taken of kennis te borgen binnen een team, maar zorgen er ook voor dat mensen ingezet kunnen worden op hun sterktes. Iemand die zeer goed is met cijfers en heel nauwkeurig is, kan bijvoorbeeld een sterrol planning of boekhouding zijn. Iemand die heel sociaal is en goede contacten heeft met artsen en ziekenhuizen kan deze rol op zich nemen. Het laat mensen ook toe om buiten de eigen functie te treden, en activiteiten op te nemen die ze zelf leuk vinden. Zo zien we in de praktijk zorgkundigen die mee animatie voor hun rekening nemen, die zorgen voor decoratie omdat ze hierin goed zijn, die Italiaanse avonden opzetten omdat ze heel goed Italiaans kunnen koken, enzovoort.

6.4 Afstemming binnen en tussen de teams

Een van de redenen waarom er vanuit IAO gepleit wordt om jobs zo compleet mogelijk te maken, en teams dus verantwoordelijk te stellen voor het volledige proces indien mogelijk, is dat er op deze manier weinig afstemming en coördinatie nodig is. Als alle activiteiten immers bij een vaste groep personen ligt, dan hebben zij normaliter ook alle mogelijkheden om deze activiteiten uit te voeren, waardoor afstemming wordt beperkt. Afstemming is niet verkeerd, maar als er teveel afgestemd moet worden vertraagt dat het hele proces en is het op de duur niet meer duidelijk wie nu verantwoordelijk is voor wat en gaat men los van elkaar werken.

Uiteraard is er wel nood aan overleg, en dit zowel binnen de teams als over de teams heen. Het is belangrijk dat, hoewel teams perfect onafhankelijk van elkaar kunnen werken (er is afhankelijkheid tussen de teamleden, maar niet met de andere teams), er wel een mate van verbondenheid is. Het gemeenschappelijke doel van elke medewerker en elk team moet

immers de visie en missie van de organisatie zijn. Het is belangrijk dat de teams niet als aparte eilanden gaan fungeren. De verschillende WZC geven allemaal aan dat dit van zeer groot belang is.

WZC Sint-Jozef heeft 10 afdelingen met 10 zorgteams. Deze werken autonoom van elkaar. Op een bepaald moment stelde de organisatie vast dat de teams zo goed liepen, dat de focus van de mensen steeds meer bij hun afdeling kwam te liggen. Zo was er bijvoorbeeld geen behoefte meer aan een gezamenlijk personeelsfeest. Dat is natuurlijk niet de bedoeling: het moeten geen eilanden worden. Daarom worden er nu teamdagen georganiseerd waarbij mensen over teams heen een halve dag samen een activiteit ondernemen, zoals een quiz of een vrij podium. Deze zaken zorgen opnieuw voor verbinding over de afdelingen heen.

In WZC waar niet alle activiteiten binnen de leefgroep of het team liggen, waar sommige activiteiten centraal worden georganiseerd en/of waar medewerkers bij meerdere teams horen, is overleg zeker cruciaal. Ook al hoort de keuken niet tot de teams en gebeurt alles hier centraal, het is cruciaal dat er wel afstemming optreedt met de teams.

In WZC Sint-Carolus is de keuken centraal georganiseerd en ook de poetsmedewerkers zijn niet helemaal geïntegreerd in de teams. Zij zijn evenwel betrokken bij het overleg met de teams, aangezien hun rol in het proces cruciaal is. Op deze manier blijft er wel een goede afstemming en overleg. Dit overleg is evenwel zo goed mogelijk georganiseerd: waar vroeger alle medewerkers aanwezig moesten zijn tijdens het hele overleg, wordt nu een persoon afgevaardigd op het moment dat het belangrijk is om erbij te zijn. Het overleg is ook geen eenrichtingsverkeer meer, maar er wordt echt in dialoog gegaan. De visie is ook hier leidend.

7. Individu

De werkomgeving wordt via de vorige principes en bouwstenen voor een groot deel voor een individueel lid van een organisatie opgebouwd. Via de microstructuur en het overleg tussen collega's worden concrete verwachtingen bepaald over het gedrag, de attitudes en de prestaties die een individu hoort te leveren. Deze elementen bepalen voor elke functie hoe het staat met de kwaliteit van de arbeid, en met de stressrisico's waaraan mensen worden blootgesteld.

7.1 Impact op de functie van de medewerker

Wat betekent dit allemaal voor de functie van de zorgmedewerkers? Ten eerste wordt de functie vaak breder. Afhankelijk van welke taken aan de leefgroep zijn toebedeeld, zullen sommige medewerkers bijvoorbeeld ook gaan koken en wassen. Daarnaast komen ook meer

regeltaken, die voordien werden uitgevoerd door de hoofdverpleegkundige of leidinggevende nu bij het team, en dus bij de medewerkers te leggen. Dit vraagt meer verantwoordelijkheid en initiatief van de mensen. Ten tweede komen zorgmedewerkers in aanraking met minder bewoners dan vroeger. Daardoor raken zij nauwer betrokken bij de individuele bewoners. Dat betekent weer dat ze beter op de hoogte zijn van hun wel en wee. Ten derde kunnen ook specialistische werkzaamheden tot het takenpakket gaan behoren. Zo is het betrekken van bewoners bij het huishouden een vorm van animatie, en kan de verpleegkundige zorgkundigen gaan opleiden om minder complexe verpleegkundige taken te gaan verrichten. Ten vierde zal er ook meer flexibiliteit worden verwacht. Eerder in de tekst bleek al dat binnen IAO teamleden, waar mogelijk, taken van elkaar moeten overnemen ook als die niet in hun functiebeschrijving staan. We kunnen stellen dat er meer wordt gevraagd van medewerkers, en dat is niet altijd evident. Anderzijds krijgen medewerkers ook meer kansen: de kans om te doen wat ze graag doen.

Bij WZC Sint-Carolus worden keukenmedewerkers mee betrokken bij de zorgteams. Medewerkers die voordien enkel in de keuken aan het werk waren, dienen nu mee de maaltijden op en komen zo in contact met de bewoners. Medewerkers vinden dit zelf een verrijking van hun job, en bewoners appreciëren het ook erg dat ze de mensen zien die hun maaltijden bereiden. Niet alle keukenmedewerkers zagen dit in eerste instantie zitten. Er werd vanuit de organisatie het aanbod gedaan om 'stage' te lopen buiten de eigen functie en afdeling. Ondertussen hebben alle medewerkers uit de keuken deze stage gelopen. In WZC Sint-Carolus is men ook van mening dat niet alles aan functies mag opgehangen worden. Als zorgkundigen in de cafetaria komen en ze stellen vast dat er iets gemorst is op de grond, dan is het niet de bedoeling dat ze iemand van de poetsploeg optrommelen om dit op te kuisen of dit laten liggen tot de poetsmedewerker is langs geweest, maar zelf even iets nemen om dit op te kuisen. Het doel is immers nog altijd de goede zorg en ervaring voor de bewoner.

In vzw Placidus laten ze zich bij aanwerving zo weinig mogelijk leiden door diploma's. Iedereen krijgt kansen en belangrijk is dat mensen doen wat ze graag doen en waar ze goed in zijn. Zo groeide een van de medewerksters door van een job in de schoonmaak tot boekhoudster.

7.2 Medewerkers ondersteunen in hun nieuwe rol – maar ook engagement vragen

Het is belangrijk dat medewerkers zich comfortabel voelen in de nieuwe rol. Dit is geen gemakkelijk proces: het is er immers eentje van de oude manier van werken – die vaak heel gestructureerd is – loslaten, en op een totaal andere manier aan de slag gaan. In de praktijk stellen we vast dat dit niet van 1,2,3 gaat, en dat medewerkers hierin moeten ondersteund worden. De rol van de leidinggevende is hierin essentieel: zij gaan immers van sturend naar coachend en ondersteunend (cf. zie verder).

Bijna alle WZC geven aan dat het geen gemakkelijk proces is. Het is dan ook belangrijk om medewerkers te tijd te geven zich de nieuwe rol eigen te maken. Meer verantwoordelijkheden en initiatief nemen, dingen opnemen die voordien altijd werden geregeld, minder structuur,... is allemaal niet evident. De ene persoon gaat hier ook sneller en beter mee om dan de andere. We stellen dan ook vast dat er tijd moet gegeven worden aan medewerkers.

Anderzijds is het ook zo dat er een duidelijk engagement kan en misschien wel moet gevraagd worden van medewerkers. Als een organisatie samen met haar medewerkers een nieuwe visie en nieuwe manier van werken en organiseren nastreeft, dan is het noodzakelijk dat iedereen op dezelfde lijn zit, en dat medewerkers zich hiertoe engageren. Soms willen medewerkers niet mee, of kunnen ze zich niet vinden in deze manier van werken. Op dat moment moeten er soms harde knopen worden doorgehakt.

Na de veranderingen bij vzw Placidus werd al snel duidelijk dat er best wel veel gevraagd werd van de medewerkers. Niet iedereen kon zich vinden in deze nieuwe manier van werken: er zijn mensen vertrokken, tot grote spijt van de directie.

De directie van WZC Sint-Carolus heeft, na een lang traject waar samen met medewerkers de visie werd uitgetekend en er heel wat initiatieven werden genomen om medewerkers te ondersteunen in hun nieuwe rol, expliciet het engagement gevraagd van medewerkers. Dit is immers noodzakelijk: medewerkers die niet willen werken op de nieuwe manier van werken en organiseren, en hiertoe geen engagement willen opnemen, zullen het traject immers niet doen slagen. Een moeilijke maar wel een noodzakelijke beslissing.

7.3 Meer regelmogelijkheden, meer actieve en kwalitatieve jobs, meer goesting

Medewerkers krijgen hier ook meer voor terug. Ze krijgen immers meer autonomie, wat wil zeggen dat ze zelf problemen die zich voordoen kunnen oplossen, en deze niet 'naar boven moeten escaleren' om opgelost te worden door een leidinggevende. Hierdoor verloopt alles sneller en efficiënter, en zal er ook minder frustratie ontstaan als iets niet meteen opgelost geraakt. Daarnaast worden ze aangezet om meer initiatief te nemen, en dit gebeurt na een tijdje spontaan. Medewerkers komen zelf af met ideeën, denken creatief na. Hier staat tegenover dat ze ook meer gehoord worden en mee betrokken worden bij belangrijke beslissingen. Medewerkers bouwen ook een betere band op met bewoners, door dat ze elkaar echt kennen. Een aantal medewerkers geeft expliciet aan dat ze meer tevreden zijn, dat ze nu beter werken dan vroeger en niet meer terug willen.

Op organisatieniveau vertaalt zich dat vaak in hogere tevredenheidscijfers, minder verloop, minder ziekteverzuim en zelfs het gemakkelijker en beter vinden van nieuwe medewerkers.

In WZC Sint-Jozef zijn ze zich ervan bewust dat de eisen die ze aan de medewerkers

stellen, steeds hoger worden. Van een poetsvrouw wordt verwacht dat ze ook eens een maaltijd opdient en met de bewoners praat. Anderzijds voelen zorg- en verpleegkundigen zich soms wat 'gedegradeerd': van hen wordt immers ook verwacht dat ze al eens een dweil nemen en iets opkuisen.

8. Leiderschap

De manier waarop een organisatie ingericht wordt, bepaalt ook de leiderschapsnorm die nodig is voor de organisatie. Wij hanteren een brede definitie van leiderschap, en dagen organisaties uit om niet traditioneel te denken in termen van 'leidinggevende functies', maar te spreken van 'leiderschapsrollen' die opgenomen kunnen worden doorheen de ganse organisatie (of op alle lagen in de organisatie). In traditionele, lijngerichte organisaties worden leidinggevendenden ingezet volgens het principe 'can command and control' om de coördinatie tussen activiteiten zo vlot mogelijk te laten verlopen. In de innovatieve arbeidsorganisatie worden medewerkers verwacht om zelfstandig eigenaarschap op te nemen. Dit veronderstelt dat leiderschap een proces is dat breed kan ingebed worden in de organisatie. Het is een proces van vertrouwen opbouwen en onderhouden, waarbij iedereen in staat moet kunnen zijn om leiding te nemen en/of leiding te aanvaarden afhankelijk van wie er op dat moment het meest geschikt is daartoe.

In een organisatie die werkt volgens de principes van IAO hebben we het vaak over 'gedeeld leiderschap'. Leiderschap zit niet bij een persoon of komt niet voort vanuit autoriteit, maar wordt gedeeld door alle medewerkers in de organisatie. Uiteraard is er hiërarchie en zijn er leidinggevendenden, maar de invulling van deze rol verschilt wel fundamenteel met de organisatie die eerder traditioneel georganiseerd is. Daarnaast zal de manier waarop het leiderschap wordt ingevuld ook veranderen doorheen het traject dat een organisatie aflegt. Bij de start van een traject naar een meer innovatieve manier van organiseren en werken en meer zelfsturing zal er net nood zijn aan sterke leiders die het proces richting geven, een sterke visie hebben en eerder sturend werken. Naarmate de organisatie evolueert zal deze rol veranderen. We spreken hier van 'transformationeel leiderschap'. Uit onderzoek blijkt dat dit het meest succesvolle type leiderschap is voor organisaties in verandering. Dit is ook zo voor organisaties in een IAO-traject, het succes hiervan wordt in grote mate bepaald door het al dan niet hebben van een change agent (of een groep hiervan) die de krijtlijnen uittekent, het traject op gang trekt en de verandering als ambassadeur uitdraagt (Wouters, 2016).

Sterk leiderschap 'aan de top' is essentieel, maar het is ook belangrijk om stil te staan bij de rol van de leiders 'in verandering', met name leidinggevendenden die in het IAO-traject worden meegenomen. Het gaat dan vaak om leidinggevendenden in het middenkader en binnen de context van een WZC, de hoofdverpleegkundigen. Deze leidinggevendenden worden van bij het begin geconfronteerd met een nieuwe rol, een 'new deal'. De shift naar meer gedeeld leiderschap binnen en door teams, houdt voor hen immers in dat ze meer 'empowerend' dienen op te treden. De focus verschuift van directief aansturen naar benadrukken van betekenis van werk, aanmoedigen van participatieve besluitvorming, uitdrukken van vertrouwen in het team en

reduceren van bureaucratie. Het zal je niet verbazen dat de identiteitsvraagstukken zo goed als onmiddellijk op hen afkomen. We hebben leidinggevend zien worstelen met vragen als “wat is mijn rol als leider?”, “wie ben ik als leider?”, en “waar haal ik als leider voldoening uit?”. Uit onderzoek blijkt dat het identiteitsproces gepaard gaat met emoties van kwaad, bang en eenzaam zijn. Sterker zelfs, zien we dat ongeveer 2/3 van de leidinggevend vast komen te zitten en er niet in slagen om zich de nieuwe rol op een authentieke manier eigen te maken. Dit uit zich in schijnaanpassingen (waarbij woorden en daden niet overeenkomen) of, in mindere mate, de beslissing om de organisatie te verlaten. Stil staan bij deze identiteitsaanpassing is dus noodzakelijk (Wouters, 2016).

8.1 Veranderende rol voor leidinggevend/hoofdverpleegkundigen

In de praktijk zien we inderdaad dat leidinggevend, en dan vooral hoofdverpleegkundigen, in een *heel andere rol* terechtkomen. Dit is zo omdat bij de start van een IAO traject het niet altijd duidelijk is waar alles gaat eindigen, zodat leidinggevend van bij het begin een onzeker pad bewandelen. Ze weten immers niet wat dit gaat betekenen voor hun eigen functie, rol en taken. Het is normaal dat dit gepaard gaat met veel twijfel. We zien dan ook dat WZC veel tijd en energie steken om leidinggevend hierin te begeleiden en ondersteunen.

Bij WZC Sint-Jozef werd sterk ingezet op begeleiding van leidinggevend: hun rol is immers cruciaal in de nieuwe werking. Om de gemeenschappelijke visie op coachend leidinggeven in de praktijk te brengen en vaardigheden aan te scherpen, doorliepen de afdelingscoördinatoren samen een trainingstraject.

Doordat er wordt uitgegaan van ‘zoveel mogelijk bij het team leggen, ook wat regelende taken betreft’, zien we in de praktijk dat *leidinggevend en hoofdverpleegkundigen heel veel taken niet meer zullen opnemen*. Zij zijn het grootste deel van hun tijd bezig met het opnemen van regelende taken, zoals het maken van de personeelsplanning, vakantieplanning, contacten met specialisten, contacten met leveranciers,... Ook moeten zij veel brandjes blussen: veel problemen en moeilijkheden worden teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundige, die oplossingen moet zoeken. Er is ook veel afstemming nodig, doordat de hoofdverpleegkundige het eerste aanspreekpunt is, wat ook veel tijd vraagt.

Door andere taken bij de teams te leggen en taken weg te nemen bij de hoofdverpleegkundige, zal zijn of haar functie en rol dan ook heel erg veranderen. Een veelvoorkomend voorbeeld is het roosteren: waar dit voordien gebeurde door de leidinggevend, gebeurt dit nu door de teams zelf. De leidinggevend ondersteunt daarbij.

Bij WZC Cocoon gingen de teams zelf van start met het maken van uurroosters. Hierin is de rol van de direct leidinggevend essentieel. ‘Zij besteden minder tijd in de technische roosteropmaak, maar moeten deze tijd nu benutten voor het ondersteunen, enthousiasmeren en coachen van medewerkers. Kort door de bocht zou je kunnen zeggen dat onze direct leidinggevend evolueerden van

roostermakers naar teammakers.'

Vaak krijgen hoofdverpleegkundigen een *meer coachende rol*, waarbij ze de teams ondersteunen.

*In WZC Sint-Monica werden leidinggevendenden geholpen om zich een andere leiderschapsstijl aan te meten, volgens de principes van coachend leiderschap. Gebaseerd op de inbreng van de leidinggevendenden en de directie werden drie kerncompetenties vastgelegd die als fundamenteel gezien werden voor alle medewerkers: **C**reativiteit, **I**nitiatief, **S**amenwerking. Het CIS-woord gonst er sindsdien door de gangen.*

Paul Vliegen, algemeen directeur van vzw Barbara dat WZC Beversthuis en WZC Kimpenhof overkoepelt, geeft aan dat zijn rol sterk is veranderd door de nieuwe manier van werken. 'We hebben moeten leren om onze vroegere rol en manier van werken los te laten. We stimuleren de teamverantwoordelijken en hoofdverpleegkundigen om mee beslissingen te nemen. We komen zelf niet tussen en grijpen zelf niet in, maar ondersteunen hen hierbij.'

8.2 Van leidinggevende naar teamcoach?

We gaven eerder aan dat de rol van de leidinggevende sterk verandert. In de praktijk zien we vaak dat hoofdverpleegkundigen de rol van teamcoach opnemen. Een team dat de weg opgaat naar zelfsturing, heeft immers nood aan ondersteuning. Een team maakt immers een groeiproces door, en voor elke fase dat hierin wordt doorlopen is ook een gepaste ondersteuning nodig.

Onderstaande figuur toont de fasen waarin een team zich ontwikkelt. Elk van deze fase vereist ook een andere manier van coachen en ondersteunen. Het is belangrijk om als organisatie stil te staan hierbij, en te beseffen dat een coach hier ook in zal moeten groeien.



Het is belangrijk om als organisatie te investeren in het coachen van de teams, en ook te investeren in de personen die deze coachende rol gaan opnemen. Een goede leidinggevende of hoofdverpleegkundige is niet altijd per sé een goede teamcoach. Een ontwikkelingstraject is vaak noodzakelijk, en in de praktijk zien we dat er soms ook gezocht wordt op de externe arbeidsmarkt naar een teamcoach. Het is vooral belangrijk dat deze personen de teams gedurende het traject dat ze afleggen kunnen ondersteunen op de juiste manier.

Leidinggevend die rol van teamcoach opnemen, moeten vooral de teamprocessen ondersteunen en ervoor zorgen dat teamleden zelf beslissingen nemen. In plaats van een probleem op te lossen, zal de leidinggevende teams coachen om zelf problemen op te lossen, zodat zij dit de volgende keer zelf kunnen opnemen. Vaak wordt er daarom gekozen om geen 1 op 1 relatie te voorzien tussen teamcoach en team, maar om een coach meerdere teams toe te wijzen.

9. Systemen

Deze bouwsteen refereert naar alle middelen, technologieën en methodieken die werknemers gebruiken om hun job uit te oefenen. Een eenvoudige manier om te bepalen wat systemen zijn is te kijken naar een organisatie wanneer geen enkele medewerker aanwezig is. Alles wat er overblijft, kan gecategoriseerd worden als systemen: technologieën, hulpmiddelen, computers, planningsborden, maar bijvoorbeeld ook architectuur.

Binnen de context van WZC kunnen we heel wat systemen identificeren. De belangrijkste zijn:

- Regel- en wetgeving (cf. normen met betrekking tot minimale bezetting, KB78,..)
- Financiering (cf. financieel gekoppeld aan personeelsnormen,..)
- ICT-systemen (cf. delen van informatie, systemen voor zelfroosting)
- Architectuur
- Administratieve verplichtingen

Systemen hebben vaak een grote impact op het traject dat door organisaties gelopen wordt. In principe zouden systemen op die manier ingevuld moeten worden dat ze ondersteunend zijn, maar in de praktijk zien we jammer genoeg dat dat niet altijd het geval is. Dit heeft er vaak mee te maken dat heel wat van de systemen binnen de context van de WZC extern zijn, waarop de organisatie zelf weinig impact heeft. Systemen werken vaak belemmerend, maar we zien toch dat heel wat WZC een manier vinden om deze mee te nemen in het traject en zo in te vullen zodat deze toch past bij een andere manier van organiseren en werken en de principes van IAO. Dit is ook een noodzaak, aangezien het vaak gaat om zaken die buiten de eigen invloedssfeer van de organisatie liggen, of er op korte termijn vaak geen verandering mogelijk zal zijn. Een voorbeeld hiervan is het KB78 dat de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen regelt. Deze regelgeving legt vaak beperkingen op aan medewerkers. In een andere manier van werken en organiseren stellen we immers dat veel taken bij het team moeten liggen en dat er ook een taakverbreding plaatsvindt, maar dit is niet altijd wettelijk mogelijk. Dit is bijvoorbeeld ook zo voor WZC die graag willen evolueren naar minder hoofdverpleegkundigen en meer coaches, waar eveneens wettelijke verplichtingen gelden.

WZC Mandana die graag frietjes wilde bakken maar waarbij dit door de wetgeving niet mogelijk is (cf. brandveiligheid en het feit dat maar 1 zorgmedewerker voor een groep van bewoners staat), zocht hiervoor een oplossing door telkens een mantelzorger in te schakelen, zodat er twee personen aanwezig waren.

Een belangrijk 'systeem', waarop een organisatie zelf wél impact heeft, en een grote invloed heeft op de manier waarop er gewerkt wordt binnen een WZC, is de architectuur. De indeling van gebouwen bepaalt immers mede hoe leefgroepen kunnen worden ingericht. Idealiter wordt bij het uitwerken van een gebouw dus ook rekening gehouden met de visie van de organisatie. Zo niet, dan zullen er in de praktijk vaak beperkingen zijn aan hoe men de (manier van werken in de) organisatie kan vormgeven. Vele WZC zijn gevestigd in gebouwen die gekenmerkt worden door lange gangen, waarop grote groepen bewoners (vaak 50-60) zijn gehuisvest. Ruimtes als keukens, wasinrichtingen, woonkamers en sanitaire voorzieningen zijn meestal centraal voorzien. Dit wordt vaak als een drempel gezien voor een andere manier van werken. Het maakt het er niet gemakkelijker op, maar het maakt het zeker niet onmogelijk. Vaak moet er naar compromissen gezocht worden, en we zien dat dit in de praktijk ook zo gebeurt.

Bij nieuwbouw is het uiteraard minder moeilijk. Die zou moeten aansluiten op de eigen visie.

Toch is dat niet evident: het vereist goed nadenken over wat die visie betekent voor de ruimtelijke inrichting, en een architect die meewerkt aan het vertalen van die visie in een gebouw. Een heel aantal WZC is daarom in een traject gestart bij het vooruitzicht op een nieuwbouw: door op voorhand na te denken over de manier van organiseren en werken kunnen ze hierbij immers rekening houden met de nieuwbouw. Anderzijds 'dwingt' een nieuwbouw WZC vaak in een nieuwe manier van werken, omdat de ruimtes juist anders dan nu zijn vormgegeven.

Een pas gebouwd WZC bestaat uit vier verdiepingen met vijftien bewoners per verdieping. De zorgmedewerkers hebben goed nagedacht over de inrichting van iedere verdieping, en zijn tevreden over het resultaat. Minder gelukkig blijkt de keuze voor het plaatsen van de gemeenschappelijke keuken en wasinrichting in de kelder. Zo zijn de wasmachines vaak bezet, en moet tussen de afdelingen goed worden overlegd wie wanneer kan wassen. Een nieuw planningsysteem brengt verbetering. Toch had dit nog handiger gekund: als in het organisatie-ontwerp zou zijn voorzien in wassen per leefgroep, zou op iedere verdieping in een wasruimte zijn voorzien. De investering in apparatuur zou wat hoger zijn geweest, maar was snel terug verdiend vanwege minder transport en het vervallen van voortdurend afstemmen tussen afdelingen over de wastijden.

Een WZC dat verhuisde naar een nieuwbouw merkte dat de architectuur een impact heeft op de dynamiek tussen de medewerkers. De inplanting van de afdelingen en leefgroepen brengt een grotere fysieke afstand tussen deze afdelingen met zich mee. Na een tijdje bleek dat de medewerkers niet meer samen middagpauze nemen en in de cafetaria eten, maar dat elk op de eigen afdeling blijft eten. Voor de medewerkers is dit immers gemakkelijker en zo verliezen ze minder tijd aan verplaatsing, maar het zorgt er wel voor dat er geen moment meer is waarop alle medewerkers 'informeel' samen zitten.

10. Tot slot

Deze nota geeft een overzicht van een aantal belangrijke principes van IAO en hoe deze in de praktijk worden geïmplementeerd door een aantal WZC. Er worden geen kant-en-klare oplossingen gegeven, maar wel weloverwogen keuzes die gemaakt worden in de praktijk. Niet iedereen maakt dezelfde keuze, en er is geen 'goede' of 'foute' keuze: iedereen kiest en ontwerpt in functie van zijn eigen noden, behoeften en context. Voor meer concrete tools en instrumenten om een traject aan te vliegen en de verschillende bouwstenen te ontwikkelen verwijzen we graag door naar de website <http://www.flanderssynergy.be/> of een contactpersoon van Flanders Synergy.

Referenties

- Benders, J. & C. Missiaen (2013). *Zorgvernieuwers*. Tielt: LannooCampus.
- Corvers, B. & G. Van Hootegem (2013). *Slimmer zorgen voor morgen; Het nieuwe organiseren in theorie en praktijk*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Holzer, L. (2015). *De 7 privileges van de zorg*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Meesterberends, E. et al. (2013). Do Patients in Dutch Nursing Homes Have More Pressure Ulcers Than Patients in German Nursing Homes? A Prospective Multicenter Cohort Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 14: 605-610.
- Spruytte, N. et al. (2009). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie; het antwoord op 101 vragen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Van Amelsvoort, P., B. Seinen, H. Kommers & G. Scholtes (2003). *Zelfsturende teams. Ontwerpen, invoeren en begeleiden*. Vlijmen: ST-groep.
- Vanlaere, L. & R. Burggraeve (2013). *Gekkenwerk*. Tielt: Lannoo Campus.
- Van Steenwinkel, I. (2015). *Offering Architects Insights into Living with Dementia: Three Case Studies on Orientation in Space-time-identity*. Proefschrift KU Leuven.
- Vermeergen L., Van Hootegem G. & Benders J. (2017), A Comparison of working in small-scale and large-scale nursing homes: a systematic review of quantitative and qualitative evidence, *International Journal of Nursing Studies*, 27, pp. 59-70.
- Wouters K. (2016), *Flanders Synergy Inspireert*, maart 2016, pp 24-26.