

# GROOT & KLEIN

OLAF VAN DER HEIDE FRANK KODDEN

# IN LIJN

Een onderzoek naar strategie en  
bedrijfsvoering van kleinschalige  
zorg in grootschalige settings

# Groot en klein in lijn

Een onderzoek naar strategie en bedrijfsvoering  
van kleinschalige zorg in grootschalige settings

Een afstudeerscriptie in het kader van de MBA Health, een opleidingsprogramma van de Erasmus universiteit te Rotterdam.

Illustratie titelblad: Wecke Design

Olaf van der Heide

Frank Kodden

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Pagina</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Deel I, verantwoording en opzet van het onderzoek</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>1. Verantwoording en opzet van het onderzoek</b>	<b>16</b>
1.1. Inleiding	16
1.2. Doelstelling en probleemstelling	16
1.3. Onderzoeksopzet	18
1.4. Onderzoeksactiviteiten	18
1.4.1. Casestudies	19
1.4.2. Mondelinge enquête	19
1.4.3. Paneldiscussie/workshopsessie	20
1.5. Analyse van gegevens	20
<b>Deel II, literatuuronderzoek</b>	<b>21</b>
<b>2. De context van kleinschalige zorg</b>	<b>22</b>
2.1. Inleiding	22
2.2. Ontstaansgeschiedenis kleinschalige (woon)voorzieningen	22
2.3. Kernwaarden van kleinschalige zorg	24
2.4. Kenmerken van kleinschaligheid	25
2.5. Resumé	28
<b>3. Strategische analyse</b>	<b>29</b>
3.1. Inleiding	29
3.2. Ontwikkelingen in de omgeving	29
3.2.1. Ontwikkelingen in de macro omgeving	29
3.2.2. Ontwikkelingen marktwerking in de zorg	33
3.2.3. Ontwikkelingen in de bedrijfstak	38
3.3. Ambitie en verwachtingen	40
3.4. Resumé	43

<b>4. Strategische keuzen</b>	<b>44</b>
4.1. Inleiding	44
4.2. Creëren van een concurrentievoordeel	44
4.2.1. Kostenstrategie	45
4.2.2. Differentiatiestrategie	46
4.2.3. Focusstrategie	46
4.3. Bepalen van een scope	47
4.3.1. Marktverdieping	48
4.3.2. Marktontwikkeling	49
4.3.3. Productontwikkeling	49
4.3.4. Diversificatie	49
4.4. Kiezen van een ontwikkelrichting	50
4.4.1. Strategisch management	50
4.4.2. Strategisch ondernemen	50
4.4.3. Strategisch leiderschap	51
4.5. Resumé	51
<b>5. Strategische implementatie</b>	<b>52</b>
5.1. Inleiding	52
5.2. Organiseren	52
5.2.1. Structuur	52
5.2.2. Processen	53
5.3. Mogelijk maken	54
5.3.1. Bronnen en competenties	54
5.3.2. Mensen maken het werk	55
5.3.3. Informatievoorziening	57
5.3.4. Financiën	57
5.3.5. Technologie en huisvesting	59
5.4. Verandermanagement	59
5.4.1. Noodzaak tot verandering	60
5.4.2. Leidende coalitie vormen	60
5.4.3. Ontwikkeling visie en strategie	60
5.4.4. Veranderingsvisie delen en creëren van draagvlak	61
5.4.5. Korte termijn successen en doorzetten	61
5.4.6. Veranderingen verankeren in de organisatiecultuur	62
5.5. Resumé	62

<b>Deel III, bevindingen en terugkoppeling onderzoeksvragen</b>	<b>63</b>
<b>6. Resultaten en conclusies</b>	<b>64</b>
6.1. Strategische analyse	64
6.1.1. Ontwikkelingen in de omgeving	64
6.1.2. Ontwikkelingen marktwerking in de zorg	65
6.1.3. Ambitie en verwachtingen	67
6.2. Strategische keuzen	68
6.2.1. Proces van strategische beleidsontwikkeling	71
6.2.2. Bepalen van de scope	72
6.2.3. Kiezen van een ontwikkelrichting	73
6.3. Strategie implementatie	75
6.3.1. Organiseren	75
6.3.2. Mogelijk maken	76
6.3.3. Verandermanagement	79
<b>7. Slotbeschouwing en aanbevelingen</b>	<b>81</b>
7.1. Strategie nader beschouwd	81
7.2. Bedrijfsmatige keuzen nader beschouwd	84
7.3. Aanbevelingen	86
7.4. Tenslotte	88

## **Referenties en geraadpleegde literatuur**

### **Bijlagen:**

1. Vragenlijst
2. Lijst van geïnterviewden
3. Paneldiscussie/Workshop

## **VOORWOORD**

Soms genezen, verlichting bieden waar het kan, maar altijd troost bieden is het adagium van professionals die in de zorg werken. Ieder mens telt en mag er zijn, het is belangrijk om te laten weten dat de ander belangrijk is. Ook kwetsbare ouderen, fragiel soms, zijn belangrijk voor onze samenleving, hun inbreng moet op waarde worden geschat. Velen van hen hebben ons land opgebouwd tot wat het nu is en verdienen het om te blijven participeren in onze maatschappij en te ervaren dat ook zij erbij horen en mee kunnen doen. Iedereen is belangrijk!

Als je niet meer in staat bent om zelfstandig aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen en het lukt niet meer om thuis te blijven, dan bestaat de mogelijkheid om te kiezen uit een grote variëteit van wonen, welzijn en zorg. Dit onderzoek richt zich op de variant kleinschalig wonen onder het dak van een grootschalige instelling. Het is een variant waarin zorg, wonen en welzijn grootschalig wordt geregisseerd en kleinschalig georganiseerd. Niet de organisatie, maar de menselijke maat staat centraal.

Kleinschalige zorg in een grootschalige setting lijkt een mooi concept en de moeite waard om te verwezenlijken. Binnen het publieke domein van de langdurige zorg voor ouderen is het een rijdende trein, in volle vaart en niet meer te stoppen. Alle seinen lijken op groen te staan, maar waar zitten de keuzes in het ontwikkelspoor? Wat is er voor nodig om groot en klein duurzaam en toekomstbestendig met elkaar in lijn te brengen?

Dit onderzoek toont aan dat een uitgebreide en zorgvuldige voorbereiding wenselijk en noodzakelijk is om kleinschalige zorg in een grootschalige setting met succes te realiseren. De visie op kleinschaligheid consequent verbinden met de praktijk heeft tot gevolg dat expliciet keuzes gemaakt moeten worden. Dit vereist de bereidheid om buiten de gebaande paden te gaan en de 'klassieke ambtelijke uitvoeringsorganisatie' in te ruilen voor een ondernemende bedrijfscultuur waarin zowel gestuurd wordt op cliënttevredenheid als gestuurd wordt medewerkertevredenheid.

Het onderzoek vormt de afronding van een studie Master of Health Business Administration aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De totstandkoming van deze afstudeerscriptie is een proces geweest van hard en intensief samenwerken. Een proces met leerzame reflectiemomenten op de wijze waarop de besluitvorming en de invoering van de omslag van grootschalige naar kleinschalige zorg binnen de eigen werkorganisaties van de onderzoekers zich heeft voltrokken.

Onze dank gaat uit naar Martin Boekholdt, onze begeleider. Martin heeft ons gedurende de verschillende fasen van het onderzoek deskundig bijgestaan en ons op de juiste momenten nieuwe inhoudelijk impulsen gegeven. Zijn kritisch analytisch vermogen heeft ons herhaaldelijk weer met beide benen op de grond doen staan.

Een aantal vrienden en collega's is zo vriendelijk geweest andere versies te lezen, te kritiseren en ons in uiteenlopende mate aan te moedigen.

Een speciaal woord van dank zijn wij verschuldigd aan ons thuisfront. Onze echtgenotes en onze kinderen hebben ons de ruimte en de gelegenheid gegeven om de tijd en de energie te richten op de totstandkoming van deze scriptie. Het is dankzij hun flexibiliteit dat wij ons konden focussen op ons afstuderen. Janny en Karin: bedankt!

Tenslotte zijn wij alle respondenten en geïnterviewden bijzonder erkentelijk voor hun medewerking.

## **DEEL I**

### **VERANTWOORDING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK**

#### **INLEIDING**

In dit inleidende hoofdstuk wordt het decor van de studie geschetst. Het onderwerp van de studie wordt in dit hoofdstuk afgebakend tot de bestuurlijke overwegingen en bedrijfsmatige keuzen die gepaard gaan met de invoering van het concept van kleinschalige zorg onder het dak van een grotere instelling.

#### **1. VERANTWOORDING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK**

Door middel van de uiteenzetting van de vraagstelling en methode van onderzoek wordt in dit hoofdstuk verantwoording afgelegd over de gehanteerde onderzoeksmethode.



## **INLEIDING**

Kleinschalig wonen is volop in ontwikkeling. Zeker in de sector verpleging en verzorging, waar het nog een relatief nieuw concept is. Het enthousiasme is groot. Kleinschalig wonen wordt gezien als een goede ontwikkeling en zou volgens velen zelfs de norm moeten zijn, in ieder geval als het gaat om dementerende ouderen. Ook omwille van vermaatschappelijking, integratie en genormaliseerd wonen –belangrijke thema's in de (chronische) zorg– wordt vaak gekozen voor een kleinschalige setting. Politiek, overheidsinstanties, maatschappelijke belangenorganisaties, zorgaanbieders en zorgafnemers zijn het er over eens en onderschrijven het streven naar kleinschaligheid van harte.

Er zijn echter ook kritische geluiden. Kleinschaligheid moet geen doel op zich zijn. Het is hooguit een middel om de kwaliteit van leven te verbeteren. Verder lijkt het er sterk op dat kleinschalig wonen lang niet voor alle (dementerende) ouderen een geschikte optie is (Kiers, 2007). Omdat sprake kan zijn van sterk afwijkend en storend gedrag, maar ook omdat de individuele voorkeur van bewoners kan uitgaan naar een meer 'traditionele setting'; een woonvorm in de onmiddellijke nabijheid of onder het dak van een grotere instelling. Onder andere omdat mensen daar veiligheid, voorzieningen en sociale contacten verwachten te vinden. Dit alles pleit voor variatie in het aanbod en een gevarieerd bouwbeleid (Huijsman en Pol, 2007). De huidige prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen (Cbz, 2007) gaan ook uit van de mogelijkheid tot variatie.

In het actieplan Zorg voor ouderen, kwaliteit van bestaan (VWS, 2007) wordt kleinschalig wonen genoemd als één van de speerpunten. Jaarlijks moeten er 1.500 plaatsen bijkomen. Om kleinschalig wonen in de sector verpleging en verzorging verder te stimuleren en te vereenvoudigen is het bouwregime (ex WTZi) voor zwaar verblijf per 1 januari 2008 opgerekt van 12 naar 24 plaatsen op één postcode. Voor licht verblijf zal de grens van 25 naar 50 plaatsen verlegd worden. Een en ander vooruitlopend op het afschaffen van het bouwregime en de invoering van integrale tarieven (naar verwachting per 1 januari 2009). Verder pleit VWS voor het aanbrengen van keuzevariatie in het wonen van cliënten. Cliënten moeten ook de mogelijkheid blijven houden om in een intramuraal zorghuis te wonen als zij dat willen. Voor kleinschalige woonvormen geldt momenteel de NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen. Ook binnen de WTZi is het mogelijk kleinschalige woonvormen te realiseren.

## **Aanleiding van het onderzoek**

De (beleidsmatige) belangstelling voor kleinschalig wonen, de strategische overwegingen en de bedrijfsmatige keuzen die met de invoering van het zorginhoudelijk concept van kleinschalig wonen gepaard gaan, vormen de belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek. Hoewel kleinschalige zorg in de praktijk in diverse gebouwde varianten wordt gerealiseerd, richt het onderzoek zich op de overwegingen en de te maken keuzes in de bedrijfsvoering wanneer organisaties kiezen om het concept van traditioneel (lees: afdelingsgericht) georganiseerde verpleeghuiszorg te verlaten en te verruilen voor het concept van kleinschalig georganiseerde verpleeghuiszorg volgens de variant van kleinschalige zorg binnen een grootschalige setting (verder aangeduid met de afkorting KZGS).

Een interessante vraag met een directe relatie met de aanleiding van dit onderzoek, is welke inspanning een grootschalige setting moet leveren om de fysieke woonomgeving en de zorg zodanig in te richten dat de juiste sfeer en attitude worden bereikt. De vraag is des te interessanter omdat veel verpleeghuizen in een fase zitten van renovatie of nieuwbouw en de gebouwelijke metamorfose aangrijpen als hét moment en dé kans om het concept van kleinschalige zorg te gaan invoeren. Huijsman (2007) stelt echter dat de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg niet een kwestie is van het omzetten van een knop, maar om een overgangperiode vraagt. De startsituatie van instellingen (qua personeel, gebouwen, financiën en andere historisch gegroeide variabelen) verschillen sterk. Veel zorgaanbieders doen investeringen in nieuwe kleinschalige dienstverlening, maar hebben tegelijkertijd nog met de overblijfselen van de oude visies op zorg te maken.

## **Context en relevantie van het onderzoek**

De onderzoekers zijn beiden werkzaam in de sector verpleging en verzorging. Olaf van der Heide is werkzaam als controller bij de Zorggroep Groningen en Frank Kodden is werkzaam als bestuurssecretaris bij Zorgcombinatie Zwolle. De beide werkstichtingen hebben zowel in missie, visie, ontwikkelingsrichting als stichtingsomvang veel gemeenschappelijk. Eén van de overeenkomsten is, dat beide organisaties om zorginhoudelijke redenen het besluit hebben genomen om de nieuwbouwrealisatie van een grootschalige verpleeghuislocatie te combineren met de invoering van het concept van 'kleinschalige zorg' als alternatief voor het concept van grootschalige verpleeghuiszorg met afdelingen van 30 cliënten. Zowel in de Zorggroep Groningen als in de Zorgcombinatie Zwolle is in de bouwkundige uitwerking van de visie gekozen voor geclusterde woongroepen van 8 cliënten.

De omslag van grootschalige verpleeghuiszorg met afdelingen van 30 cliënten naar woongroepen van 8 cliënten heeft een geschiedenis.

Veel verpleeghuizen zijn ontstaan in de jaren 70. De verpleeghuizen uit die tijd waren in bouwkundig opzicht vormgegeven als ziekenhuizen: afdelingen met 30 bedden met meerbedsslaapkamers, 2, soms 3, huiskamers voor dagverblijf van 10 à 15 bewoners, centraal gepositioneerd sanitair voor gemeenschappelijk gebruik, en veel centrale voorzieningen. Het zorgmodel in die tijd was sterk medisch georiënteerd. Grootschaligheid was de norm. De centrale capaciteitsplanning, normering en beheersing werden door het College Bouw Zorginstellingen voorbereid op basis van respectievelijk behoefteramingen, kwaliteitseisen en door de overheid gestelde financiële kaders. Deze werkwijze leidde tot een grote eenvormigheid van de gebouwen. Een gevleugelde uitdrukking uit die tijd was de volgende: "Als je één Nederlands verpleeghuis hebt gezien, heb je ze allemaal gezien". Het bouwkundig concept werd wel enigszins aangepast aan een in kwantitatief opzicht steeds belangrijker wordende doelgroep: de ouderen met dementie. Een sprekend voorbeeld van een functionele aanpassing aan deze doelgroep was het zogenaamde dubbelcorridorsysteem met loopcircuit (Eefsting, 2007).

In navolging van ontwikkelingen in de psychiatrie en de verstandelijk gehandicapten sector werden in de jaren 80 in toenemende mate vraagtekens geplaatst bij het medisch model, dat de ruggengraat vormde van de "total institution", die het verpleeghuis was geworden. Niet langer werd de behandelfunctie maar de woon- en welzijnsfunctie als tweede centrale functie gezien naast de (ADL-) zorgfunctie. Ook de grootschaligheidsnorm werd ter discussie gesteld. Ouderen die in een verpleeghuis moesten worden opgenomen, moesten daarmee ook verhuizen van hun vertrouwde woonomgeving naar de grotere bevolkingskernen, waar de grote verpleeghuizen stevast waren gebouwd. Deconcentratie en spreiding werden een thema, waarbij een taai gevecht ontstond over de toegestane minimale schaalgrootte. Zelfstandige verpleeghuizen moesten aanvankelijk een capaciteit hebben van tenminste 150 bedden; later werd dit bijgesteld tot 90. Een capaciteit van 60, en later 30, bedden werd als minimum beschouwd voor een dependance, die wel altijd annex een verzorgingshuis moest worden gebouwd, op grond van exploitatieoverwegingen. Een soortgelijke verschuiving deed zich voor bij de minimumnorm voor verpleegunits in verzorgingshuizen. In deze discussie werden de overige uitgangspunten voor de klassieke verpleeghuisbouw niet fundamenteel ter discussie gesteld: qua vormgeving betrof het nog steeds klassieke verpleeghuisafdelingen, waarbij intussen overigens wel op basis van de privacydiscussie uiteindelijk alleen nog éénpersoonsslaapkamers de norm werden. Dat veranderde bij de opening van de "echte" eerste kleinschalige voorzieningen, waarvan de eerste (de Mussengang in Groningen) in 1986 in gebruik genomen werd (Eefsting, 2007).

Het enthousiasme om kleinschaligheid tot norm te verheffen is groot. Passende financiering als essentiële randvoorwaarde is echter bij velen een punt van zorg. Maar is dit terecht punt van zorg? Naar analogie van de ontwikkelingen in de verstandelijk gehandicapten sector lijkt het aannemelijk, dat kleinschalige zorg als volwaardig alternatief voor reguliere verpleeghuiszorg tot hogere kosten leidt. Staat deze aanname al op gespannen voet met de politieke eis van budgettaire neutraliteit, de ervaringen van de sector met de marktwerking tot dusverre duiden nu juist op een forse neerwaartse druk op de prijsvorming (Eefsting, 2007). Desalniettemin lijken deze ervaringen het veld niet te weerhouden om massaal te kiezen voor het concept van kleinschalige zorg en genormaliseerd wonen. Het concept wordt als leidend uitgangspunt genomen bij de uitwerking van nieuwe bouwinitiatieven in de sector.

Het spanningsveld tussen te behalen zorginhoudelijke voordelen van het concept enerzijds en de bedrijfseconomische betaalbaarheid van het concept binnen de huidige budgetkaders anderzijds, is hiermee geïntroduceerd.

Zorggroep Groningen en Zorgcombinatie Zwolle zien sinds de in gebruikname van hun beide nieuwbouwlocaties, tevens omslagpunt naar kleinschalige zorg, een kostentoeename in de exploitatie. In beide werkorganisaties zijn, voorafgaand aan de formele besluitvorming om het concept daadwerkelijk te gaan invoeren, de financiële consequenties doorgerekend en geanalyseerd. De conclusie van beide organisaties was dat de transitie kostenneutraal zou kunnen plaatsvinden. Met het inzicht van nu en terugkijkend naar het proces van besluitvorming toen, zijn de onderzoekers nieuwsgierig geraakt hoe het transitieproces van verschuivende zorgconcepten (van grootschalig georganiseerde zorg naar kleinschalig georganiseerde zorg) binnen de sector van verpleging en verzorging zich voltrekt. De indruk bestaat dat de sector, net als bij de organisaties waar de onderzoekers zelf werkzaam zijn, het concept om inhoudelijke redenen omarmt. De vraag is of de sector op het moment van besluitvorming voldoende inzicht heeft in de consequenties van die keuze voor de eigen bedrijfsvoering. Wordt kleinschaligheid als doel of als middel gezien? Wordt het concept verengd tot een hoofdzakelijk op te lossen huisvestingsvraagstuk? Is het waar, wat sommigen beweren, dat behaalde ideaaltypische successen van de koplopers door de navolgers in de sector gekopieerd worden, maar dat de navolgers minder goed in staat zijn om de inhoud en de uitgangspunten van de visie consequent en consistent te vertalen in bedrijfsprocessen en de cultuur van de organisatie?

De onderzoekers zijn nieuwsgierig geraakt naar het fenomeen van kleinschalige zorg in grootschalige verpleeghuizen en in het bijzonder de validiteit van de formele legitimatie achter het besluit om het concept van KZGS te gaan invoeren. Wordt er een strategisch keuzemenu doorlopen en zo ja, welk? Welke strategische overwegingen spelen een rol? Welke betekenis wordt gegeven aan het concept van kleinschalige zorg in termen van bedrijfsvoering? Welke bedrijfsmatige keuzen worden gemaakt? Wat drijft zorginstellingen überhaupt in hun ambitie om het concept van kleinschalige zorg te gaan invoeren? Hoe gaan bestuurders om met de zorgen rondom financiële betaalbaarheid en bedrijfseconomische consequenties? Zijn er verschillen waarneembaar in hoe de politiek, de maatschappij en de sector denken over de aanvaardbaarheid, geschiktheid en betaalbaarheid van het concept van kleinschalige zorg?

Kortom: voldoende vragen om nader onderzoek te doen. Hoewel door de bestuurders van Zorggroep Groningen en Zorgcombinatie Zwolle met belangstelling wordt uitgekeken naar de resultaten en bevindingen van het onderzoek, hebben de onderzoekers het vaste voornemen om de uitkomsten niet alleen voor de beide eigen organisaties te gebruiken. Het onderzoek is opgezet om aanbevelingen te kunnen doen met een grotere reikwijdte. Het onderzoek heeft de pretentie een bijdrage te leveren aan het objectiveren van de bestuurlijke overwegingen en de bedrijfsmatige keuzen die een rol spelen bij het besluit om het concept van KZGS duurzaam in te voeren als alternatief voor het concept van grootschalige verpleeghuiszorg met afdelingen van 30 cliënten. Het onderzoek heeft aldus de doelstelling om vanuit de inventarisatie van strategische overwegingen en bedrijfsmatige keuzen aanbevelingen te doen voor al die instellingen die bezig zijn met het maken van een omslag naar kleinschalige zorg.

Het rapport levert een bijdrage aan het objectiveren van een verondersteld spanningsveld tussen de zorginhoudelijke voordelen versus de bedrijfsmatige consequenties, c.q. financiële effecten van het concept van KZGS. Aan de doelstelling wordt inhoud gegeven door een conferentie te organiseren in het voorjaar van 2009. De doelgroep bestaat uit bestuurders, beleidsmakers en politici. Tijdens de conferentie zal de publicatie worden uitgereikt aan een VIP.

Het onderzoek heeft maatschappelijke relevantie voor zorgorganisaties, overheidsinstanties, beleidsmakers en politici die zich bezig houden met vraagstukken op het gebied van toekomstbestendige en maatschappelijk aanvaardbare zorgconcepten voor een in omvang steeds groter wordende groep ouderen in de samenleving, die is aangewezen op langdurige residentiële zorg.

## **Focus en afbakening van het onderzoek**

De vraag "welke strategische overwegingen en bedrijfsmatige keuzen gaan gepaard met de invoering van het concept van KZGS?" is gekozen tot centrale vraagstelling van het onderzoek. De focus van het onderzoek is gelegd op de strategische overwegingen en de keuzen die een organisatie maakt als resultaat van een intern doorlopen proces van het betekenis geven aan de visie en de uitgangspunten van kleinschalige zorg in de praktijk.

Het onderzoek wil een bijdrage leveren aan het uiteenzetten van de strategische overwegingen in termen van verdedigbare marktpositie, aansluitend op de markt vraag en onderscheidend vermogen. Vanuit welke strategische, organisatorische en inhoudelijke motieven wordt de transitie van grootschalige zorg naar kleinschalige zorg gelegitimeerd als geschikt, aanvaardbaar en acceptabel? Welke visie, zorgmodellen en doelgroepenbeleid liggen ten grondslag aan de variant van kleinschalige zorg onder het dak van een grotere instelling. Het onderzoek gaat niet specifiek in op de discussie die gaat over de vraag of kleinschaligheid uitsluitend vorm gegeven moet worden in de wijk, dan wel ook en daarnaast gerealiseerd kan worden in de onmiddellijke nabijheid of onder het dak van een grotere instelling. Wel gaat het onderzoek in op de vraag welke variatiemogelijkheden organisaties en beleidsmakers zien in de toepasbaarheid van het concept van kleinschalige zorg. In relatie met de variatiemogelijkheden richt het onderzoek zich op het proces van strategievorming en de implementatie, in het bijzonder hoe de uitgangspunten van de visie zijn vertaald in werkprocessen en de interne bedrijfsvoering.

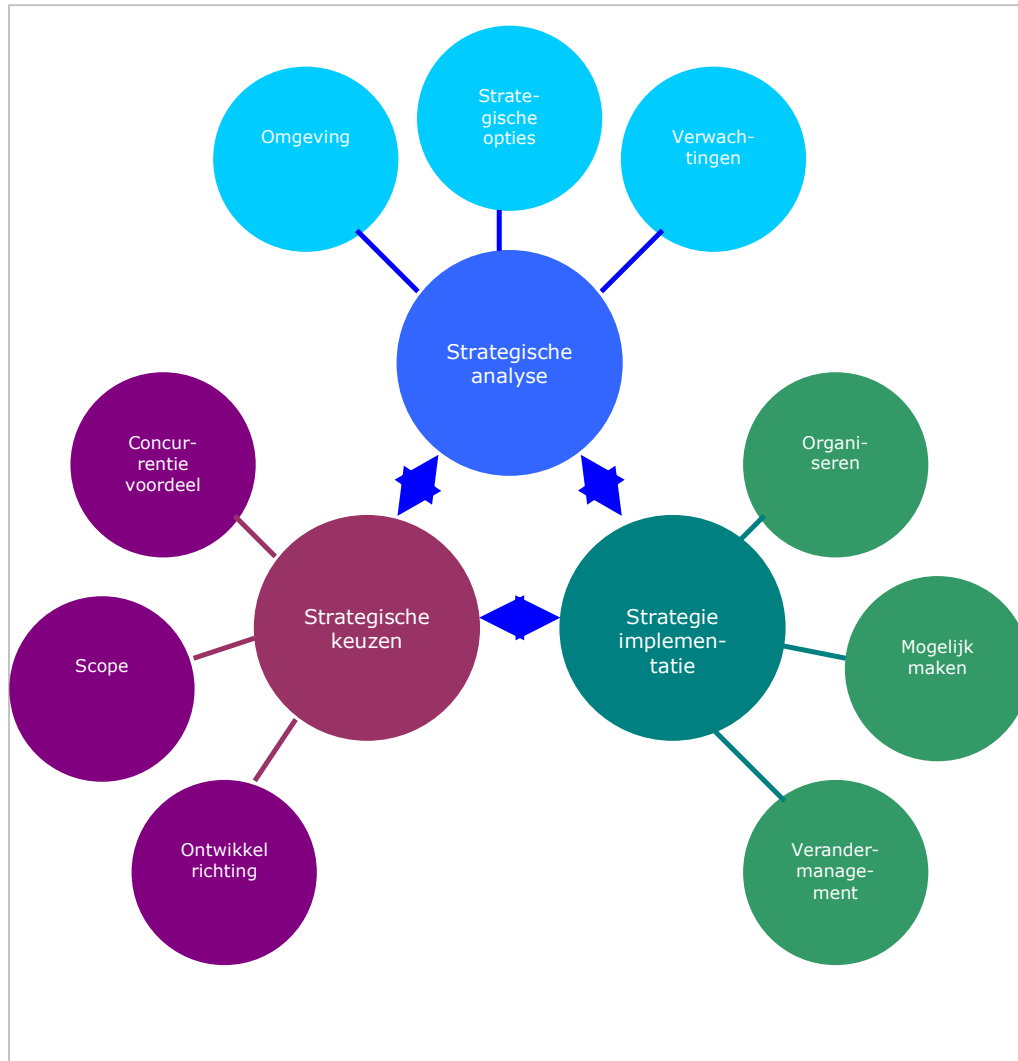
## **Conceptueel model**

Als conceptueel model voor de bestudering van de strategisch overwegingen en bedrijfsmatige keuzen bij de invoering van kleinschalige zorg volgens de variant KZGS, is gekozen voor het conceptueel model van Johnson & Scholes (2005)<sup>1</sup>. Dit model vormt de rode draad van deel III en is in figuur 1 weergegeven.

---

<sup>1</sup> A model of the elements of strategic management, uit Exploring Corporate Strategy van G. Johnson BA, PhD, K. Scholes, MA, PhD, DMS, CIMgt, FRSA, R. Whittington MA, MBA, PhD

Figuur 1: Conceptueel model onderzoek



### Opbouw en inhoud van de hoofdstukken

De rapportage is opgebouwd uit drie delen, die hier worden toegelicht via een korte typering van elk deel afzonderlijk.

Deel I heeft als titel 'verantwoording en opzet van het onderzoek'. In dit deel zijn de inleiding en het eerste hoofdstuk 'verantwoording en opzet van het onderzoek' uiteengezet.

'Literatuuronderzoek' is de titel van deel II. Dit deel is opgebouwd uit vier hoofdstukken, die samen de verslaglegging vormen van het literatuuronderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt de ontstaansgeschiedenis van het concept van kleinschalige zorg geplaatst in een cultureel historische context.

De hierop volgende hoofdstukken bouwen hierop voort, al wordt het accent nu verlegd naar de strategische analyse (hoofdstuk 3), de strategische betekenisgeving van het concept van kleinschalige zorg als optionele keuze voor de ontwikkelrichting van de organisatie (hoofdstuk 4) en de vertaalslag naar de praktijk (hoofdstuk 5).

Deel III 'bevindingen en terugkoppeling onderzoeksvragen' bestaat uit twee hoofdstukken. In dit deel wordt verslaglegging gedaan van het empirisch onderzoek. De resultaten van het empirisch onderzoek en de conclusies staan vermeld in hoofdstuk 6. Ook wordt in dit hoofdstuk in concluderende zin een terugkoppeling gemaakt met de centrale vraagstelling van het onderzoek.

De rapportage besluit met een slotbeschouwing en aanbevelingen (hoofdstuk 7).



## **1. VERANTWOORDING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK**

### **1.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk worden vraagstelling en methode van onderzoek uiteengezet. Vanuit de doelstelling van het onderzoek wordt een aantal sub-doelstellingen geformuleerd die tezamen een antwoord moeten geven op de probleemstelling. In de daarop volgende paragrafen zal de methode van onderzoek, alsmede de activiteiten ten grondslag liggend aan het onderzoek, worden toegelicht.

### **1.2. Doelstelling en probleemstelling**

Het onderzoek heeft de pretentie een bijdrage te leveren aan het objectiveren van een verondersteld spanningsveld tussen de zorginhoudelijke voordelen versus de bedrijfseconomische consequenties bij de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg. Het onderzoek heeft tot doel een brede bijdrage te kunnen leveren aan het vergroten van het inzicht in de hierbij behorende strategische overwegingen en bedrijfsmatige keuzen. De omslag van aanbod- naar vraagsturing en de introductie van marktwerking leggen daarop enige urgentie (Huijsman, 2007). Allereerst ligt er een belangrijke maatschappelijke opgave er voor te zorgen dat het juiste aanbod, dat effectief en doelmatig is, terechtkomt bij de juiste cliënt, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener. De marktwerking vraagt niet alleen een goed inzicht in de wensen en behoeften van (potentiële) cliënten, maar ook om maatschappelijk ondernemerschap en creëren van toegevoegde waarde door innovatie en het zoeken naar nieuwe vormen van dienstverlening (Boekholdt, 2007). Vervolgens moet de ondernemer daarvoor een zodanige organisatie, personeelsbeleid en bedrijfsvoering neerzetten, dat klantgericht, effectief en renderende zorg- en dienstverlening kan worden verzilverd in scherpe kostprijzen, adequate contractprijzen en enige marge om de continuïteit ook op lange termijn te kunnen garanderen.

Dit alles vergt dat de zorgaanbieder een zeer precies inzicht heeft in zijn kostenstructuur en bedrijfsvoering. Gezant Kennedie (2005) heeft echter duidelijk vastgesteld dat de verpleeghuissector nog niet zo ver is, mede door het ontbreken van een adequaat rekenschema om de kostenstructuur van verpleeghuizen adequaat en op vergelijkbare wijze in beeld te brengen. De aanleiding van het onderzoek is een veronderstelling dat de sector hierin nog stappen te zetten heeft. Als de bedrijfsvoering goed inzichtelijk is en adequaat wordt aangestuurd, is het ook makkelijker te voldoen aan de toenemende maatschappelijke druk op transparantie en verantwoording in het kader van de health care governance. Tenslotte is het voor een adequate contractrelatie met de zorgverzekeraar van essentieel belang dat zorgaanbieders de kostenstructuur van hun kleinschalig georganiseerde voorzieningen goed kennen en kunnen afzetten tegen de alternatieven.

Om aan de doelstelling te kunnen voldoen dient het onderzoek inzicht te geven in:

- de zorginhoudelijke invulling van het concept van kleinschalige zorg;
- de maatschappelijke en politieke context waarbinnen het concept van kleinschalige zorg gewaardeerd en beoordeeld wordt;
- de dominante strategische overwegingen bij de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg;
- de variëteit van bedrijfsmatige keuzen om het concept van kleinschalige zorg in de praktijk vorm en inhoud te geven, wat zijn de bedrijfseconomische consequenties en de bedrijfsmatige keuzen bij de variant van KZGS;

Als specifieke deelvragen voor het onderdeel **strategische analyse** zijn geformuleerd:

- Hoe komt het concept van KZGS op de strategische agenda van een organisatie?
- Welke strategische overwegingen zijn betrokken in de analyse?
- Wat zijn de verwachtingen van de maatschappij (en meer specifiek van stakeholders) van het concept van KZGS?

*(In paragraaf 6.1. zijn de antwoorden op de bovenstaande deelvragen geformuleerd.)*

Als specifieke deelvragen voor het onderdeel **strategische keuzen** zijn geformuleerd:

- Welke processtappen zijn gevolgd in de operationalisatie van de strategische agenda?
- Hoe wordt concurrentievoordeel gecreëerd om zo een voorsprong te behalen op anderen en zich te onderscheiden in de zorgmarkt?
- Welke keuzen worden gemaakt in de ontwikkelrichting door zorgaanbieders. Zijn er dominantie ontwikkelrichtingen te onderscheiden?

*(In paragraaf 6.2. zijn de antwoorden op de bovenstaande deelvragen geformuleerd.)*

Als specifieke deelvragen met betrekking tot het onderdeel **strategie implementatie** zijn geformuleerd:

- Wat betekent de invoering van het concept van kleinschalige zorg volgens de variant KZGS voor de organisatorische inrichting?
- Wat is er nodig aan bronnen en competenties om de implementatie van het concept KZGS met succes te verwezenlijken?
- Hoe kan de transitie naar het concept KZGS duurzaam plaatsvinden?
- Hoe universeel toepasbaar is het concept van kleinschalige zorg volgens de variant KZGS en daarmee het model van bedrijfsvoering voor verschillende doelgroepen?

*(In paragraaf 6.3. zijn de antwoorden op de bovenstaande deelvragen geformuleerd.)*

Bovenstaande deelvragen dienen een antwoord te geven op de volgende probleemstelling:

Op basis van welke strategisch overwegingen en bedrijfsmatige keuzen kan de transitie van grootschalig georganiseerde verpleeghuiszorg naar kleinschalig georganiseerde verpleeghuiszorg binnen de variant KZGS duurzaam totstandkomen?

### 1.3. Onderzoeksopzet

Het onderzoek wordt gevormd door deel II en deel III. Deel II bestaat uit vier hoofdstukken, waarin de verslaglegging van de literatuurstudie is opgenomen. In deel III is gebruik gemaakt van een drietal dataverzamelingmethoden. Naast de analyse en beoordeling van case-studies en databestanden van eerder verricht en gepubliceerd onderzoek, is gebruik gemaakt van een mondelinge enquête onder bestuurders, beleidsmakers en experts, die het fenomeen van kleinschalige zorg binnen de ouderenzorg al langer bestuderen. Als derde methode is een workshop geïnitieerd, waaraan sleutelfunctionarissen van de Zorggroep Groningen en de Zorgcombinatie Zwolle hebben deelgenomen. De workshop sessie is begeleid door een onafhankelijk adviseur van buiten beide organisaties. Het empirisch onderzoek is toetsend, verklarend en beschrijvend van aard.

<b>Onderzoeksmethode</b>	<b>Dataverzamelingmethoden</b>
Literatuur onderzoek <ul style="list-style-type: none"> <li>- beschrijving cultureel historische context en ontstaansgeschiedenis concept kleinschalige zorg</li> <li>- beschrijving strategische analyse en macro economische verkenning bekostiging gezondheidszorg</li> <li>- beschrijving strategisch keuzemenu van zorgorganisaties</li> </ul>	Literatuur onderzoek <ul style="list-style-type: none"> <li>- literatuur studie</li> <li>- idem</li> <li>- idem</li> </ul>
Empirisch onderzoek <ul style="list-style-type: none"> <li>- in kaart brengen van bestuurlijke overwegingen</li> <li>- in kaart brengen van bedrijfsmatige keuzen</li> <li>- identificeren van succes- en faalfactoren van kleinschalige zorg</li> </ul>	Empirisch onderzoek <ul style="list-style-type: none"> <li>- case-studie en mondelinge enquête (semi-gestructureerd interview)</li> <li>- idem en paneldiscussie/workshopsessie</li> <li>- case-studie en mondelinge enquête (semi-gestructureerd interview)</li> </ul>

### 1.4. Onderzoeksactiviteiten

Het onderzoek heeft plaatsgevonden tussen november 2007 en april 2008. De eerste twee maanden van het onderzoek hebben in het teken gestaan van het formuleren van een onderzoeksopzet en het verrichten van literatuurstudie. De verslaglegging heeft zich voltrokken vanaf januari 2008.

### 1.4.1. Case-studies

In totaal zijn vijf zorginstellingen geselecteerd en bezocht. De selectieprocedure van de cases heeft plaatsgevonden op basis van een aantal kenmerken: de zorginstelling beschikt over een erkende toelating voor verblijf met behandeling; de zorginstelling biedt huisvesting, verpleging, verzorging en behandeling voor de doelgroep categorie zwaar; de zorginstelling beschikt over ervaringsgegevens met betrekking tot de transitie om van afdelingsgericht werken naar kleinschalige zorg te gaan; de zorginstelling heeft tenminste op één locatie gekozen om de variant KZGS toe te passen.

Onderstaand een overzicht van de bestudeerde projecten.

Werkstichting	Vestigingsplaats	Locatie	Aantal woningen/groepsgrootte per woning
Zorgpalet Baarn-Soest	Baarn-Soest	Daelhoven	15 woningen/eenheden van 6 bewoners
IJsselheem	Kampen	Myosotis	20 woningen/eenheden van 6 à 7 bewoners
Laurens	Rotterdam	Hofstee	22 woningen/eenheden van 8 à 9 bewoners
Zorggroep Groningen	Groningen	Maartenshof	20 woningen/eenheden van 8 bewoners
Zorgcombinatie Zwolle	Zwolle	Zonnehuis	20 woningen/eenheden van 8 bewoners

De case-studies bij de vijf zorginstellingen bestonden uit een combinatie van interviews met raden van bestuur en documentenanalyse. De documentenanalyse heeft betrekking op het bestuderen van relevante en door de zorginstelling beschikbaar gestelde documenten met betrekking tot het gevolgde plan van aanpak om het transitieproces in gang te zetten en indicatieve gegevens over de bedrijfsvoering.

### 1.4.2. Mondelinge enquête

In totaal zijn negen interviews gehouden. Naast het afleggen van bezoeken aan en het afnemen van interviews met raden van bestuur van voornoemde zorginstellingen, zijn in het onderzoek ook gesprekken gevoerd met beleidsmakers en experts. De selectieprocedure voor de in het onderzoek betrokken respondenten is praktisch en op basis van beschikbaarheid en honorering van interviewaanvragen vormgegeven en ingevuld. Teneinde inzicht te verkrijgen in de politieke, de sectorale en de tot nog toe onderzochte empirische en sociale context van kleinschalige zorg binnen de sector van verpleeghuizen, hebben de onderzoekers gesteld dat tenminste de perspectieven van de politiek, de sector en de praktijk in de interviewronde vertegenwoordigd moesten zijn. Op basis van dit uitgangspunt is contact gezocht met vertegenwoordigers van VWS, Erasmus Universiteit, ActiZ/Aedes en met een gespecialiseerd bouwadviesbureau.

De interviews zijn door de onderzoekers zelf afgenomen met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. Bij ieder afgenomen interview waren telkens twee onderzoekers aanwezig. De vragen werden gesteld door beide onderzoekers. Beide onderzoekers maakten aantekeningen.

In de aanpak is gestreefd naar intersubjectieve kennisverwerving. De afzonderlijk gemaakte aantekeningen zijn na afloop van ieder interview met elkaar vergeleken, waarbij als vuistregel is gehanteerd dat gegeven antwoorden en interpretaties van gedane uitspraken pas voor waar gehouden kunnen worden indien dezelfde kennis ook verkregen is door de andere onderzoeker. Van ieder interview is een gespreksverslag gemaakt.

### **1.4.3. Paneldiscussie/workshopsessie**

De functie van de workshopsessie is tweeledig. In de eerste plaats zijn de informatie, verkregen uit het literatuuronderzoek, de case-studies en de mondelinge enquêtes door middel van de paneldiscussie geverifieerd. Daarnaast heeft de workshop een verkennende rol gespeeld. Er is inzicht vergaard in de bedrijfsmatige keuzen die gepaard gaan met de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg volgens de variant KZGS voor een gedifferentieerde doelgroep (grondslag somatiek en grondslag dementie).

### **1.5. Analyse van gegevens**

Bij de analyse van de gegevens is gebruik gemaakt van de kwalitatieve datamatrix van Bijlsma-Frankema en Droogleever Fortuijn (1997). Dit is een schema waarin per informatiebron (respondent, observatie) een thematisch geordend, zeer beknopt overzicht wordt gegeven van de essentie van de verzamelde informatie. Aangezien de verkregen data kwalitatief van aard zijn, is gezocht naar een methode om tot een methodologisch verantwoorde weergave van de resultaten van de dataverzameling te komen. Dit met als uiteindelijk doel om vanuit de ordening een antwoord te kunnen geven op de empirische deelvragen. Een groot voordeel van de kwalitatieve datamatrix is daarbij dat deze op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid kan bijdragen tot de verhoging van de kwaliteit van het onderzoek.

## **DEEL II**

### **LITERATUURONDERZOEK**

#### **2. DE CONTEXT VAN KLEINSCHALIGE ZORG**

In dit hoofdstuk wordt vanuit een inhoudelijke oriëntatie de ontstaansgeschiedenis van het concept van kleinschalige zorg verklaard en in de context gezet.

#### **3. STRATEGISCHE ANALYSE**

In dit hoofdstuk worden de strategische overwegingen in kaart gebracht en gerelateerd aan een analyse van de omgeving, de mogelijkheden en de verwachtingen die gepaard gaan met de invoering van het concept van KZGS.

#### **4. STRATEGISCHE KEUZEN**

In dit hoofdstuk worden de strategische opties van een organisatie in beeld gebracht en gerelateerd aan het besluit om de invoering van het concept van KZGS te kiezen als ontwikkelrichting van de organisatie.

#### **5. STRATEGISCHE IMPLEMENTATIE**

In dit hoofdstuk staat de implementatie centraal. Hoe wordt de invoering van het concept van KZGS in de praktijk mogelijk gemaakt en vormgegeven.

## **2. DE CONTEXT VAN KLEINSCHALIGE ZORG**

### **2.1. Inleiding**

Het onderwerp kleinschaligheid mag zich verheugen in een toenemende publieke en politieke belangstelling. VVD-Tweede Kamerlid Van Miltenburg gaf na een werkbezoek in 2005 aan de zorg in kleinschalige voorzieningen honderdduizend keer beter te vinden dan die in de reguliere verpleeghuizen. Volgens haar zou er in de Kamer een enorme drive aanwezig zijn kleinschaligheid te faciliteren, om er vervolgens op te laten volgen dat het uiteraard niet meer geld mocht gaan kosten. Opmerkelijk was het vrijwel uitblijven van een inhoudelijke reactie vanuit de sector; de uitspraken impliceren immers enerzijds een diskwalificatie van reguliere verpleeghuiszorg, en anderzijds buitensporig hoge verwachtingen van het alternatief (Eefsting, 2007).

Deze sectorale inertie dient geplaatst te worden in het kader van het sterk getaande wederzijds vertrouwen tussen de overheid en de V&V-sector. De sector is gewend geraakt aan de nagenoeg uitsluitend incidentgestuurde politieke belangstelling met veelal stapeling van repressieve maatregelen als gevolg; zij interpreteert deze in haar ogen irrationele acties vooral als een gevolg van de ongerijmdheid van het AWBZ-verzekeringstelsel met het macrobudgettair kader. Binnen deze interpretatie wordt overheidsbeleid met betrekking tot de WMO, marktwerking en facilitering van kleinschalige woonvoorzieningen vooral gezien als een vlucht voorwaarts ten einde meer fundamentele keuzes (als persoonsgebonden financiering) uit de weg te gaan (Eefsting, 2007).

De overheid wil met het stimuleren van marktwerking juist de doelmatigheid vergroten. Indien deze analyse valide is, zou men kunnen verwachten dat de sector de facilitering van kleinschalige woonvoorzieningen door de overheid met argwaan bekijkt en de hakken in het zand zet. Niets is echter minder waar. In het navolgende zal worden betoogd, dat de initiatieven om tot kleinschalige voorzieningen te komen juist vanuit de sector zelf afkomstig zijn en eerder inhaken op maatschappelijke trends als vermaatschappelijking van zorg en normalisatie, dan op facilitering door de overheid.

### **2.2. Ontstaansgeschiedenis kleinschalige (woon)voorzieningen**

De opkomst van het kleinschalig wonen is begonnen midden jaren 80 van de vorige eeuw (in 1986 opende het eerste project voor kleinschalig wonen voor dementerenden zijn deuren) en is een reactie op het medische model, als uitgangspunt voor de organisatie van de zorg. Vanuit de politiek en vanuit de sector zelf is de gang naar kleinschaligheid de afgelopen jaren versterkt in gang gezet, maar pas de afgelopen vijf jaar heeft de ontwikkeling naar het kleinschalig wonen voor mensen met dementie een grote vlucht genomen.

Desondanks bestonden er eind 2003 in Nederland nog slechts 57 projecten voor in totaal 1.346 mensen met dementie in een kleinschalige woonvorm tegenover 33.000 mensen met dementie in een verpleeghuis (Kenniscentrum Wonen – Zorg, 2003).

Medio 2006 waren er in Nederland circa 135 projecten voor bijna 3.000 bewoners. Hoewel steeds meer zorgaanbieders overtuigd zijn van de kwaliteiten van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie, groeit het kleinschalig wonen niet ten opzichte van de groei van de traditionele verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. 15% van de groei in 2002 betrof kleinschalige projecten, de overige 85% betrof grootschalig georganiseerde plaatsen (Wijnties, 2003). De ministeries van VWS en VROM hebben daarom een aantal initiatieven genomen om de realisatie van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie te stimuleren. In wettelijk opzicht is zorg in kleinschalige groepswoningen nu gelijk aan de traditionele verpleeghuiszorg. Kleinschalige zorg wordt veelal georganiseerd vanuit verpleeghuizen en verzorgingshuizen, maar er bestaan ook private initiatieven, die gefinancierd worden vanuit het Persoonsgebonden Budget. Daarbij heeft de Staatssecretaris van VWS een voorkeur voor kleinschalige zorg, geboden in zowel kleinschalige als grootschalige voorzieningen/gebouwen. In een brief aan de Voorzitter van de Tweede kamer (2005) wordt deze visie over kleinschaligheid en verpleeghuiszorg duidelijk door haar neergezet: *“Een belangrijk onderwerp is kleinschaligheid. Die term bestrijkt twee verschillende zaken: kleinschalige voorzieningen onder andere voor mensen met dementie en kleinschalige zorgverlening in traditionele verblijfsvoorzieningen. Beide zijn belangrijk. Kleinschalige voorzieningen dienen in mijn ogen met voorrang boven meer traditionele vormen van bouw gerealiseerd te worden, omdat cliënten daardoor meer te kiezen hebben en omdat die voorzieningen beter voldoen aan de vraag naar voorzieningen in de buurt. Kleinschalige zorgverlening moet recht doen aan de feitelijke situatie waarin bewoners van verpleeghuizen zich bevinden. Zowel het gebouw als de zorgverlening moeten daarom zo veel mogelijk een zelfstandige woonomgeving nabootsen. Dat betekent dat ook in grootschalige(r) voorzieningen de klant en waar mogelijk vraaggericht werken centraal staan, in eenheden die voor bewoners herkenbaar zijn, met zoveel mogelijk dezelfde zorgverleners. Aan beide vormen van kleinschaligheid (in wonen en zorgverlening) bestaat behoefte.”* (Ministerie van VWS, 2005).

In Nederland is het concept van kleinschaligheid in wonen en zorgverlening ontstaan vanuit de belevingsgerichte benadering van de warme zorg (Nouws, 2003). Het is ontstaan uit onvrede met bestaande voorzieningen en patronen en vormt voor een belangrijk deel een reactie op het traditionele aanbod waarin het medische model domineert. Kleinschaligheid legt het accent veel meer op de kwaliteit van leven (Nouws, 2003).



Kleinschaligheid is ook een reactie op het sterk gereguleerde aanbodmodel in de zorg zoals wij dat in Nederland kennen. Tegenover dit aanbodmodel heeft kleinschalig wonen meer oog voor de zorgvrager. Een belangrijk onderdeel van de kleinschaligheid is vraaggerichtheid. Niet alleen met betrekking tot de woonomgeving; eigen meubels, maar ook met betrekking tot de zorgverlening; opstaan, naar bed gaan en naar het toilet gaan wanneer de bewoner zelf wil, zelf invulling geven aan de dag. Kenmerkend voor een belevingsgerichte benadering is de bereidheid aansluiting te zoeken bij de beleving van de individuele dementerende (De Lange, 2004). Hierin wordt benadrukt dat mensen met dementie heel gevoelig zijn voor invloeden uit hun omgeving. Mensen met dementie hebben behoefte aan een warme, liefdevolle leefsituatie, aan communicatie, nabijheid en contact, en aan een op hun persoonlijkheid toegesneden omgang. Het fundament van kleinschaligheid ligt in het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan mensen met dementie in de laatste jaren van hun leven. Als mensen een deel van hun gezondheid, vertrouwde routines en referentiepunten kwijt raken, verliezen ze houvast. Die onzekerheid maakt mensen kwetsbaar en veroorzaakt stress. Mensen met dementie hebben voortdurend te maken met dergelijke transitie die hun leven ontwrichten en om aanpassing vragen (De Lange & van Staa, 2003). Daarom hebben juist deze mensen behoefte aan herkenning, vertrouwen en steun. Kleinschaligheid in de zorg voor mensen met dementie vergroot de overzichtelijkheid, bevordert de rust en maakt dat zorg op maat geboden kan worden, elementen die voor mensen met dementie van belang zijn om controle te houden op hun omgeving (Gezondheidsraad, 2002).

Een laatste invalshoek met betrekking tot de ontstaansgeschiedenis van kleinschaligheid betreft het kijken naar en het volgen van beproefde voorbeelden buiten de eigen sector (kleinschaligheid voor mensen met een verstandelijke handicap) en buiten de eigen landsgrenzen. Vooral de voorbeelden uit de Scandinavische landen (Denemarken en Zweden) hebben voor pleitbezorgers van kleinschaligheid in Nederland gediend als belangrijke inspiratiebron (Eefsting, 2007).

### **2.3. Kernwaarden van kleinschalige zorg**

Nouws (2003) heeft getracht de kern van kleinschaligheid in beeld te brengen en concludeert "dat een grote mate van consensus bestaat over de kernwaarden van kleinschaligheid: huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, eigen ervaringswereld, veilige en vertrouwde omgeving". Het wordt ook wel samengevat in het woord "genormaliseerd".

Dit geeft de kernwaarde aan van wat er bedoeld wordt: "normaal, zoals thuis, de vertrouwde omgeving". "Het fundament van kleinschaligheid ligt in het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan mensen met dementie in de laatste jaren van hun leven" (Nouws, 2003). Toch kwam Nouws (2003) ook met de conclusie dat kleinschaligheid een lastig begrip blijft: "We weten aan de ene kant perfect waarover we het hebben, maar slagen er toch niet in om scherpe grenzen te trekken en een duidelijke definitie van het begrip te geven." Problemen doemen op wanneer de kernwaarden concreet moeten worden gemaakt. Wat is nog een aanvaardbare groepsgrootte? Hoeveel groepswoningen mogen geclusterd zijn om nog te praten over kleinschaligheid? Moet het in de wijk liggen of mag het ook bij een zorginstelling gesitueerd zijn? Is het noodzakelijk om samen met de bewoners te koken? En boodschappen te doen?

Er zijn verschillende bouwkundige mogelijkheden, afhankelijk van de plaatselijke situatie. Voorzieningen kunnen 'stand alone', aanleunend of binnenshuis worden gerealiseerd. Idealiter bestaat een kleinschalige voorziening voor mensen met dementie uit een cluster van 4 tot 6 woningen, die onderling gemakkelijk toegankelijk zijn (voorkeur voor groepsgrootte van 6 bewoners per woning). In grote lijnen kunnen drie typen kleinschalige woningen worden onderscheiden (Huijsman, 2006).

#### *Begeleid wonen*

Deze woonprojecten, meestal tussen de 6 en 12 bewoners, zijn bedoeld voor ouderen met beginnende dementie en zonder familie in de buurt die op hen kan letten.

#### *Vervanging verpleeghuis*

Meestal tellen deze woonprojecten in één gebouw twee tot zes woningen met elk 6 bewoners. De bewoners hoeven idealiter niet meer te verhuizen naar het verpleeghuis, maar dit hangt af van de visie van het huis en de complexiteit van de zorgvraag.

#### *Kleinschalig wonen in een verpleeghuis*

Deze variant kleinschalige 'aparte' woningen is te vinden binnen de muren van een traditioneel verpleeg- of verzorgingshuis en wordt in het onderhavige onderzoek aangeduid als de variant KZGS.

## **2.4. Kenmerken van kleinschaligheid**

Er is grote overeenstemming over de kenmerken van kleinschalig wonen, zeker als het gaat om het kleinschalig wonen van mensen met dementie. Het Trimbos-Instituut/VUmc (2007) heeft deze kenmerken (kernwaarden) expliciet gemaakt.

*Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (in volgorde van belangrijkheid):*

- 1. een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft ('ergens thuis zijn, op je plek zijn, ook als het wat minder goed gaat, je mag blijven tot je doodgaat');*
- 2. er een gewoon huishouden gevoerd wordt ('er wordt in de woning gekookt, er kan bezoek worden ontvangen in de eigen kamer');*
- 3. de bewoner regie heeft over de inrichting van zijn dagelijkse leven ('vrijheid en keuzemogelijkheid, de bewoner kan opstaan, naar het toilet en naar bed gaan wanneer hij/zij dat wil; bewoner, familie en team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken');*
- 4. het personeel onderdeel van het huishouden is ('de zorg is geïntegreerd in het dagelijks leven in de sfeer van een normaal huishouden, er is een vast team, het team is in staat om een huiselijke sfeer te creëren');*
- 5. de bewoners met elkaar een groep vormen ('bewoners wonen en leven als een gezin en familie is altijd welkom om mee te eten, te overnachten en mee te helpen in de zorg');*
- 6. een kleinschalige woonvorm in het archetype huis is gevestigd ('gelijk aan een gewoon huis, in een woonwijk, met een voordeur, ingericht als een gewoon huis, als de inrichting van jezelf is').*

Opmerkelijk is dat de fysieke kenmerken van kleinschalig wonen (de vormgeving van de woonomgeving) van ondergeschikt belang blijken te zijn, of in ieder geval een lage prioriteit hebben (punt 6). Dit betekent dat een kleinschalige woonvorm niet per se een archetype huis hoeft te zijn (Te Boekhorst, e.a., 2007). Er kan ook sprake zijn van kleinschalige zorg als deze verleend wordt in kleine eenheden binnen een grootschalige setting. De mate van kleinschaligheid wordt namelijk vooral bepaald door de aard van de zorgverlening en de attitude van de medewerkers (Van IJperen, 2005).

Bovenstaande gaat over kleinschalig wonen als verbijzondering van kleinschaligheid. In de literatuur wordt deze term wisselend gebruikt met begrippen als kleinschalige zorgverlening en kleinschalig organiseren. De laatste twee begrippen zijn eveneens te zien als een verbijzondering van de overkoepelende term 'kleinschaligheid'.

Kleinschalige zorg(verlening) is integrale en vraaggerichte zorg. De zorg is afgestemd op de behoefte van de bewoners (hun leefritme en wensen) en is georganiseerd conform een huishouden: alle zorg, huishoudelijke activiteiten en ondersteuning gebeuren in de groep, als onderdeel van het dagelijks leven (Van IJperen, 2005).

De derde verbijzondering van kleinschaligheid houdt verband met het bestaan van een grote diversiteit in de vormgeving en de inrichting van projecten voor kleinschalig wonen (Huijsman, 2007). Er zijn verschillen in visie, uitgangspunten, omvang, budget, bouwkundige vertalingen en uitwerking van de organisatorische aspecten.

Zo zijn er bijvoorbeeld wooneenheden met 5 of 6 bewoners in een woonhuis in de wijk, maar ook kleine wooneenheden als onderdeel van een grotere setting zoals een verpleeghuis. Ook de groepsgrootte kan variëren.

Soms is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg, in andere projecten doet de verpleeghuisarts zijn ronde. Soms wordt radicaal gekozen voor een totale ontmanteling van alle facilitaire en civiele functies; anderen kiezen voor een ander concept van bedrijfsvoering.

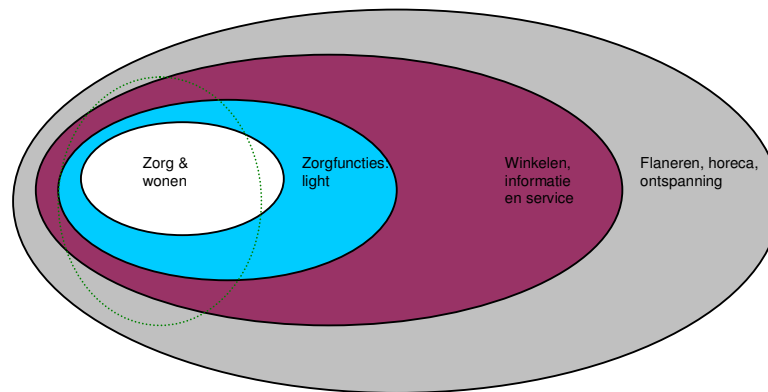
Van IJperen (2005) stelt dat het in principe geen verschil zou moeten uitmaken of een wooneenheid in een grootschalige setting (een clustering van meerdere van elkaar gescheiden kleine wooneenheden binnen één fysiek gebouw ondergebracht) of een wooneenheid op een 'stand alone' locatie in een wijk is ondergebracht. Voorwaarde is wel dat de setting zodanig is vormgegeven dat sprake is van de zes genoemde kernwaarden.

Het concept van KZGS biedt de mogelijkheid om voor verschillende doelgroepen verschillende diensten aan te bieden. Door de grootschalige setting kunnen functies als ontspannen, winkelen, deelnemen aan verenigingsleven worden gebundeld in een centrale voorziening in een woongebouw. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om een boulevard of een ontmoetingsplein te creëren. Hier ontstaat de mogelijkheid om zorggerelateerde-, wijkcentrum- en commerciële functies te combineren tot een levendig geheel. Deze functies opereren niet volledig onafhankelijk van elkaar, maar kunnen elkaar versterken en het onderlinge draagvlak vergroten. In feite is het hierdoor mogelijk om de samenleving naar binnen te halen en zo voor de omgeving een wijkcentrum te realiseren waar wat te beleven valt.

De gedachte achter de grootschalige setting is dat door het naar binnen halen van de samenleving, ook deelname aan de samenleving voor kwetsbare groepen mogelijk is. Door het bieden van een grootschalige setting kan bijvoorbeeld een centraal overdekt plein worden gecreëerd. Aan het plein of een overdekte straat kunnen verschillende openbare functies worden gehuisvest. Dieper in het gebouw zijn de straten naar de buurten waar cliënten wonen en zorg ontvangen gelegen. Hier is het mogelijk om ook gemeenschappelijke zorgfuncties te huisvesten. De straten zijn gekoppeld aan buurten, die ieder een eigen uitstraling hebben en passen bij bijvoorbeeld de leefstijl van groepen bewoners, met een loopcircuit zodat kan worden geoefend met lopen, of bewoners de mogelijkheid te geven om te kunnen rondlopen in een bepaalde zone. Nog dieper in het gebouw zijn de woningen gelegen. Iedere woning heeft een eigen voordeur.

Achter de voordeur vindt het zoveel mogelijk genormaliseerde 'gezinsleven' plaats in groepen van 6 – 8 bewoners. De grootschalige setting maakt het mogelijk om verschillende functies te integreren in een gebouw. In figuur 2<sup>2</sup> is dit schematisch in beeld gebracht.

*Figuur 2: Schematische weergave functies grootschalige setting*



## 2.5. Resumé

Er is grote overeenstemming over de kenmerken van kleinschalig wonen, zeker als het gaat om het kleinschalig wonen van mensen met dementie (Trimbos-Instituut/VUmc, 2007). Opmerkelijk is dat de fysieke kenmerken van kleinschalig wonen (de vormgeving van de woonomgeving) van ondergeschikt belang blijken te zijn (Trimbos instituut/VUmc, 2007). De mate van kleinschaligheid wordt namelijk vooral bepaald door de aard van de zorgverlening en de attitude van de medewerkers (Van IJperen 2005).

Er zijn verschillende manieren om naar kleinschaligheid te kijken. In dit onderzoek is gefocussed op het concept van kleinschalige zorg onder het dak van een grotere instelling; met andere woorden grootschalig regisseren, kleinschalig organiseren.

<sup>2</sup> Gebaseerd op de Studie Zorgboulevard Alphen aan den Rijn, van Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen. Opgenomen in zorgboulevards - Verkenningen in het zorglandschap van morgen, een initiatief van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg.

### **3. STRATEGISCHE ANALYSE**

#### **3.1 Inleiding**

De strategische overwegingen hebben betrekking op een analyse van de omgeving, de mogelijkheden en de verwachtingen rondom de invoering van het concept van KZGS. De maatschappij verwacht van zorgaanbieders een actieve participatie in de samenleving (paragraaf 3.2). Een samenleving waarin wonen, welzijn en zorg met elkaar zijn geïntegreerd en elkaar versterken. De omgeving van de zorgmarkt waarin de vraag en aanbod naar zorg samenkomen is dynamisch. Achtereenvolgens komen aan de orde de wijze waarop zorgaanbieders inspelen op de veranderende omgeving en de maatschappelijke ontwikkelingen. Het hoofdstuk besluit met ambities en verwachtingen van relevante actoren (paragraaf 3.3).

#### **3.2. Ontwikkelingen in de omgeving**

##### **3.2.1. Ontwikkelingen in de macro omgeving**

Succesvolle organisaties hebben een open blik op de omgeving. Vanuit de eigen kracht, die mede wordt gevormd door de missie en visie, zijn deze organisaties alert op wat er zich in de macro omgeving afspeelt. Kansen en mogelijkheden identificeren en vervolgens benutten vergroot de kans op succes.

Met behulp van de PEST-analyse (Johnson & Scholes, 2005) is het mogelijk om de omgevingsinvloeden te analyseren vanuit een viertal factoren te weten politieke, economische, sociaal culturele en technologische factoren. Deze factoren worden hierna verder toegelicht en uitgewerkt.

1. Politieke factoren, voorbeelden hiervan zijn: deregulering, structuur van de publieke sector en arbeidswetgeving.
2. Economische factoren, voorbeelden hiervan zijn: conjunctuur, groei economie en overheidsbegroting.
3. Sociaal culturele factoren, voorbeelden hiervan zijn: leefstijl en gezondheidsbewustzijn, opleidingsniveau, leeftijdsopbouw.
4. Technologische factoren, voorbeelden hiervan zijn: niveau en focus op innovatiekracht, inzet van domotica en ICT.

### *ad. 1 Politieke factoren*

De overheid heeft in de afgelopen 15 jaar geleidelijk aan toegewerkt naar meer marktwerking in de gezondheidszorg. Dit met het oogmerk de doelmatigheid en doeltreffendheid van de sector te verhogen. De politieke werkelijkheid is dat er nog voldoende optimisme is om dit te realiseren. Kortom er zal meer zorg geleverd moeten gaan worden voor hetzelfde geld. Dit is nodig omdat tot 2010 de kosten van de gezondheidszorg in Nederland met 16% sterk zullen stijgen (VWS, 2007). Dit komt doordat de vraag naar zorg in de komende jaren stijgt. Straks moet 22% van de beroepsbevolking werkzaam zijn in de zorg om aan deze stijgende vraag te kunnen voldoen. Zorgaanbieders moeten zich ervan bewust zijn dat de concurrentie op de arbeidsmarkt zal toenemen. Het personeelsbeleid van de zorgaanbieders zal hierop afgestemd moeten worden (SCP, 2006).

Er is een groei in de consumptie van zorg te verwachten, onder meer als gevolg van de vergrijzing. Voor de ouderenzorg is er sprake van een ontwikkeling dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen (SCP, 2006). Voor hetzelfde geld kunnen meer mensen worden geholpen met zorg thuis dan in een intramurale setting. Naarmate de zorgvraag zwaarder wordt en de vraag naar de complexe specialistische zorg stijgt is er een omslagpunt waarop het bieden van extramurale zorg niet langer opportuun is. Het bieden van KZGS is dan een logische vervolgstap.

Het ouderenbeleid wordt in toenemende mate gericht op de kwetsbare groepen in de samenleving. Het beleid is erop gericht dat ouderen soevereine en volwaardige burgers zijn die door de toegenomen levensverwachting langer kunnen meedoen in de samenleving. Te denken valt aan betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Toekomstige ouderen zijn hoger opgeleid en beschikken vaker over eigen vermogen en een goede inkomenspositie. Als de vraag naar zorg ontstaat of toeneemt wordt verwacht dat ouderen eerst de eigen hulpbronnen inzetten. Als dat niet mogelijk meer is kan een beroep worden gedaan op collectieve voorzieningen zoals de AWBZ (SCP, 2006).

### *ad. 2 Economische factoren*

De economische ontwikkelingen hebben geleid tot een toenemende welvaart in onze samenleving. De economie is in de afgelopen jaren geleidelijk gegroeid en trekt verder aan. Desalniettemin is er een limiet aan de beschikbaarheid van bronnen en moeten prioriteiten worden gesteld aan de besteding ervan. Vanuit internationaal perspectief bezien geven we in Nederland relatief veel geld uit aan gezondheidszorg. Het aandeel van de zorgkosten uitgedrukt in het bruto binnenlands product (bbp) ligt voor Nederland boven het EU-15 gemiddelde.

De totale begrote zorguitgaven voor 2007 binnen het budgettaire kader zorg bedroegen EUR 50 mld, in 2010 is dit EUR 58 mld, zoals aangegeven een stijging van 16% (VWS, 2007). Een dergelijke stijging heeft ingrijpende gevolgen voor de bedrijfstak, te denken valt aan een toenemende behoefte aan arbeidskrachten in de zorg. Eveneens zal de noodzaak om mantelzorg te intensiveren verder toenemen. Als gevolg van de toegenomen welvaart onder ouderen (SCP, 2006) bestaat de mogelijkheid dat er koopkrachtige vraag ontstaat zodat mensen voor aanvullende diensten zelf gaan (bij)betalen.

Vanwege de toenemende vergrijzing neemt de overheid maatregelen om de te verwachten stijging in de zorgconsumptie het hoofd te kunnen bieden. De modernisering van de AWBZ is hiervan een afgeleide. De recente ontwikkelingen zijn hierna kort weergegeven (NZa, 2007):

- In 1999 heeft het Ministerie van VWS met de nota 'Zicht op zorg' een begin gemaakt met de modernisering van de AWBZ. Centraal stond en staat het creëren van keuzemogelijkheden voor de cliënt. Er is beleid gerealiseerd waardoor de toetredingsdrempels tot de zorgverleningmarkt neerwaarts zijn bijgesteld. Hierdoor zijn nieuwe aanbieders op de markt gekomen en is de keuzevrijheid voor cliënten toegenomen.
- Vanaf 2003 zijn de aanspraken in de AWBZ geformuleerd in AWBZ brede functies. Door de aanspraken te definiëren in functies is het mogelijk om in de indicatiestelling, de bekostiging en de levering van de zorg meer invulling te geven aan het beleidsvoornemen om tot een scheiding van wonen en zorg te komen. Door de functiegerichte benadering kan meer bewust gekozen worden voor wel of geen indicatie voor de functie verblijf. Eveneens is het voor zorgaanbieders een handreiking om zich voor te bereiden op de functiegerichte bekostiging.
- Als gevolg van de voortdurende overschrijdingen van het macrobudgettaire kader heeft de staatssecretaris van VWS eind 2004 besloten tot regionaal afgeperkte budgetten, ook wel de contracteerruimte genoemd. Binnen vooraf bepaalde financiële kaders heeft het zorgkantoor de ruimte om met de zorgaanbieders in de regio productieafspraken te maken. De contracteerruimte vormt de begrenzing voor deze afspraken.
- In 2005 en 2006 is voor verblijfszorg een bekostigingssysteem ontwikkeld op basis van Zorgzwaartepakketten (hierna afgekort met ZZP's). Dit is een gestandaardiseerde bundel van functies en zorgklassen met een daarbij behorend tarief. Cliënten krijgen gebruikersgidsen waarin gedetailleerd is weergegeven welke rechten zij kunnen ontleen aan de CIZ-indicatie.



- Bijzonder is dat de hoeveelheid en samenstelling van de bundel tot in detail zijn uitgewerkt maar niet evidence based is, terwijl de hoeveelheidcomponenten in de bundel niet in overeenstemming zijn met de door de NZa vastgestelde indicatieve tarieven. De prestatiegerichte bekostiging op basis van ZZP's zal met ingang van 2009 van start gaan.

### *ad. 3 Sociaal culturele factoren*

In de komende decennia zal Nederland in hoog tempo vergrijzen en neemt de beroepsbevolking<sup>3</sup> af. Op 1 januari 2005 waren er 4,2 miljoen mensen van 55 jaar of ouder in Nederland. Naar verwachting zijn in 2035 bijna 6 miljoen mensen ouder dan 55 jaar, van wie bijna 4 miljoen 65-plussers. In 1970 telde Nederland 1,3 miljoen mensen van 65 jaar of ouder (SCP, 2006).

De toekomstige ouderen hebben andere behoeften dan de ouderen van nu. Gegeven de verwachte stijging van het opleidingsniveau van ouderen mag worden verwacht dat de oudere van de toekomst mondiger is en meer te besteden heeft.

Het opleidingsniveau werkt door in de zorgconsumptie. Een verband dat indirect via gezondheid en het inkomen kan worden gelegd. Een hoger opleidingsniveau heeft een remmende werking op de consumptie van zorg. Maar door de groei van het aantal ouderen zal de zorgconsumptie stijgen (SCP, 2006).

Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Het beleid van de overheid is hier ook op gericht. Zorgaanbieders spelen hierop in door mogelijkheden te bieden voor zelfstandig wonen, aangevuld met diensten en zorg. Er verblijven honderdzestigduizend mensen in een instelling, waarvan honderdduizend in een verzorgingshuis en zestigduizend in een verpleeghuis. De meerderheid van deze bewoners is ouder dan 55 jaar. Het aantal verzorgingshuisbewoners neemt af als gevolg van een toename van het aantal alternatieve woonvormen.

Er is een tekort in het aanbod van ouderenwoningen waar verzorging vanuit een steunpunt of woonvoorziening wordt geboden. Het overheidsbeleid is gericht op een inkrimping van het aantal zorginstellingen (door substitutie, extramuralisering of vermaatschappelijking van zorg (WMO)). In de komende jaren is de inzet dat veertigduizend verzorgingshuisplaatsen worden omgezet in alternatieve woonvormen (SCP, 2006).

---

<sup>3</sup> Beroepsbevolking bestaat uit mensen in de leeftijdscategorie tussen de 15 en 64 jaar.

De demografische ontwikkelingen hebben impact op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Op basis van de verwachte stijging van de zorgconsumptie zal de behoefte aan personeel in de zorg stijgen. Nu werkt 13,5% van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg. De verwachting is dat dit percentage in de komende twintig jaar moet groeien naar 22% om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen. Dit heeft tot gevolg dat in de komende jaren maar liefst eenderde van de schoolverlaters voor de zorg zal moeten kiezen. Het werken in de zorg zal aantrekkelijk gemaakt moeten worden voor de huidige en toekomstige medewerkers. De arbeidsmarkt zal in de komende jaren verder verkrappen als gevolg van de vergrijzing. Het is van belang dat het beleid erop is gericht dat er in de komende jaren voldoende gekwalificeerde mensen kiezen voor de zorg en dat zij op een goede manier het werk kunnen doen. Hiervoor is het nodig dat voldoende ondersteuning voor medewerkers beschikbaar is en dat gewerkt wordt aan bevordering van de deskundigheid. Professionals<sup>4</sup> moeten de verantwoordelijkheid, ruimte en respect krijgen die ze verdienen om zo het aanzien van het werken in de gezondheidszorg in het algemeen en in de ouderenzorg in het bijzonder te verhogen. Uit onderzoek blijkt immers duidelijk dat tevreden medewerkers die zich gewaardeerd voelen ook beter in staat zijn dat respect tot uiting te brengen naar de consument van zorg (SCP, 2006).

#### *ad. 4 Technologische ontwikkelingen*

Technologische ontwikkelingen op het gebied van ICT en domotica kunnen de arbeidsproductiviteit doen toenemen.

Door zorg-op-afstand oplossingen te benutten kunnen het comfort en de veiligheid van cliënten toenemen zonder dat hiervoor extra inzet van verzorgenden nodig is. Hierdoor wordt de inzet van verzorgenden gemaximaliseerd daar waar het echt nodig is. Door inzet van online verbindingen en automatisering kan er op afstand verzorging worden geboden. Voorbeelden van technische mogelijkheden zijn automatische kookduurbegrenzing, intercom met videocamera zodat cliënten kunnen zien wie er aanbelt en de deur op afstand geopend en gesloten kan worden, detectielussen in vloeren zodat loopcircuits ontstaan en dwalen door het gebouw wordt voorkomen.

### **3.2.2. Ontwikkelingen marktwerking in de zorg**

De introductie van marktwerking in de AWBZ heeft als doel om vraag en aanbod van zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Met het terugtrekken van de overheid heeft de oude bureaucratie plaatsgemaakt voor nieuwe bureaucratie, die gestoeld lijkt op wantrouwen tussen stakeholders.

---

<sup>4</sup> Met professionals worden bedoeld medici, paramedici en verzorgenden en verplegenden. De beroepsgroep verzorgenden en verpleegkundigen wordt in het kader van dit onderzoek gerangschikt onder uitvoerende medewerkers. Vanuit bedrijfskundige invalshoek is dit onderscheid van belang vanwege de ontwikkeling die de beroepsgroep medici en paramedici doormaakt.

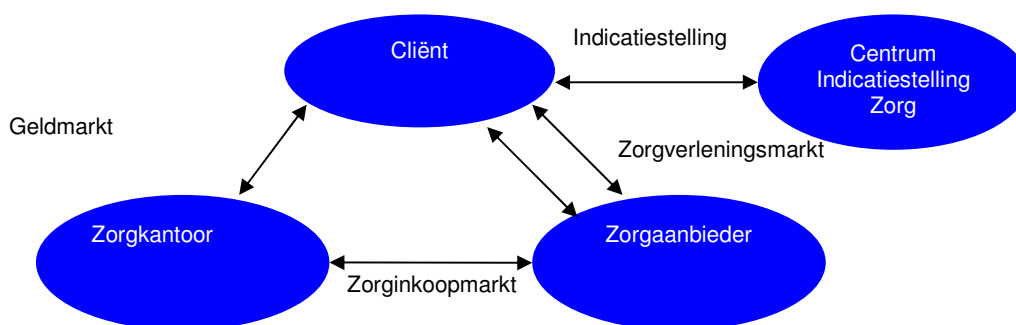
Te denken valt aan steeds hoger wordende eisen aan de zorg die worden gesteld aan zorgverleners door de Inspectie waardoor de papieren rompslomp alleen maar stijgt. De branche staat voor de opgave om beroepskrachten geïnspireerd te houden en bezig te laten zijn met het primaire proces, zonder de dreiging van te worden bedolven onder bureaucratie. Gebruik maken van technologische ontwikkelingen maakt dit mogelijk, zoals een effectieve inzet van ICT.

### Marktstructuur

De AWBZ is bedoeld om de onverzekerbare risico's te verzekeren. Alle langdurige zorg en zorg die niet op genezing is gericht zijn op dit moment ondergebracht in de AWBZ. De AWBZ is een volksverzekering. Alle inwoners van Nederland betalen AWBZ-premie. Onder bepaalde voorwaarden kan iedereen een beroep doen op de AWBZ, als voldaan is aan de gestelde voorwaarden is er een plicht tot levering. Binnen de AWBZ zijn op hoofdlijnen drie sectoren te onderkennen, waarvan de sector verpleging en verzorging (V&V) er één is.

De marktstructuur in de AWBZ bestaat uit drie verschillende deelmarkten, dit is op hoofdlijnen in figuur 3 weergegeven.

Figuur 3: Markten in de AWBZ zorg (NZa, 2007)



Als een cliënt AWBZ zorg nodig heeft is een ticket nodig om toegang tot deze zorg te verkrijgen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verstrekt dit ticket (indicatiebesluit) als de cliënt voldoet aan de voorwaarden. Het Zorgkantoor<sup>5</sup> heeft de verantwoordelijkheid dat de cliënt de geïndiceerde zorg ontvangt.

<sup>5</sup> Het Zorgkantoor is een publieke uitvoeringsorganisatie in de AWBZ. Per provincie is een Zorgkantoor actief. Zorgverzekeraars kunnen van het Ministerie van VWS een concessie verwerven om de functie van Zorgkantoor uit te oefenen. In het algemeen wordt de functie van Zorgkantoor uitgeoefend door een dominante zorgverzekeraar in de betreffende provincie.

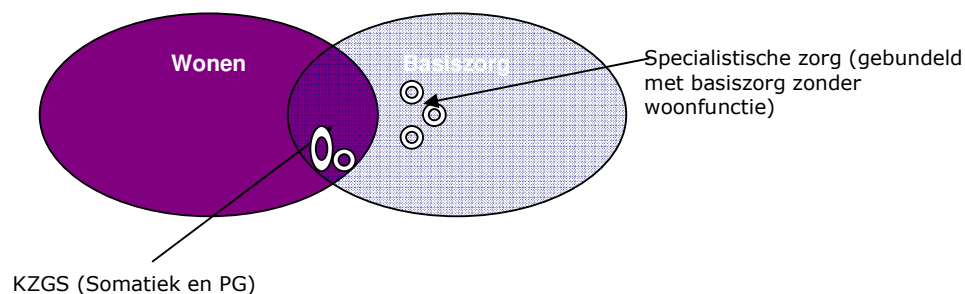
Het zorgkantoor contracteert de benodigde zorg bij zorgaanbieders. De cliënt kan de zorg afnemen bij een zorgaanbieder waarmee het zorgkantoor een contract heeft gesloten.

Het zorgkantoor speelt op twee van de drie deelmarkten een belangrijke rol. Ten eerste zal het zorgkantoor doelmatig en doeltreffend zorg inkopen bij zorgaanbieders (een en ander in lijn met richtlijnen van het CVZ). Ten tweede kan het zorgkantoor een rol spelen in de zorgbemiddeling tussen cliënt en zorgaanbieder. Dit is met name het geval als de cliënt geen voorkeur uitspreekt voor een specifieke zorgaanbieder. Dan zal het zorgkantoor de toegeleiding van de cliënt naar een zorgaanbieder verzorgen.

#### *Kleinschaligheid en regulering van de markt*

De zorgverleningmarkt binnen de context van KZGS wordt gekenmerkt door een drietal deelmarkten die als productmarkt gedefinieerd kunnen worden. In figuur 4 is dit inzichtelijk gemaakt.

*Figuur 4: Productmarkt in beeld*



De zorg voor mensen met dementie of somatische aandoeningen is complexer dan enkelvoudige vormen van zorg. Centraal in het KZGS concept staat de wens om aan ouderen zorg en comfort te bieden, passend bij de waardigheid van het mens zijn. Belangrijk is dat deze zorg vanuit intrinsieke bronnen van medewerkers en collectieve ambitie van de organisatie tot stand komt. KZGS biedt de mogelijkheid om een omgeving te creëren die het genormaliseerd en kleinschalig wonen zo dicht mogelijk benaderd, ondanks de complexiteit van zorgvragen en ondanks de variëteit en heterogeniteit van doelgroepen.

In economische termen is er sprake van een markt voor de bundel wonen in combinatie met basiszorg aangevuld met (complexe) multidisciplinaire zorg en aanvullende diensten.

In verschillende economische markten komen meer bundels voor die door de cliënt worden gepercipieerd als een dienst. De OPTA<sup>6</sup> heeft een aantal criteria gedefinieerd waaruit afgeleid kan worden of er sprake is van een bundel.

- De mate waarin de producten of diensten gezamenlijk worden aangeboden en afgenomen. Het bestaan van een markt voor een bundel is waarschijnlijker naarmate dit sterker het geval is.
- De mate waarin eindgebruikers de verschillende producten of diensten als bundel percipiëren. Ook hier geldt dat het bestaan van een markt voor een bundel waarschijnlijker is naarmate eindgebruikers de producten of diensten in sterkere mate als bundel percipiëren.
- De mate waarin de producten of diensten complementair, substitueerbaar of onafhankelijk van elkaar zijn. Als sterk complementaire goederen met elkaar in een bundel worden aangeboden, kan dit een argument zijn voor het bestaan van een markt voor de bundel.
- Het prijsverschil tussen de bundel en losse componenten. Als zulke prijsverschillen van dusdanige aard zijn dat de losse componenten in een groot aantal gevallen niet meer kunnen concurreren met een bundel van deze componenten, kan er sprake zijn van een markt voor de bundel.
- Een eventueel bestaande vaste verhouding waarin de componenten worden afgenomen. Het bestaan van een markt voor een bundel is waarschijnlijker als sprake is van een dergelijke vaste verhouding.
- Bij een zero-basebenadering is het van belang om deze criteria op basis van de fundamentele kenmerken van de betreffende producten te beoordelen. De bestaande situatie kan op basis van huidige of vroegere regelgeving een ander beeld geven.

Voor een aantal complexe vormen van zorg geldt dat deze niet goed kunnen worden aangeboden zonder gebouwen met specifieke voorzieningen. Door de bundel wonen en complexe zorg kunnen efficiëntievoordelen worden bereikt (SER, 2008).

#### *Systematiek van bekostiging*

De bundel KZGS wordt vanaf 2009 bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Er zijn tien verschillende ZZP's in de sector V & V (NZa, 2005).

---

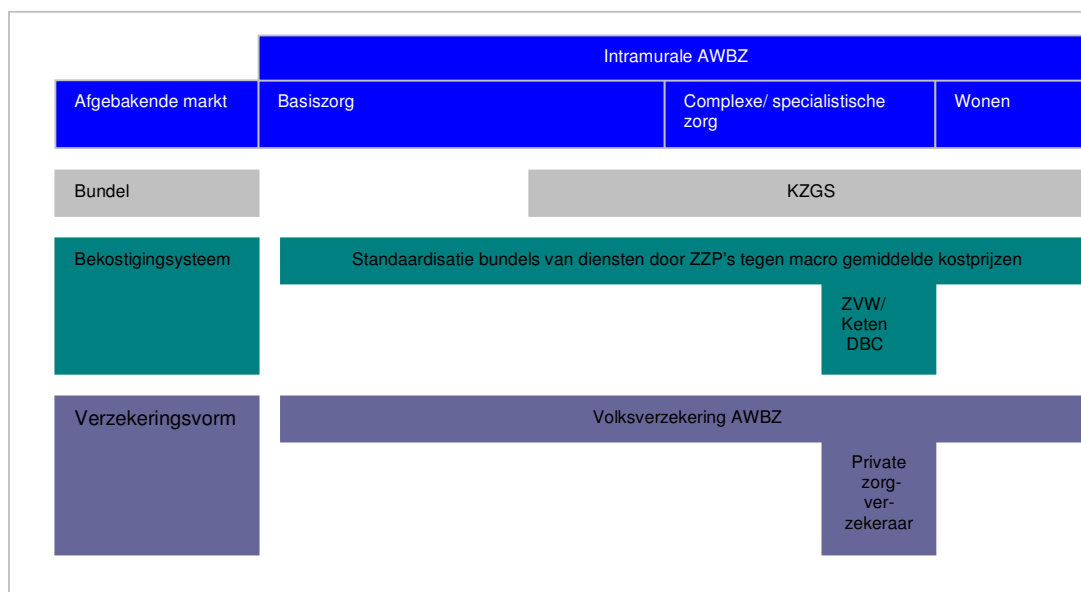
<sup>6</sup> De Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (acroniem Opta) is een onafhankelijke instantie, die toeziet op de naleving van de wet- en regelgeving op het gebied van telecommunicatie. De Opta valt onder het ministerie van Economische Zaken.

Per ZZP is een normatief tarief<sup>7</sup> door de NZa vastgesteld. De ZZP's dekken ongeveer 95% van de bestaande zorgvraag. Derhalve is 5% van de zorg niet te definiëren in termen van ZZP's. Voor dergelijke cliënten zal een toeslag extreme zorgzwaarte van toepassing zijn. Daarnaast is het mogelijk dat voor specifieke doelgroepen keten DBC's worden gevormd, te denken valt aan ziekenhuisverplaatste zorg.

Voor de ZZP tarieven zal op termijn een reguleringssysteem van maximum tarieven met maatstafconcurrentie<sup>8</sup> worden geïntroduceerd (NZa, 2007).

In figuur 5 is de deelmarkt KZGS weergegeven en de hierbij (per 2009) behorende markt en reguleringsmodellen.

*Figuur 5: Reguleringmodel deelmarkt*



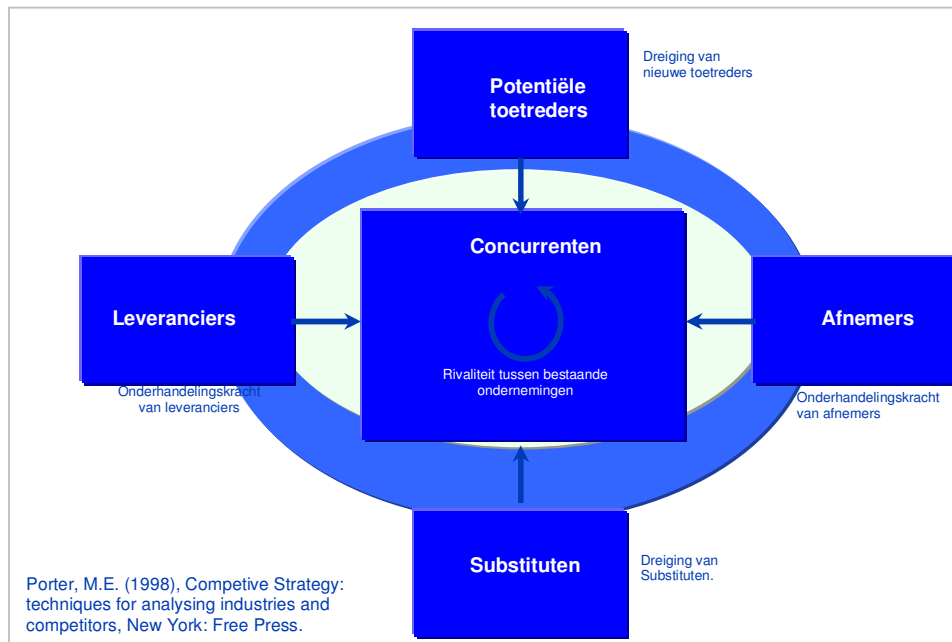
<sup>7</sup> De tarieven zijn door de NZa vastgesteld op basis van de kostprijs per ZZP exclusief kapitaalslasten. De kostprijs is gebaseerd op de gemiddelde kosten voor AWBZ verblijfszorg rekening houdend met het macro economisch beschikbare budget voor verblijfszorg. De NZa heeft de opdracht van VWS om de transitie naar ZZP's budgettair neutraal te laten verlopen.

<sup>8</sup> Maatstafconcurrentie is een vorm van gesimuleerde concurrentie waarbij de prestaties (prijs, kwaliteit) van verschillende aanbieders worden vergeleken. Een systeem van landelijke maximumtarieven, gebaseerd op de gemiddelde kosten per ZZP van alle zorgaanbieders is een vorm van maatstafconcurrentie. De maatstaf in dit systeem is voor alle aanbieders hetzelfde. De mogelijkheid bestaat dat als gevolg van de toenemende druk op het macrobudget voor zorg de maatstaf wordt gebaseerd op de beste van bijvoorbeeld 10% van de aanbieders. Daarom is het voor zorgaanbieders van belang om een effectieve kostenstrategie uit te voeren met als doel de kosten beneden het landelijk gemiddelde te houden. Vooruitlopend op de introductie van de maatstafconcurrentie kunnen zorgaanbieders deelnemen aan landelijke benchmarks om de eigen prestaties op dit punt te kunnen vergelijken.

### 3.2.3. Ontwikkelingen in de bedrijfstak

De algemene omgeving waarin zorgaanbieders opereren zijn in de vorige paragrafen toegelicht. De markt waarbinnen de bundel wonen en basiszorg aangevuld met complexe specialistische zorg wordt geboden kent ook een eigen dynamiek, die wordt geanalyseerd aan de hand van het vijfkrachten model van Porter zoals in figuur 6 is weergegeven.

Figuur 6: Vijfkrachten model van Porter



#### *Nieuwe toetreders*

In de afgelopen jaren zijn de toetredingsdrempels in de zorgverleningmarkt verlaagd met als gevolg dat nieuwe zorgaanbieders zich op de markt zijn gaan begeven. Deze toetreders kampen niet met de historisch gegroeide praktijken en benutten andere bedrijfsmatige keuzen dan de klassiek ingerichte zorgaanbieders. Op korte termijn blijkt een groot aantal van deze aanbieders succesvol te zijn in een effectieve kostenstrategie. Hierdoor zijn binnen de bestaande budgettaire kaders rendabele exploitaties te realiseren. Een concreet voorbeeld hiervan is de franchiseketen De Herbergier.

#### *Leveranciers*

Als belangrijke leveranciers kunnen de huisartsen, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het zorgkantoor, thuiszorg en de ziekenhuizen als toeleveranciers van zorgconsumenten worden geïdentificeerd. Voor de levering van de middelen is het zorgkantoor van belang. De marktmacht van deze partijen is aanzienlijk. Zorgaanbieders kunnen in principe uitsluitend een contract afsluiten met het zorgkantoor in de regio waarin de zorgaanbieder gevestigd is.

Het zorgkantoor beschikt daarom over een monopolistische inkooppositie. In de praktijk wordt de inkoopmacht van het zorgkantoor ingeperkt door in toenemende mate geconcentreerd zorgaanbod.

Weliswaar wordt door overheidsingrijpen getracht aanmerkelijke marktmacht te voorkomen, wat onverlet laat dat zorgaanbieders meer onderling samenwerken om de marktmacht van het zorgkantoor te beperken. Daarnaast heeft het zorgkantoor beperkte mogelijkheden om de cliënt naar bepaalde zorgaanbieders te geleiden. Voor het verkrijgen van voldoende gekwalificeerd personeel zijn goede contacten met scholen en andere relevante opleiders van belang. Uiteraard worden ook goederen en diensten ingekocht bij toeleveranciers om de zorg te kunnen leveren. Te denken valt aan de inkoop van duurzame productiemiddelen, voeding, energie, hotelmatige voorzieningen, etc. etc. De marktmacht van deze afnemers is relatief beperkt.

#### *Afnemers*

De afnemers van diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg bestaan uit de zorgconsument zelf en een dominante zorgverzekeraar die in een of meerdere regio's een concessie van VWS heeft verkregen om de functie van zorgkantoor uit te oefenen. De feitelijke macht van het zorgkantoor is nu nog beperkt, maar neemt snel toe. Feitelijk verdelen de zorgkantoren het landelijke AWBZ budget dat is opgedeeld in regiobudgetten of contracteerruimte genoemd. Door het maken van productieafspraken tussen zorgverlener en zorgkantoor wordt een deel van de contracteerruimte toegewezen aan de zorgverlener. In principe kiest de zorgconsument zelf voor de zorgverlener van voorkeur gegeven de bandbreedte van het indicatiebesluit (het toegangsbewijs tot AWBZ-zorg). Zodra de zorgconsument geen voorkeur heeft uitgesproken gaat het zorgkantoor de zorg bemiddelen. Hier heeft het zorgkantoor wel directe invloed op de keuze van de cliënt. Nu wordt de zorg door het zorgkantoor gelijkelijk gespreid over de zorgverleners in de regio. Als gevolg van de introductie van marktwerking zal dit systeem geleidelijk gaan plaatsmaken voor een systeem van 'preferred supplier'. Alleen als de zorgverlener de status van 'preferred supplier' heeft zorgt het zorgkantoor ervoor dat de klant naar deze zorgverlener wordt geleid.

#### *Vervangende diensten*

De zorginfrastructuur in de ouderenzorg is op hoofdlijnen te onderscheiden in:

- Geconcentreerde intramurale zorg (veelal zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis).
- Extramurale zorg binnen een straal van 1 km van een intramurale voorziening (aanleunwoning).
- Extramurale zorg buiten een straal van 1 km van een intramurale voorziening.



Voorbeelden van vervangende diensten zijn:

- **Mantelzorg / informele zorg**  
Familie, buren en vrienden zorgen ervoor dat de dagelijkse zorg wordt geboden. Alleen specialistische zorg wordt ingekocht bij een reguliere zorgverlener. Ook is er sprake van een ontwikkeling van dementie steunpunten. Deze steunpunten ondersteunen mantelzorgers en bieden dagactiviteiten aan voor ouderen en regelen flankerende voorzieningen bij de oudere thuis zoals bijvoorbeeld de maaltijdvoorziening en schoonmaak. Uit de ontwikkeling van het aantal afgegeven pgb budgetten is indirect af te leiden dat deze vorm van zorg stijgt.
- **Zorgcentrales**  
Technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat het steeds beter mogelijk is om op afstand de oudere te ondersteunen waardoor deze langer zelfstandig kan wonen en intramurale of extramurale zorg uitgesteld kan worden door bijvoorbeeld domotica, videoverbindingen (beeld-spraak). Een voorbeeld hiervan is het CamCare-project. Met CamCare kan bij de zorgconsument thuis via de eigen televisie visueel contact worden gemaakt met verpleegkundigen.
- **Ouderenconsultatiebureau**  
Er wordt door verschillende partijen gewerkt aan de ontwikkeling van het ouderenconsultatiebureau. De ontwikkeling van een dergelijk bureau kan tot gevolg hebben dat een beroep op extramurale zorg wordt uitgesteld.

#### *Onderlinge rivaliteit*

De onderlinge rivaliteit tussen bestaande zorgaanbieders neemt geleidelijk toe. De vraag naar zorg zal in de komende jaren stijgen, maar de budgetten zullen niet in hetzelfde tempo toenemen. Per saldo zal er minder budget per cliënt uit de AWBZ beschikbaar komen.

### **3.3. Ambitie en verwachtingen**

De omschakeling naar kleinschalig wonen als verschijningsvorm van de vermaatschappelijking van de zorg vergt een duidelijke visie in het verbinden van deze visie met de praktijk. De missie, visie en strategie geven richting aan waarop de energie van de organisatie gericht wordt en bepalen de gewenste basiswaarden van de organisatie. In deze paragraaf wordt aandacht gegeven aan de verwachtingen van relevante actoren.

De missie, visie en strategie van zorgaanbieders bepalen in belangrijke mate wat de meest constructieve cultuur is.

Bij het bepalen van de missie, visie en strategie is het van belang om de verwachtingen van stakeholders en verantwoordelijkheden ten opzichte van stakeholders te managen. Duurzaam succesvolle organisaties weten de basiswaarden te verbinden met het creëren van waarde voor stakeholders.

In de constructieve cultuur worden de waarden en normen verankerd en geconcretiseerd in de organisatie. Door in de organisatie concrete afspraken te maken over 'zo zijn onze manieren' en activiteiten te organiseren die eraan bijdragen dat deze normen en waarden worden verinnerlijkt kan deze verankering plaatsvinden. Het is dan ook mogelijk om sturing te geven aan medewerkers, bijvoorbeeld door te belonen waar sprake is van gewenst gedrag en bij te sturen waar sprake is van gedrag dat afwijkt van de gemaakte afspraken. Als gevolg hiervan ontstaat een ethisch kompas voor de organisatie als geheel. In figuur 7 is dit verband schematisch weergegeven.

*Figuur 7: Verband basiswaarden en waardecreatie voor stakeholders<sup>9</sup>*



### *De financiers*

De bekostiging van KZGS vindt plaats vanuit de AWBZ. Zorgaanbieders kunnen deze vorm van zorg in de praktijk alleen aanbieden als zij beschikken over een passende toelating in het kader van de WTZi. Met het verkrijgen van de toelating is er in beginsel een financiële dekking voor het KZGS. De investeringen die gemoeid zijn met het concept dienen te worden afgedekt door het aantrekken van kapitaal. Om dit mogelijk te maken is toegang tot de vermogensmarkt vereist. In het algemeen stellen vermogensverstrekkers eisen aan de zorgaanbieders met betrekking tot kwaliteit van het onderpand, het management, de bedrijfsvoering in relatie tot het risicoprofiel.

<sup>9</sup> Gebaseerd op: Total Performance Scorecard; een speurtocht naar zelfkennis en competentieontwikkeling van lerende organisaties (Scriptum Management, 2002).

### *Cliëntenorganisaties*

De Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) heeft als primaire taak de ondersteuning van de bij de LOC aangesloten cliëntenraden. Daarnaast is de LOC een serieuze gesprekspartner voor overheid, zorgkantoren en koepelorganisaties in de verpleging en verzorging. In 2005 heeft de LOC samen met Zorgverzekeraars Nederland een brief doen uitgaan aan de Vaste Commissie van de Tweede Kamer waarin zij duidelijk hun visie op de toekomst van de verpleeghuiszorg weergeven. Zo schrijven zij over kleinschaligheid: *“de komende jaren moeten we in Nederland de capaciteit voor chronische zorg voor mensen met dementie versterken. Voor zover deze mensen dagelijkse begeleiding en verzorging nodig hebben en alleen staan kennen we vooral klassieke vormen van verpleeghuiszorg. Met het oog op diversiteit van het aanbod, is het wenselijk naast deze vormen ook ruimte te bieden voor de ontwikkeling van kleinschalige zorg. Ofwel als kleinschalig wonen binnen de AWBZ, ofwel als woonclusters in de volkshuisvesting met integrale zorg uit de AWBZ.”*(LOC, 2005).

### *Brancheorganisaties*

Brancheorganisatie ActiZ is landelijk actief om de verpleeghuissector verder te profileren en stimuleert vanuit een intrinsieke motivatie innovatieve projecten, waaronder de ontwikkeling van nieuwe woonzorgconcepten. De werelden van wonen, zorg en welzijn raken elkaar steeds meer. Nieuwe concepten en samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders en corporaties zijn aan de orde van de dag. Op landelijk niveau hebben de brancheorganisaties van de verpleeghuiszorg (ActiZ) en volkshuisvesting (Aedes) hun kennis gebundeld. Zij hebben samen het “Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg” opgericht. Het centrum fungeert als hét informatiepunt voor kennis op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Aangesloten kennispartners zijn RIBW Alliantie en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

Bij de toekomstige ontwikkeling van verpleeghuiszorgvormen speelt het Kenniscentrum een belangrijke rol als adviesorgaan en expertisecentrum.

### *De landelijke overheid*

In de nota van het ministerie van VWS “Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing” (VWS, 2005) worden de basiswaarden ten aanzien van ouderen gedefinieerd. De belangrijkste is dat ouderen soevereine en volwaardige burgers zijn, ook als op enig moment belangrijke hulpbronnen voor een zelfstandig bestaan wegvallen. De daarvan afgeleide waarden hebben betrekking op gezondheid, bijdrage aan de samenleving, koopkracht, huisvesting, zorgafhankelijkheid en het levenseinde.

Het kabinet wil deze waarden versterken en legt daarbij de eigen verantwoordelijkheid op een zo laag mogelijk niveau in de samenleving, benadrukt het belang van meer maatwerk voor en een meer individueel gerichte benadering van ouderen, streeft naar een evenwichtige verdeling van de bijdragen van verschillende generaties en meer in het algemeen naar maatschappelijke samenhang.

Het beleid is er op gericht dat de zorg voor deze groep niet mag verslechteren doordat de vergrijzing grote druk legt op middelen en menskracht. Daarbij heeft de Staatssecretaris van VWS een voorkeur voor kleinschalige zorg, geboden in zowel kleinschalige als in grootschalige voorzieningen.

Het gebrek aan privacy in veel verpleeghuizen staat al jaren hoog op de politieke agenda. Desondanks heeft dat nog niet geleid tot het volledig wegwerken van de meerbedskamers. Het zal nog zeker tot 2010 duren eer de ingezette privacymaatregelen zijn geëffectueerd (VWS, 2007).

### **3.4. Resumé**

Uit de PEST-analyse blijkt dat de zorgconsumptie in de komende jaren zal stijgen als gevolg van de vergrijzing terwijl tegelijkertijd de beroepsbevolking afneemt. Er is onvoldoende geld om te voldoen aan de te verwachten stijging in de zorgconsumptie als het huidige beleid rondom de care ongewijzigd blijft. Als gevolg van de introductie van marktwerking ontstaat meer onzekerheid over de continuïteit van de inkomende geldstroom. Dit stimuleert de creativiteit bij zorgaanbieders om nieuwe wegen in te slaan, zodat aansluiting wordt gevonden bij de ambities en verwachtingen die vanuit de omgeving worden gesteld.

## **4. STRATEGISCHE KEUZEN**

### **4.1. Inleiding**

Een strategische analyse wordt uitgevoerd om de strategische keuze voor te bereiden. Het is vooral de strategische keuze die beslissend is voor de ontwikkeling en de toekomst van een zorgorganisatie. Het gaat om het maken van keuzes waarbij vele belangen spelen. Bij het proces van strategische keuze speelt een aantal elementen een rol, te weten (Johnson & Scholes, 2005):

- eigendomstructuur, strategische intenties, bereik en diversiteit;
- gewenst concurrentievoordeel;
- opties voor strategische ontwikkelingen;
- alternatieven voor strategieontwikkeling;
- vaststellen van de geschiktheid van de strategische keuzes;
- analyseren van het acceptatiegehalte van de strategische keuzes;
- analyseren van de uitvoerbaarheid van de strategische keuzes;
- selectie van mogelijke strategieën.

Bovenstaande elementen zijn weer te groeperen in drie hoofdelementen, te weten: (1) de brede basis voor de strategie (creëren van een concurrentievoordeel), (2) de richtingen van strategieontwikkeling (bepalen van een scope) en (3) de wijze van strategieontwikkeling (kiezen van een ontwikkelrichting). Deze worden in de nu volgende paragrafen uitgewerkt.

### **4.2. Creëren van een concurrentievoordeel**

Het strategisch keuzemenu van Porter (2006) kan worden gezien als een modieuze trend uit de laatste decennia van de vorige eeuw. En eigenlijk klopt dit ook, want welke organisatie binnen of buiten de sector V&V wil geen aanbod doen tegen aantrekkelijke kosten of zich onderscheidend "op de markt zetten"? Elke organisatie zal regelmatig nagaan of het aanbod nog steeds past bij de vragen uit de markt. Welke vragen en preferenties hebben klanten anno 2008? Wat wordt het beleid van de overheid en wat gaan de zorgfinanciers doen? En wat betekent dit alles voor het intramurale en extramurale aanbod aan zorg, dienstverlening en services?

Zoals betoogd in de twee voorgaande hoofdstukken, is de zorg voor ouderen in het publieke domein in de jaren 80 en 90 in een stroomversnelling geraakt. Strategische managers, die vroeger alleen op de winkel hoefden te passen, moeten zich nu vooral als ondernemer gaan gedragen.

Waar tien jaar geleden de aandacht van bestuurders zich kon beperken tot wat zich afspeelde binnen de muren van zorglocaties, wordt een bestuurder nu geacht om letterlijk en figuurlijk over die muren heen te kijken. In het algemeen zullen organisaties onder dergelijke dynamische omstandigheden proberen om zo goed mogelijk op de veranderingen in de omgeving in te spelen. Dat gebeurt vaak ad hoc, maar het kan ook meer systematisch en gestructureerd.

Het ontwikkelen van een heldere en doordachte strategische keuze uit de drie onderstaande generieke strategieën is de eerste en noodzakelijke stap in het proces van strategische beleidsontwikkeling. De keuze beïnvloedt ook de visie op de toekomst van de zorgorganisatie. Wat nu precies als eerste moet gebeuren, is eigenlijk minder belangrijk: het is een "kip en ei"- discussie. Wat wel belangrijk is, is dat er een strategische keuze wordt gemaakt en vervolgens beleid ontwikkeld wordt om deze keuze te gaan realiseren in de richting en de inrichting van de organisatie.

#### **4.2.1. Kostenstrategie**

Het hanteren van een kostenleiderschapstrategie vanuit de motivatie om de goedkoopste aanbieder te zijn of te willen worden in de markt, is voor veel zorgorganisaties binnen de V&V geen reële keuze, mede in relatie tot het opereren in een (nog) niet vrije markt en de onzekere financiële toekomst van de AWBZ. Echter, in een situatie waarin het zorgkantoor productieafspraken probeert te maken tegen (veel) lagere tarieven voor de zorgproducten dan de (thans als maximum geldende) NZa-normtarieven en derhalve enkel inzetten op productievolume, is de verleiding groot om, in concurrentie met andere aanbieders, te kiezen voor een kostenleiderschapstrategie en in de onderhandeling met het zorgkantoor een zo hoog mogelijke productie voor een zo laag mogelijke prijs per eenheid zorgproduct af te spreken. Dat laatste is onvermijdelijk om die gewenste hoge zorgproductie ook daadwerkelijk binnen te halen. Een tegenargument wat maakt dat zorgorganisaties doorgaans terughoudend zijn om deze strategie toe te passen, is dat het mes van de neerwaartse prijs- en volumedruk in combinatie met de WTZi aan twee kanten snijdt: niet alleen betekent een lagere dan de maximale productieafpraak minder opbrengsten ter dekking van de variabele kosten (die, zij het op termijn en dus met verlies, te compenseren zijn), maar ook een te lage dekking van de kapitaalslasten, welke historisch bepaald en niet te beïnvloeden zijn. De wijzigingen ten aanzien van de vergoeding van kapitaalslasten zijn mede van invloed op te maken keuzen in de kostenstrategie. Aangezien kapitaalslasten tussen de 10% – 14% van de kostprijs uitmaken is het zinvol om bij renovatie en nieuwbouw de kosten van het gebouw gedurende de totale levensduur in beschouwing te nemen (NZa, 2006).

Dit vraagt van zorgorganisaties om met een brede blik te kijken naar alle investeringen in het gebouw, de management-, operationele- en onderhoudskosten.

#### **4.2.2. Differentiatiestrategie**

In hoofdstuk 3 zijn maatschappelijke, politieke en economische actoren en factoren benoemd, waardoor de wereld in het algemeen en die van de sector V&V in het bijzonder zo turbulent is geworden. Binnen deze omgevingscontext trachten organisaties hun differentiatiestrategie te voeren middels het organiseren van individuele zorgarrangementen op maat en op afroep voor klanten.

Zorg op maat is begin 80-er jaren van de 20<sup>e</sup> eeuw geïntroduceerd en heeft sindsdien ook in de sector V&V furore gemaakt. Waarschijnlijk is er in de hele bedrijfstak geen organisatie te vinden die dit imago niet ambieert. Hoewel de vertaling van de term naar de praktijk van alledag niet altijd even gemakkelijk blijkt te zijn, is "zorg op maat" een begrip geworden dat ergens voor staat, namelijk voor een andere manier van denken. Het aanbod in de sector V&V was decennia lang te typeren als "één aanbod voor iedereen", nu is de trend te typeren als "voor iedereen een ander aanbod". Deze trend heeft echter (nog) niet geleid tot een beter imago van de sector V&V. Differentiatiestrategieën op basis van variaties in wonen en zorg worden steeds talrijker. De bundel wonen en zorg wordt steeds vaker in wisselende combinaties aangeboden voor zowel de doelgroep psychogeriatricie als de doelgroep somatiek. Het concept van kleinschalig wonen wordt vooral geschikt geacht voor mensen met (een vergevorderd stadium van) dementie. De vraag die echter gesteld kan worden is of de invoering van het concept momenteel niet te universeel wordt toegepast voor alle mensen met dementie.

Binnen de differentiatiestrategie speelt de vraag of het onderscheiden op corebusiness en corecompetence voldoende is in een markt met een grote mate van homogeniteit in (AWBZ-)functie in combinatie met het bieden van een bundel zorg en wonen aan een heterogene doelgroep. Onroerend goed kan in kwaliteit (privacy, m<sup>2</sup>, locatie, aanwezige voorzieningen en architectuur) een essentiële bijdrage leveren aan de differentiatiestrategie.

#### **4.2.3. Focusstrategie**

Focusstrategie betreft de bandbreedte van de activiteiten. Marktpositieverbetering en vergroten van het onderscheidend vermogen op basis van de ontwikkeling van specifieke product / marktcombinaties (PMC's) zijn drijfveren achter de focusstrategie.

Marktsegmentering en doelgroepenkeuzen enerzijds en categorale dan wel (boven) regionale markten anderzijds zijn de keuzevraagstukken binnen de focusstrategie.

De focusstrategie kan ook gekozen worden uit idealisme.

Een organisatie zoekt in dat geval voor maatschappelijke oplossingen voor specifieke doelgroepen op een schaal, die daarbij past (kleinschalig wonen voor dementerenden, ADL-clusters, woonzorgcomplexen). Een heldere visie vormt de leidraad om beslissingen te nemen over vraagstukken op zowel strategisch als operationeel niveau. Een visie dient als een kompas.

### 4.3. Bepalen van een scope

Als een zorginstelling voor een pro-actieve marktbenadering kiest, kan de strategisch manager aan de hand van de Ansoff-matrix (in figuur 8 weergegeven) kan worden gekozen uit een viertal verschillende groeistrategieën.

Figuur 8: Ansoff-matrix



Dat kan doelzoekend of doelgericht gebeuren (Nies, 1994). Doelzoekende methodieken worden gebruikt wanneer een organisatie alle denkbare opties wil onderzoeken. Doelgerichte methodieken zijn zinvol wanneer de corebusiness, de activiteiten en functies waar het werkelijk om draait, vastliggen (Meijer, 1990). In dat geval zijn de doelstellingen van de groeistrategieën op voorhand gegeven. Het voordeel van een doelgerichte benadering is, dat het een duidelijke richting biedt aan de toekomstige positie van de zorginstelling.

De doelzoekende variant gaat als het ware uit van het principe "alles moet kunnen". Gezien de dynamiek van de sector V&V, de beleidsontwikkelingen van de laatste jaren en de economische situatie, ligt het voor de hand om de meer open-doelzoekende variant te kiezen, waarmee breed naar mogelijkheden voor vernieuwing kan worden gezocht.



De Ansoff-matrix gaat uit van de doelzoekende variant. Welke van de vier richtingen (marktverdieping, marktontwikkeling, productontwikkeling of diversificatie) het beste past, is voor een belangrijk deel afhankelijk van de visie op dienstverlening binnen en buiten het domein van de AWBZ gefinancierde kaders. Maar ook de organisatiecontext speelt bij dergelijke beslissingen een belangrijke rol. Wanneer een zorgaanbieder eenmaal een groeistrategie heeft gekozen, kunnen vragen over de inrichting van de organisatie opdoemen.

#### **4.3.1. Marktverdieping**

Marktverdieping ligt in de lijn met de focus- en de differentiatiestrategie. Bij marktverdieping gaat het om interne aanpassingen die onder meer de positie en het imago van de zorgaanbieder verbeteren. Dergelijke vernieuwingen behoeven naar verhouding slechts eenvoudige structuuraanpassingen en kunnen vaak in eigen beheer worden uitgevoerd.

De strategie van marktverdieping stelt geen uitzonderlijk hoge eisen aan eventuele samenwerking. De dienstverlening en de doelgroep zijn in principe bekend; het gaat vooral om verbeteringen van het bestaande aanbod. De veranderingen vereisen uiteraard van het strategische management wel een kritische kijk op de eigen organisatie en enige creativiteit in het ontwikkelen van verbeteringen. Van het personeel wordt wellicht meer kwaliteitsbewustzijn verwacht evenals enige flexibiliteit in het realiseren van de beoogde ontwikkelingen.

De ontwikkelrichting vertoont grote overeenkomsten met de omslag van grootschalige naar kleinschalige zorg binnen de variant KZGS. Bestaande diensten (wonen en zorg) worden verbeterd met nieuwe competenties. Medewerkers worden geschoold om op een meer gelijkwaardige wijze, in gezamenlijkheid met de klant een vraaggericht en servicegericht aanbod te leveren, waarbij de autonomie gerespecteerd blijft.

Dit vraagt andere vaardigheden en een andere attitude van medewerkers.

Marktverdieping kan een organisatie bereiken door het doorlopen van een intern veranderingstraject. De ontwikkelrichting van marktverdieping leent zich ook goed voor samenwerking met derden op beheersmatig terrein. Hierbij kan worden gedacht aan samenwerking waarbij organisaties op het terrein van bepaalde activiteiten (P&O, financiën, bewaking, schoonmaak, onderhoud, maaltijdvoorziening etc.) nauw samenwerken. Deze vorm van samenwerking is ook bij de drie andere ontwikkelrichtingen mogelijk.

### **4.3.2. Marktontwikkeling**

Marktontwikkeling ligt in de lijn met de focus- en differentiatiestrategie. Kenmerkend voor marktontwikkeling is het leveren van bestaande vormen van zorg- en dienstverlening aan nieuwe doelgroepen. Er vindt dus een differentiatie naar doelgroepen plaats. Wanneer de zorg- en dienstverlening aan deze nieuwe doelgroepen plaatsvindt vanuit het bestaande personeelsbestand vereist dat wel enige flexibiliteit, in die zin dat het betrokken personeel bereid moet zijn om nieuwe kennis, inzichten en vaardigheden aan te leren. De sector V&V heeft met deze eisen kennisgemaakt door extramuralisering en scheiden van wonen en zorg, waarbij zorg thuis een andere markt bleek te zijn. Maar ook psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten zijn tot de nieuwe doelgroepen van de sector V&V (gaan) behoren. Nieuwe doelgroepen impliceren naast samenwerking met andere zorgaanbieders ook vaak samenwerking met woningcorporaties (kleinschalig wonen, groepswonen, geordend naar culturen en leefstijlen) binnen een woonzorgzone van een locatie.

### **4.3.3. Productontwikkeling**

Productontwikkeling kan in lijn liggen met de drie generieke strategieën, waarbij de focusstrategie voor de hand ligt. Productontwikkeling vereist de nodige inzet van bestuurders. Er is weliswaar sprake van een doelgroep waarmee de nodige ervaring bestaat, maar het leveren van andere vormen van zorg- en dienstverlening vereist ook andere kennis en positionering. Die kan de zorgaanbieder natuurlijk inhuren, maar vaak zal een meer intensieve samenwerking met andere zorgaanbieders en opleidingsinstituten nodig of wenselijk zijn.

### **4.3.4. Diversificatie**

Diversificatie kan eveneens in lijn liggen met de drie generieke strategieën. Diversificatie impliceert de ontwikkeling van nieuwe diensten voor nieuwe doelgroepen. Het is duidelijk de ontwikkelrichting, die de meeste en meest ingrijpende samenwerkingsverbanden kent met de meeste partners.

De samenwerkingsrelaties worden meestal opgebouwd rondom het specifieke wenspakket van klanten: klantgerichte en ondernemende samenwerking. Als ontwikkeling is deze richting een betrekkelijk onzekere, hetgeen wellicht de verklaring is waarom deze richting nauwelijks voorkomt in de sector V&V. Zorginstellingen komen met nieuwe dienstendoelgroepencombinaties in aanraking door (onder-)verhuur van bedrijfsruimten, waarin (commerciële) dienstverleners hun diensten aanbieden (kinderopvang, paramedische zorg, kapper, pedicure).

#### **4.4. Kiezen van een ontwikkelrichting**

De wijze waarop organisaties in het publieke domein met een veranderende context moeten omgaan, wordt in sommige publicaties in algemene termen benoemd: oriëntatie op cliëntenwensen, proactiviteit, ondernemerschap en gerichtheid op vernieuwing (De Waal e.a., 1994). In de gezondheidszorg wordt de relatie van zorgorganisaties met de context vooral toegespitst op plaats en functioneren van bestuurders (Moen e.a., 2000), waarbij steeds weer blijkt hoezeer deze worden bepaald door onduidelijkheid, keuzes, dilemma's en zoeken naar ruimte en koers. Er wordt gesproken over "nobeles wilden" (Meurs, 1997) en "verwarde managers" (Noordegraaf en Meurs, 2002). De situatie waarin ze zich bevinden en van waaruit ze besturen, wordt getypeerd als besturingsfuij (Meurs en Noordegraaf, 2005). Er is sprake, ook in de langdurige zorg voor ouderen, van bestuurders die vanwege het zorgkantoor als uitvoeringsorganisatie veel moeten, die vanuit ambitie veel willen, maar die tegelijkertijd door de uitvoeringsorganisatie niet veel kunnen. Het vraagt om gemengd besturen: besturingsvormen die kunnen inspelen op complexiteit, mede door een meervoudig repertoire aan gedrag en handelen rond keuzes, rivaliteit en legitimiteit (Meurs e.a., 2005).

##### **4.4.1. Strategisch management**

Het besturen van zorgorganisaties vindt een neerslag in hoe deze zich door beïnvloeden en aanpassen, door "stretch and fit", in een meer passende vorm en functioneren tot de complexe context gaan verhouden (Boekholdt, 2007). Het is het strategisch proces van de organisatie, die de omgevingscontext, besturen en het organiseren van het zorgproces met elkaar verbindt (Boekholdt, 2007). Het is gericht op voordeel en continuïteit (Johnson en Scholes, 1997; De Wit en Meyer, 1998). Voor zorgorganisaties als maatschappelijke ondernemingen is de inzet het toevoegen van maatschappelijke waarde (Austin e.a., 2006). Acties in het strategisch proces van organisaties zijn meestal gericht op het ontwikkelen en exploiteren van een competitief voordeel in een bestaande situatie (Boekholdt, 2007). Zo wordt continuïteit gevonden. Het is strategisch management, dat vooral bij grote organisaties is ontwikkeld, aanvankelijk als strategische planning, en later met een meer dynamisch karakter (Mintzberg, 1994). Strategisch management, zo stellen Covin en Slevin (2002) roept vooral associaties op met meer van hetzelfde.

##### **4.4.2. Strategisch ondernemen**

Er zijn ook strategische acties die zijn gericht op kansen op toekomstig voordeel. Ze worden ondernemerschap genoemd en roepen vooral associaties op met het nieuwe (Hitt e.a., 2002). De aandacht voor deze acties is vooral ontstaan bij kleine organisaties, onder andere rond de persoon en de eigenschappen van de ondernemer en de wijze waarop kansen kunnen worden gezocht en omgezet in daadwerkelijk (toekomstig) voordeel

(Elfring, 2000). De beide typen acties worden door March (1991) respectievelijk exploiteren en exploreren genoemd. Om succesvol te kunnen zijn in een complexe context moeten in het strategisch proces beide typen acties complementair worden betrokken. Dan is sprake van strategisch ondernemen (Hitt e.a., 2002).

#### **4.4.3. Strategisch leiderschap**

Covin en Slevin (2002) voegen nog een dimensie aan strategisch ondernemen toe. Soms, zo stellen zij, kan de ondernemende kant zo krachtig zijn dat tevens sprake is van strategisch leiderschap. Er komt een nieuwe strategische agenda of een transformatie in het strategisch landschap tot stand. Het kan gelden voor een organisatie maar ook voor een sector of branche.

#### **4.5. Resumé**

Door de omvorming van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een systeem van gereguleerde marktwerking worden zorgorganisaties voor een aantal strategische keuzes geplaatst, die bepalend zijn voor hun voortbestaan. Strategische managers, die vroeger alleen op de winkel hoefden te passen, moeten zich nu vooral als ondernemer gaan gedragen. Strategisch ondernemerschap is vereist om tegemoet te komen aan de trend van individualisering van wonen en zorg. Het is een strategische keuze om te kiezen voor het concept van KZGS, omdat dit inspeelt op de hiervoor bedoelde trend.

## **5. STRATEGISCHE IMPLEMENTATIE**

### **5.1. Inleiding**

Na de strategische analyse en strategische keuzen komt het op actie aan. De verwezenlijking van de gekozen strategie moet in de praktijk ten uitvoer worden gebracht. De omschakeling van grootschalige naar kleinschalige zorg vereist veranderingen in de organisatie. Zowel in de organisatiestructuur als in de organisatiecultuur. In analogie van het conceptueel model (Johnson en Scholes, 2005) wordt de strategische implementatie van het concept van KSGZ uiteengezet langs de kopjes 'organiseren', 'mogelijk maken' en 'verandermanagement'.

### **5.2. Organiseren**

#### **5.2.1. Structuur**

De organisatie inrichting moet werkprocessen en medewerkers faciliteren bij het verrichten van de activiteiten om de gestelde doelen die voortvloeien uit de missie en visie te realiseren. De verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dient congruent te zijn met de basiswaarden waaraan de organisatie geloof hecht.

De structuurbepalende uitgangspunten zijn tweeledig te weten:

- De omgeving geeft aan hoe de organisatie van buiten naar binnen wordt vormgegeven. Belangrijke factoren die de structuur bepalen zijn de ontwikkelingen in de markt en trends, dienstdoelgroepcombinaties en de concurrentiepositie. Een doelgerichte en doelmatige organisatiestructuur zal in evenwicht moeten zijn met de strategische interne ambitie, de besturingsfilosofie, de sterkten en zwakten van de organisatie en de kerncompetenties.
- De interne ambitie omvat de heersende opvattingen en verwachtingen over werk, bestaande knelpunten en conflicten, gevoelde operationele problemen, aanwezige talenten, (on) mogelijkheden van systemen en de wijze van leidinggeven en besturen.

In de besturingsfilosofie worden de bestuurlijke uitgangspunten van een organisatie vastgelegd. Deze filosofie bepaalt daarmee de wijze waarop het management het bedrijf en de onderdelen hiervan wil sturen en stelt hiermee eisen aan de structuurkeuze.

Hoofdkeuzen hierbij zijn:

- In hoeverre wenst het management te sturen op een mix van input (middelen), throughput (proces) en output (resultaten)?
- In welke mate worden hierbij verantwoordelijkheden de(de)centraliseerd en de taakuitvoering ge(de)concentreerd?
- Welke indelingsvorm wordt primair gekozen voor de organisatie (product, markt, geografisch of functioneel) en welke compensaties in de vorm van coördinatie zijn vereist?
- Hoe is de relatie tussen de verschillende hiërarchische lagen?

Iedere organisatie zal eigen antwoorden moeten formuleren op de hiervoor bedoelde hoofdkeuzen om te komen tot een doelmatige en doelgerichte organisatie. Met andere woorden: er is niet een ideaaltypische structuur te bedenken die voor alle situaties optimaal is (Mintzberg, 2004). Aan iedere structuur kleven zowel voor- als nadelen. Van belang is oog te hebben voor de nadelen en deze te compenseren. Compensaties zijn nodig om:

- sterkten van de afgewezen alternatieven te incorporeren;
- een eenzijdige oriëntatie te voorkomen;
- te voorkomen dat er te weinig aandacht is voor professionaliteit, gelijkheid, efficiëntie en schaarste.

Uiteindelijk zal voor het concept KZGS een structuur gekozen moeten worden, die de organisatie in staat stelt om de omgevingscontext, het inspelen op wensen en behoeften en het besturen en organiseren van het zorgproces toekomstbestendig met elkaar te verbinden.

### **5.2.2. Processen**

De dominante vorm van sturing en beheersing in de professionele bureaucratie is vooral gericht op het beheersen van de activiteiten door standaardisatie van vaardigheden waarin opleiding, training en vorming een belangrijke rol spelen (Mintzberg, 2004). Daarnaast speelt de topstructuur in op de belangrijke rol van de professionals door hen via managementparticipatie te betrekken bij het sturen en beheersen van de organisatie.

Door de professionals actief te betrekken bij de planning & control cyclus en activiteiten te koppelen aan budgetten worden de benodigde verbanden aangebracht tussen activiteiten en kosten. Het systeem van interne budgettering en budgetuitputting maakt deze verbanden in de praktijk zichtbaar (Vosselman, 1999).

Door het ontwikkelen van een systeem van competentie management ontstaat de mogelijkheid om professionals aan de poort niet alleen te selecteren op het kunnen leveren van goede technische kwaliteit, maar ook op het bedrijfsmatig kunnen werken.

### **5.3. Mogelijk maken**

#### **5.3.1. Bronnen en competenties**

De strategische mogelijkheden van zorgaanbieders worden voor een belangrijk deel gevoed door een gerichte inzet van beschikbare bronnen in activiteiten die verlopen volgens adequaat ingerichte bedrijfsprocessen (Johnson & Scholes, 2005). Er zijn twee typen bronnen te onderscheiden (Johnson & Scholes, 2005). Materiele bronnen, zoals gebouwen en financiële middelen, en immateriële bronnen, zoals imago en toegang tot relevante netwerken.

Ook de vereiste competenties zijn onder te verdelen (Johnson & Scholes, 2005) naar twee typen, te weten algemene competenties en kerncompetenties. In tabel 1 zijn de bronnen en competenties nader uitgewerkt.

Tabel 1: Bronnen en competenties

	Benodigde bronnen	Competenties
Minimaal nodig om het werk te doen	<p><b>Algemene bronnen</b></p> <p>-Fysieke bronnen: <i>Mensen, gebouwen, geld.</i></p> <p>-Immateriële bronnen: <i>Goodwill, goede reputatie, duidelijke positie in de markt. (En nog steeds telt: het beschikken over de juiste toelatingen)</i></p>	<p><b>Algemene competenties</b></p> <p><i>Toegevoegde waarden bieden vanuit een evenwicht tussen klant-, innovatie-, proces- en financieel perspectieven.</i></p> <p><i>Bundel wonen en zorg, verbindingen maken door zorgprogrammering en zorgpaden.</i></p>
Nodig om het verschil te maken	<p><b>Unieke bronnen</b></p> <p>-Materiele bronnen: <i>Locaties, mooie gebouwen met bouwkundige flexibiliteit, rekening houdend met optimale logistiek, korte looppijnen</i> <i>Financieel economisch, adequate kostenstrategie, toegang tot kapitaal- en geldmarkt door goede solvabiliteitspositie</i></p> <p>-Immateriële bronnen: <i>Beschikken over innovatief vermogen goede balans tussen medewerkertevredenheid en cliënttevredenheid, ondernemende bedrijfscultuur</i></p>	<p><b>Kerncompetenties</b></p> <p>Vermogen om cliënten aan te trekken en te behouden. Bundelen inzet medewerkers rondom de cliënt.</p> <p>Beschikken over de mogelijkheid om expertise aan te trekken, te behouden en verder te ontwikkelen. Door interne scholingsprogramma's unieke kennis opbouwen die moeilijk is te imiteren.</p> <p>Het kunnen creëren van publieke en private samenwerking, zodat een levendige micro samenleving ontstaat.</p>

### 5.3.2. Mensen maken het werk

In kleinschalige zorg is de cliënt niet langer het object van zorg, maar maakt deel uit van het proces van zorg. De cliënt neemt zo actief mogelijk deel aan de maatschappij en is een volwaardig burger.



Natuurlijk moet de realiteit hierbij niet uit het oog verloren worden, want de cliënt verblijft niet voor 'z'n zweetvoeten' in een intramurale setting. Vanuit deze invalshoek bezien heeft de cliënt zo lang mogelijk de regie over het eigen leven en krijgt hierbij ondersteuning waar nodig. Van medewerkers in kleinschalige zorg wordt verwacht dat ze in staat zijn om een huishouden te runnen. Om inzicht te verkrijgen in de benodigde competenties kan aansluiting worden gezocht bij de ervaringen die met het concept KZGS zijn opgedaan in de sector verstandelijk gehandicapten. Deze sector geldt als een van de voorlopers in de kleinschaligheid.

Het kenmerkende aspect van kleinschalige zorg is dat de cliënt centraal staat. De zorgverlening is integraal en vraaggestuurd. De omslag naar vraaggestuurde en kleinschalig georganiseerde zorg vergt andere competenties van de organisatie, van het management en van medewerkers. De organisatiecultuur van zorgorganisaties, die bezig zijn om de omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken te ondergaan vertonen kenmerken van een constructieve cultuur (Cooke & Lafferty, 2007). Deze onderscheidt zich ten opzichte van andere culturen door proactieve en initiatiefrijke gedragingen die gericht zijn op de omgevingscontext. Hierbij horen de onderstaande vier stijlen:

1. Prestatiemotivatie, de mate waarin de cliënt centraal staat, de focus ligt op wat haalbaar is, plezier scheppen in creatief zijn en werkbare oplossingen bedenken.
2. Zelfactualisatie, de mate waarin de organisatie een visie als drijfveer heeft, beschikken over zelfvertrouwen en een hoge eigenwaarde.
3. Mensgericht-stimulerend, de mate waarin vertrouwen in onderlinge hulpvaardigheid wordt weerspiegeld, veel aandacht en waardering voor individuele medewerkers, er is sprake van een familiegevoel en enthousiasme, er is veel plezier in het werk.
4. Relatie gerichtheid, de mate waarin er harmonie heerst, er is sprake van goed functionerende netwerken, er is sprake van goede onderlinge relaties het goed houden van deze relaties wordt als belangrijk ervaren, besluitvorming op basis van consensusacceptatie.

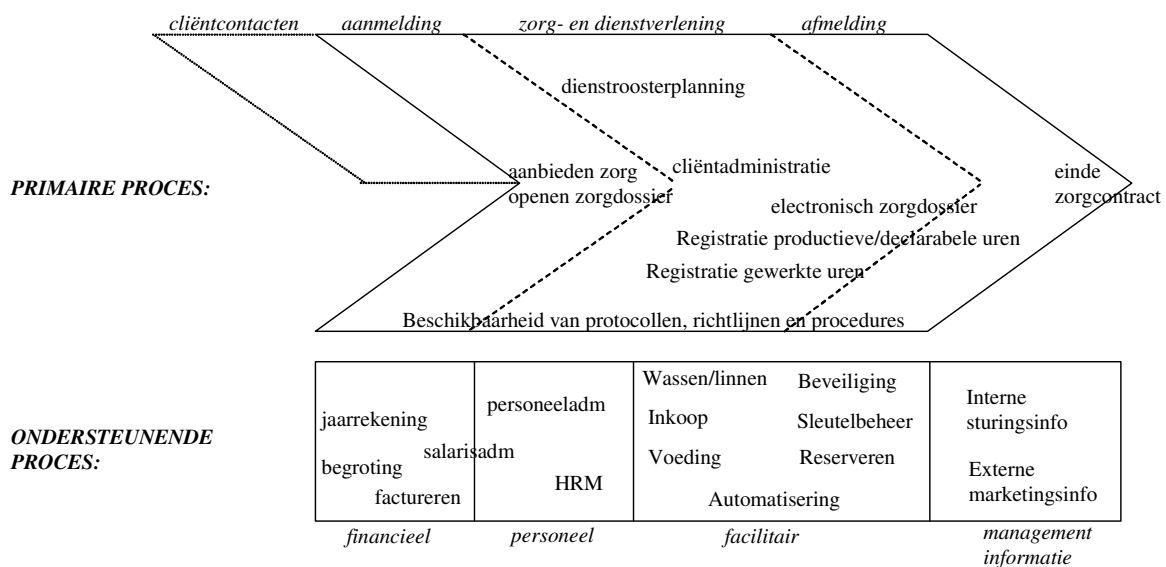
Belangrijke waarden die zijn afgeleid van de constructieve cultuur zijn: zelfkennis; zelfbewustzijn; zelfvertrouwen; authenticiteit; geloofwaardigheid.

Deze waarden kunnen tot uiting worden gebracht door in te zetten op een cultuurtraject waarin medewerkers actief participeren. Het realiseren van de gewenste cultuur kan bijvoorbeeld plaatsvinden door met elkaar gedragsregels af te spreken waaruit blijkt waar de organisatie en medewerkers voor staan (Kotter, 2007).

### 5.3.3. Informatievoorziening

Uit paragraaf 5.1 blijkt dat organisatiemodellen het decentraliseren van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten faciliteren. Dit heeft gevolgen voor de informatievoorziening. Door de toenemende decentralisatie is het van belang dat goed zicht blijft bestaan op de gerealiseerde prestaties. Hiervoor is het nodig dat de ondersteunende systemen de benodigde informatie genereren op operationeel, tactisch en strategisch terrein. Een effectieve kostenstrategie is van belang om de continuïteit van de bedrijfsvoering te waarborgen voor nu en in de toekomst (Johnson & Scholes, 2005). In figuur 9 is het verband tussen de bedrijfsprocessen en de informatievoorziening in beeld gebracht.

Figuur 9: Bedrijfsprocessen en informatievoorziening



Het bovenstaande schema is gebaseerd op de waardeketenanalyse van Porter, M.

### 5.3.4. Financiën

Het managen van de financiën is bij de inrichting van het concept KZGS van cruciaal belang. Het managen van de financiën moet zodanig zijn opgezet dat op de bovenstaande vragen een positief antwoord kan worden gegeven. De omschakeling naar een nieuw concept vergt ontwikkelkosten om een nieuwe dienst of product te ontwikkelen (Tijhaar, 1998). Een goede voorbereiding kan de aanloopkosten beperken. Bovendien kan het financieel beleid erop worden ingericht dat voldoende weerstandsvermogen is opgebouwd op concernniveau. Dit weerstandsvermogen kan worden gebruikt om eventuele aanloopverliezen af te dekken.

Als afgeleide van het concept KZGS zijn in de onderstaande tabel een drietal strategische doelstellingen geformuleerd dat impact heeft op het financieel beleid. Het financieel management van zorgaanbieders moeten adequate antwoorden formuleren op ondermeer de onderstaande vragen:

1. Managen van de cashflow

- Is de verdien capaciteit van het concept voldoende om de kas duurzaam te laten kloppen?
- Is er voldoende financiering voor de vereiste investeringen?
- Kunnen de hiermee gepaard gaande kapitaalslasten op lange termijn worden opgebracht door de exploitatie?
- Hebben toeleveranciers vertrouwen in de zorgaanbieder als geheel (reputatie)?
- Is het (financieel) imago van de zorgaanbieder robuust en wekt dit vertrouwen?

2. Bedrijfsvoering in control

- Zijn de bedrijfsrisico's en financiële risico's aanvaardbaar?
- Is de totale diensten/producten portfolio in evenwicht (kunnen tijdelijke verliesgevendende activiteiten worden gecompenseerd met winstgevendende activiteiten)?

Tabel 2 strategische doelstellingen en doelstellingen financieel beleid

Strategische doelstellingen	Doelstellingen financieel beleid
1. Marktgericht opereren & innoveren	Continuïteit waarborgen, ondernemerschap mogelijk maken, weerstandsvermogen opbouwen, toegang tot de vermogensmarkt veiligstellen
2. Belevingsgericht werken	Maatschappelijke verantwoording, prestatie management, koppeling tussen strategisch planningsproces en de onderliggende planning & control cyclus.
3. Inrichting kleinschalige zorginfrastructuur	Investeringsbeleid

**Ad. 1 Managen van de cashflow**

Door het opstellen van meerjarenramingen met scenarioanalyses kunnen voorspellingen worden gedaan over de financiële weerbaarheid, vermogensbehoefte en kunnen de strategische ambities worden getoetst op financiële haalbaarheid. De meerjarenraming bevat informatie met betrekking tot de investeringen en op hoofdlijnen van de belangrijkste kosten. Als afgeleide van deze raming kan een liquiditeitsprognose worden opgesteld. Zo ontstaat inzicht in de ontwikkeling van de solvabiliteit en liquiditeitspositie.

Het is van belang dat de treasuryfunctie goed is ingericht. De essentie van de treasury functie is het optimaal beheersen, door besturing en bewaking, van financiële stromen, financiële posities en de aan deze stromen en posities verbonden kosten en risico's. De kerntaak van treasury is de financiering van de activiteiten.

Belangrijke doelstellingen zijn:

- De financiële structuur is zodanig opgebouwd dat tegen aanvaardbare voorwaarden toegang bestaat tot de vermogensmarkt.
- Tijdelijk overtollige liquide middelen (gesignaleerd door de meerjarenraming en liquiditeitsbegroting) worden conform gemaakte afspraken.

## **Ad. 2. Bedrijfsvoering in control**

Het risicoprofiel van zorgaanbieders wijzigt door de veranderingen in de bekostiging. Er is door onder meer Ernst & Young onderzoek uitgevoerd naar het risicoprofiel van zorgaanbieders in het algemeen (Ernst & Young, 2002). Uit dit onderzoek blijkt dat het risicoprofiel op te delen is in drie hoofdcomponenten. Allereerst zijn er interne risico factoren, te denken valt aan kwaliteit planning & control cyclus, kwaliteit managementinformatie, functionaliteit van de gebouwen en infrastructuur. Daarnaast zijn er externe risicofactoren; loonontwikkeling, verscherpte eisen financiers, vervallen contracteerplicht. Als laatste zijn er gemengde risicofactoren, zoals investeringsmogelijkheden, het wel of niet kunnen borgen van leningen en het wel of niet kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

De omschakeling naar een nieuw dienstenconcept zoals bij KZGS vergt een omschakeling. Huijsman (2007) stelt dat de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg een overgangperiode vraagt.

### **5.3.5. Technologie en huisvesting**

In paragraaf 3.2.2. is aangegeven dat in de bundel wonen en basiszorg het wonen een belangrijke positie inneemt. Het gebouw is een ondersteunend bedrijfsmiddel dat de realisatie van de visie mogelijk maakt. Zorgaanbieders beseffen dat strategisch vastgoed beleid een essentieel onderdeel is van het totale beleid van de zorgaanbieder. Een goed ingericht gebouw is één van de succesfactoren van kleinschalige zorg. Zorgaanbieders die beschikken over goede locaties en mooie gebouwen hebben een voorsprong op zorgaanbieders die hier niet over beschikken (Cbz, 2007).

### **5.4. Verandermanagement**

Het veranderen van afdelingsgericht werken naar het concept KZGS is een strategische koerswijziging en moet voldoende aandacht krijgen. In deze paragraaf wordt uitgewerkt hoe, in het kader van verandermanagement, het veranderproces vorm en inhoud kan krijgen aan de hand van het acht-fasen model van Kotter (Kotter, 2007). Het zorgvuldig doorlopen van de hiervoor bedoelde fasen verhoogt de kans op een succesvol verandertraject. Inspirerend leiderschap blijft de belangrijkste succesfactor.

In iedere fase van het hiervoor bedoelde model is het van belang om tussentijds, bijvoorbeeld na het behalen van de eerste successen, het verandertraject te evalueren. Dit biedt aangrijpingspunten voor nieuwe ideeën of bijsturing van het proces zodat de dynamiek behouden blijft en nieuwe impulsen worden afgegeven voor het verdere vervolg.

#### **5.4.1. Noodzaak tot verandering**

Het is van belang dat de Raad van Bestuur en het management gezamenlijk de noodzaak van de te verwezenlijken veranderingen met elkaar vaststellen en hieraan betekenis geven in de organisatie. Deze noodzaak moet expliciet worden gemaakt en moet worden gedeeld met direct betrokkenen. Dit is zinvol om te verwachten weerstanden tegen verandering te kunnen overwinnen. Weerstanden kunnen voortkomen uit onzekerheid, niet willen of kunnen loslaten van gevestigde praktijken of posities. In dergelijke situaties kan steeds worden teruggerepen op de met elkaar gecommuniceerde een gedeelde noodzaak, als basis voor het veranderproces. Het is van belang dat weerstanden openlijk geuit kunnen worden. In de geuite weerstanden kunnen juist de oplossingen ervoor worden gevonden en kan er inspiratie uit worden opgedaan (Kotter, 2007).

#### **5.4.2. Leidende coalitie vormen**

Lijnmanagers, sleutelfunctionarissen en andere cultuurdragers in de organisatie spelen een cruciale rol bij het veranderproces, het is verstandig om hen deel te laten nemen aan de projectleiding. Genoemde functionarissen moeten naast de vereiste deskundigheid beschikken over voldoende draagvlak bij de betreffende achterbannen. De projectleiding vormt een team dat beschikt over macht, deskundigheid, geloofwaardigheid, leiderschap en beschikt over een goede vertrouwensband. Dit is het team dat de ontwikkeling van de visie en strategie ter hand neemt (Kotter, 2007).

#### **5.4.3. Ontwikkeling visie en strategie**

De ontwikkeling van een gezamenlijke visie en strategie op het veranderprogramma is van belang evenals het formuleren van concrete en haalbare doelen. Het maakt een goede communicatie mogelijk over het veranderproces in de organisatie en daarbuiten. Daarnaast geeft de visie sturing en richting aan het veranderproces. Tot slot draagt de visie bij aan een duidelijke focus (Kotter, 2007)

De projectleiding dient aandacht te geven aan de volgorde van de te nemen maatregelen en de tijdsspanne waarin de maatregelen genomen moeten worden. De omschakeling naar KZGS is niet voor iedere medewerker een gewenste verandering.

Wat bij het veranderprogramma in de gaten gehouden moet worden is dat enkele maatregelen waarschijnlijk leiden tot negatieve emoties (reductie van formatie, verlies van posities, risico van oplopende werkdruk, etc.). Het is van belang om in het veranderproces een helder onderscheid te maken tussen het inhoudelijke veranderproces (de omschakeling naar KZGS) en de reallocatie van middelen (reductie van budget in de ondersteunende diensten en meer budget voor het primaire proces in de woningen (Kotter, 2007).

#### **5.4.4. Veranderingsvisie delen en creëren van draagvlak**

Nadat het urgentiebesef bij het topmanagement aanwezig is dient ook aandacht te worden gegeven aan het vestigen van urgentiebesef in de organisatie als geheel, vooral het middenkader is hierbij een belangrijke doelgroep. Om het urgentiebesef voor deze groep te vestigen is het van belang dat er eerst duidelijke doelen zijn gesteld. Op basis van de gestelde doelen worden interactieve workshops georganiseerd voor het middenkader en sleutelfiguren. Deze methode is geschikt om een breed draagvlak te vestigen voor de veranderingen. Het is van belang dat hetgeen door de projectleiding (als leidende coalitie) is uitgewerkt wordt uitgedragen aan het middenkader en sleutelfiguren. Tenslotte zijn zij het die de medewerkers zullen aansturen om de veranderingen in de praktijk te brengen. Door deze groep op een interactieve en inspirerende manier deelgenoot te maken van het proces, waarin ruimte is voor eigen inbreng maakt de kans op een succesvolle verandering alleen maar groter (Kotter, 2007).

#### **5.4.5. Korte termijn successen en doorzetten**

Het is van belang om de activiteiten van het veranderprogramma te koppelen aan successen die op korte termijn haalbaar zijn, de zogenaamde 'quick wins'. Daarom is een goede communicatie een vereiste om dit mogelijk te maken. Te denken valt bijvoorbeeld aan het verkrijgen van extra middelen van het zorgkantoor omdat er voor een specifieke cliëntengroep een aansluitend zorgpad is gerealiseerd. Dit kan worden beschouwd als een vorm van procesoptimalisatie. De extra middelen moeten dan worden beschouwd als een bijdrage in het op te lossen financiële probleem (het terugdringen van het structurele exploitatiekort). In feite is het nastreven van korte termijn successen het verzilverplan bij uitstek voor het veranderprogramma wat een langere doorlooptijd kent. Hierdoor beklijft de noodzaak van het veranderprogramma en blijft het urgentiebesef actueel (Kotter, 2007).

#### **5.4.6. Veranderingen verankeren in de organisatiecultuur**

De ingezette veranderingen zullen alleen beklijven als succes wordt geboekt met de nieuwe aanpak. Dit zal alleen duurzaam het geval zijn als er voldoende ruimte voor de professionals overblijft om met liefde voor het vak cliënten te ondersteunen. Het creëren van een organisatiecultuur waarin dit mogelijk is, wordt van groot belang geacht door bestuurders (Kotter, 2007).

#### **5.5. Resumé**

Implementatie van het concept van KZGS vereist veranderingen in de organisatieconfiguratie. De omslag van grootschalige naar kleinschalige zorg is een wezenlijk strategische koerswijziging. Het zorgvuldig doorlopen van het achtfasenmodel van Kotter verhoogt de kans op een succesvolle omschakeling.

## **DEEL III**

### **BEVINDINGEN EN TERUGKOPPELING ONDERZOEKSVRAGEN**

#### **6. RESULTATEN EN CONCLUSIES**

Op basis van de bevindingen uit het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek worden in dit hoofdstuk de onderzoeksvragen beantwoord

#### **7. SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN**

In dit laatste hoofdstuk wordt een terugkoppeling gemaakt met de probleemstelling van het onderzoek. Tevens zijn in dit hoofdstuk aanbevelingen geformuleerd die kunnen dienen als handreiking voor het maken van heldere keuzes voor de bedrijfsvoering bij de invoering van het concept van KSGZ.



## **6. RESULTATEN EN CONCLUSIES**

### **6.1. Strategische analyse**

Het concept KZGS komt op de strategische agenda van een organisatie omdat:

- het traditionele concept van verpleeghuiszorg geen bestaansrecht meer heeft;
- het traditionele concept van verpleeghuiszorg niet (langer) aansluit bij de ambities en verwachtingen van de omgeving;
- er sprake is van functioneel verouderde gebouwen;
- marktwerking zorgaanbieders stimuleert om beter aan te sluiten op de vraag om daarmee de onzekerheid te reduceren over de inkomende geldstromen (en klanten);
- zorgaanbieders met nieuwe zorgconcepten een aantrekkelijke zorgaanbieder en werkgever willen zijn en blijven.

#### **6.1.1. Ontwikkelingen in de omgeving**

##### *Balans tussen medewerkers- en cliënttevredenheid*

Uit de PEST-analyse blijkt dat de zorgconsumptie in de komende jaren zal stijgen als gevolg van de demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening). Er is onvoldoende geld om te voldoen aan de te verwachten stijging in de zorgconsumptie als het huidige beleid rondom de care ongewijzigd blijft. Uit de gehouden interviews komt als rode draad naar voren dat zorgaanbieders een balans moeten vinden tussen medewerkertevredenheid en cliënttevredenheid. Het concept KZGS biedt aanrijpingspunten om deze balans te realiseren.

##### *Betere toegang tot de arbeidsmarkt door medewerkertevredenheid*

De respondenten verwachten dat de gespannen arbeidsmarkt tot gevolg zal hebben dat in de nabije toekomst sprake zal zijn van onvoldoende instroom van nieuwe medewerkers. Het is om deze reden van belang continue te werken aan het verhogen van de tevredenheid van medewerkers die in de branche werken omdat hier een wervend effect van kan uitgaan. Uit onderzoek is gebleken dat verzorgenden in kleinschalige voorzieningen meer tevreden zijn over hun werk. Zij hebben ook minder burn-out-klachten dan hun collega's in de verpleeghuizen. De bewoners van een kleinschalige woonvorm genieten meer van hun omgeving, hebben vaker iets om handen door hun actieve betrokkenheid bij de dagelijkse gang van zaken en zijn meer bij elkaar betrokken (Trimbos-Instituut/VUmc, 2007). Door deze informatie in de communicatie met potentiële medewerkers te gebruiken (in het HRM-beleid) kunnen zorgaanbieders een voorsprong realiseren in het interesseren van medewerkers om bij hen te komen werken.

Uit verschillende gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden met zorgaanbieders en beleidsmakers is dat is naar voren gekomen, dat het werken met het concept KZGS de menselijk maat meer centraal staat. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden lager in de organisatie belegd zodat er voor medewerkers in de woningen meer vrijheid van handelen is en zo optimaal ingespeeld kan worden op de individuele wensen en behoeften van bewoners ter plaatse.

De omschakeling naar KZGS vergt een ingrijpende verschuiving van de personeelsformatie tussen functiegroepen. Zo zijn er meer medewerkers nodig op de woningen terwijl minder medewerkers nodig zijn in het klassieke facilitaire bedrijf. Respondenten die met succes de omschakeling naar KZGS hebben gemaakt zijn in staat geweest om deze verschuiving met succes uit te voeren met behulp van verandermanagement, waarover later meer. Enkele respondenten hebben tijdig deze reallocatie van functiegroepen toegepast. Zij hebben op deze ontwikkeling geanticipeerd, door het bieden van bij- en herscholingsprogramma's. Of door het bieden van ondersteuning aan boventallige medewerkers om elders een nieuwe loopbaan te starten. Dit verkleint de onzekerheid over het verlies van werk en er wordt een nieuw perspectief geboden wat de tevredenheid onder medewerkers een positieve impuls geeft.

Door nieuwe functies, zoals 'woonbegeleiders' te introduceren ontstaan meer mogelijkheden voor functiedifferentiatie en worden tegelijkertijd loopbaan mogelijkheden vergroot. Door tijdig in te spelen op de hiervoor bedoelde ontwikkeling worden de transitiekosten verlaagd.

#### *Kleinschalig wonen als middel op de cliënttevredenheid te verhogen*

Onderzoek naar de effecten van kleinschalig wonen (Trimbos-Instituut/VUmc, 2007) toont aan dat bewoners van kleinschalig wonen meer genieten van de omgeving en vaker iets om handen hebben. Bewoners van kleinschalige wonen hebben minder hulp nodig en zijn meer met elkaar betrokken. Bij kleinschalig wonen worden minder vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Kleinschaligheid draag bij aan het welzijn, maar het is geen wondermiddel. Uit de praktijk blijkt dat gesprekspartners veel geloof hechten aan de toegevoegde waarde van het concept KZGS. Dit komt overeen met de bevindingen van het hiervoor bedoelde onderzoek.

### **6.1.2. Ontwikkelingen marktwerking in de zorg**

#### *Marktwerking prikkelt creativiteit*

Als gevolg van de introductie van marktwerking ontstaat meer onzekerheid over de inkomende geldstroom.

Dit stimuleert de creativiteit bij zorgaanbieders om nieuwe wegen in te slaan om deze onzekerheid te reduceren. Bijvoorbeeld door het bieden van comfortverhogende diensten om zo een extra inkomstenbron aan te boren. In de bezochten projecten zijn mooie voorbeelden aangetroffen waarin zorgaanbieders verbindingen aangaan met ondernemers door ruimten te realiseren hen met elkaar in contact brengen. Vooral als deze ondernemers een combinatie van functies realiseren die naadloos aansluiten bij de basiszorg, bijvoorbeeld op het gebied van Wellness. Bezoekers zijn bereid te betalen voor deze comfortverhogende diensten, terwijl de zorgaanbieder reuring naar binnenhaalt. Bovendien ontvangen zorgaanbieders een fee voor de service. Met andere woorden minder kosten om deze activiteiten zelf te organiseren en tegelijkertijd een hoge serviceniveau realiseren en hiervoor extra inkomsten verwerven. Dergelijke combinaties maken het mogelijk het financiële resultaat te verbeteren wat mogelijkheden geeft voor het ontwikkelen van nieuwe diensten.

#### *KZGS is gevoeliger voor onderbezetting*

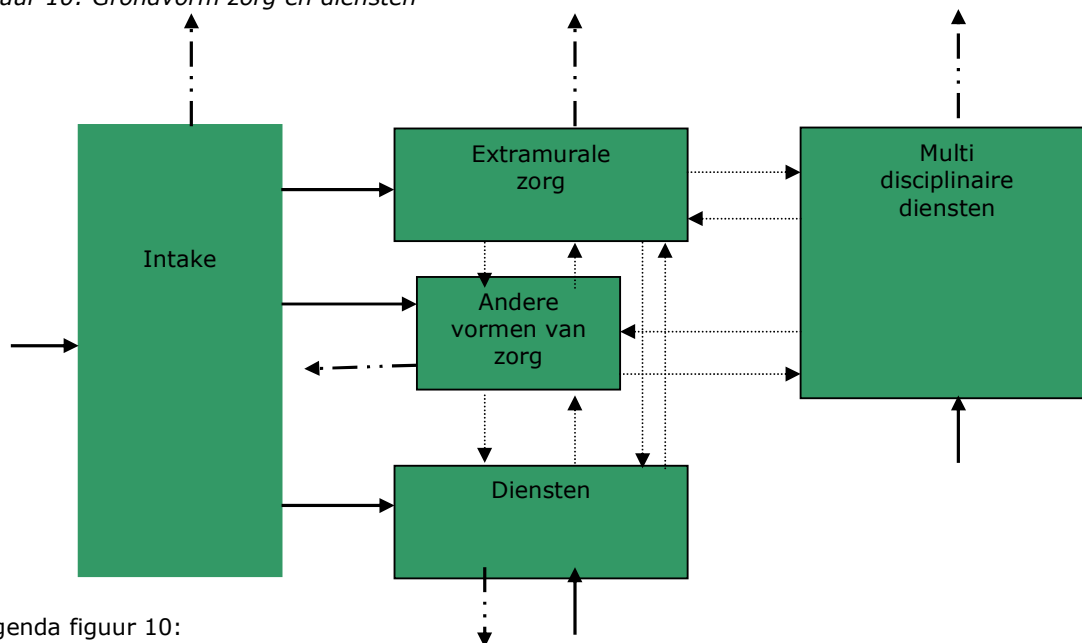
Als gevolg van het principe dat de zorgaanbieder op termijn alleen nog maar geld krijgt voor werkelijk geleverde productie (en niet langer een vergoeding ontvangt voor de capaciteitskosten) is het belangrijk dat er sprake is van een adequate planning van de in- door- en uitstroom van cliënten. Gesprekspartner geven aan dat het concept KZGS gevoeliger is voor onderbezetting. De dekking van de constante kosten in gevaar kan komen. Dit komt omdat bewoners niet langer op een afdeling verblijven maar deel uit maken van een 'gezin' en gehuisvest zijn in de eigen woning ingericht met eigen spullen. Bij een tijdelijk vertrek bijvoorbeeld door opname in het ziekenhuis ontstaat leegstand terwijl de woning niet direct herbezet kan worden. Uit de gesprekken met zorgaanbieders is gebleken dat een aantal van hen anticipeert op de frictie onderbezetting. Zo worden in groepen van in beginsel zes bewoners (de basis waarop de exploitatie is gebaseerd) mogelijkheden gerealiseerd om tijdelijk een zevende bewoner in de groep op te nemen. Met de overbezetting die hiermee wordt gerealiseerd kan in een latere periode onderbezetting worden gecompenseerd.

#### *Verbeteren in cliëntenlogistiek loont*

Uit de interviews is gebleken dat sommige organisaties kiezen voor de inrichting van informatiepunten waarin consulenten werkzaam zijn, die de zorgvraag in verbinding brengen met het zorgaanbod en aldus op maat zorgarrangementen configureren. Consulenten van informatiepunten hebben niet alleen contacten met bestaande bewoners, maar ook met de potentiële bewoners, familie en met belangrijke toeleveranciers.

Ze verkennen de markt om zo inzicht te verkrijgen in de te verwachten vraag en voorspellingen te doen over de benodigde capaciteit zodat hiermee rekening kan worden gehouden in de bedrijfsvoering (planning capaciteit, verwachtingen managen over wacht- en doorlooptijden). In feite fungeren deze informatiepunten tevens als logistieke knooppunten zoals in het onderstaande schema is weergegeven.

*Figuur 10: Grondvorm zorg en diensten*



Legenda figuur 10:

→  
Deze pijlen geven de instroom van cliënten aan.

⋯→  
Deze pijlen geven de interne verwijzingen aan. Tijdens het zorgproces kan de cliënt van zorgvorm veranderen of wil gebruik maken van aanvullende diensten. Soms is doorverwijzen naar een specialist noodzakelijk. Dit is afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt.

- - - →  
De zwarte pijlen geven de uitstroom aan.

### 6.1.3. Ambitie en verwachtingen

#### *Vraag naar kleinschalig wonen stijgt*

Uit gesprekken met zorgaanbieders en beleidsmakers komt naar voren dat er een toenemende vraag is naar kleinschalig wonen. Op dit moment zijn de kleinschalige woonvormen naar schatting goed voor vijftienhonderd verpleeghuisplaatsen. Op een totaal van 44 duizend ouderen die in een verpleeghuis verblijven, betekent dit dat slechts 3 procent van de verpleeghuisbewoners gehuisvest is in zo'n kleinschalige wooneenheid (Bakker, e.a. 2008).

Bij stakeholders blijkt er veel belangstelling te zijn voor het realiseren van een verdere groei. Te verwachten valt dat ook de variant KZGS in de komende jaren verder zal worden uitgerold.

#### *Omschakeling naar KZGS is geen kopieerslag*

Het is van belang dat zorgaanbieders die voornemens zijn om over te schakelen naar dit concept zich gedegen voorbereiden op de omschakeling. Voor het daadwerkelijk verwezenlijken van dit concept is het niet voldoende om 'best practices' te bezoeken, enthousiast te raken en vervolgens zonder het proces van strategische analyse, keuzen en implementatie goed te doorlopen te starten met de implementatie van het concept KZGS. Het is van belang om gelet op de eigen situatie van de betrokken zorgaanbieder na te gaan wat er nodig is om KZGS met succes in te voeren. Het is niet mogelijk om goede voorbeelden te kopiëren, omdat dit tot gevolg lijkt te hebben dat de vorm weliswaar wordt overgenomen, maar de inhoud niet. Bij 'best practices' is veel moeilijk grijpbare kennis door ervaring aanwezig, wat heeft geleid tot een succesvolle omschakeling. Respondenten geven aan, dat het realiseren van een constructieve cultuur vereist is om de omschakeling naar KZGS te realiseren.

## **6.2. Strategische keuzen**

#### *Ideologie versus strategie*

De begrippen visie, missie en strategie blijken binnen de vraagstelling van het onderzoek relevante en steeds terugkerende begrippen te zijn. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat de begrippen een bepaalde hiërarchie en onderlinge samenhang hebben. De visie vertelt hoe de omgeving van de zorgorganisatie de komende jaren verandert. De visie vormt de basis voor de missie. De gesprekspartners definiëren de missie als de positie die de organisatie in de veranderende wereld nastreeft. Zonder uitzondering wordt de invoering van het concept van kleinschalig zorg door alle gesprekspartners gemotiveerd vanuit ideologische overwegingen. De organisatie heeft een maatschappelijke verantwoordelijkheid en opdracht om zich maximaal in te spannen om de bundel van wonen en zorg beter te laten aansluiten op de wensen en behoeften van de huidige en toekomstige generatie ouderen. Enkele respondenten geven daarbij aan, dat zij - geïnspireerd en gedreven door de identiteit en/of de roots van de organisatie - in hun doelgroepenbeleid zich in het bijzonder willen inzetten voor een kwetsbare groep ouderen in de samenleving die gekenmerkt wordt door een afnemende regie op het eigen leven. Alle geïnterviewden geven aan de klant als vertrekpunt te hebben genomen in de visie.

### *Visie komt topdown tot stand*

De visie op kleinschaligheid is in alle gevallen topdown totstandgekomen. Bij de verdere uitwerking van de visie is vanuit het strategisch management wel een aantal "harde" kaders geformuleerd. Opvallend is de grote mate van overeenstemming tussen de verschillende cases over de richting en de reikwijdte van deze kaders. In al de vijf bezochte organisaties is gestuurd op het decentraliseren van taken-verantwoordelijkheden-bevoegdheden, gestuurd op het er tussenuit halen van tenminste één managementlaag, gestuurd op een budgetneutrale omzetting en gestuurd op de afschaffing van het uniform.

### *Onderscheid huisvesting en zorgverlening*

De interviews bevestigen het beeld, dat de visie achter het concept van kleinschalige zorg breed en unaniem gedragen wordt. Er zijn geen verschillen geconstateerd tussen bestuurders, beleidsmakers en experts over de vraag of kleinschaligheid een geschikter alternatief is dan grootschaligheid.

Belangrijk is op te merken, dat er een onderscheid valt te maken tussen kleinschaligheid qua zorgverlening en kleinschaligheid qua huisvesting. De gesprekspartners geven aan dat een belangrijke kernwaarde van kleinschaligheid vorm krijgt door de inrichting van de fysieke woonomgeving teneinde zoveel mogelijk een normale situatie na te bootsen met herkenbaarheid, huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving, overzichtelijkheid en een eigen ervaringswereld. Opvallend is dat instellingen de uitwerking van deze kernwaarden verschillend interpreteren. Sommige instellingen kiezen voor het inrichten van de huiskamer met (meegebrachte) eigen meubels van bewoners, anderen kiezen voor het inrichten van de huiskamer met nieuw (door de instelling aangeschaft) meubilair.

### *'One fits all' is niet het juiste spoor*

Verreweg de meeste gesprekspartners geven aan, dat het ideaaltypische concept van kleinschaligheid, gedefinieerd volgens de kenmerken van het Trimbos instituut/Vumc (2007), vooral toegevoegde klantwaarde heeft voor mensen met dementie. Net als iedere doelgroep, is ook de doelgroep van mensen met dementie een allerminst homogene groep te noemen. Een benadering van kleinschaligheid als 'one fits all' is een contradictio in terminis. Een essentiële kernwaarde van kleinschaligheid is namelijk dat het integrale vraaggestuurde zorgverlening is. Belangrijk is te onderkennen, dat niet alle mensen met dementie het plezierig vinden om samen met 5, 6 of 7 huiskamergenoten deel uit te maken van een woon/leefgroep. Een aantal gesprekspartners waarschuwt in dit verband voor het risico, dat het ongedifferentieerd en derhalve universeel toepassen van het concept van kleinschalige zorg binnen de sector zal leiden tot uitrollen van een (nieuw) dogma, dat wederom niet aansluit op de behoeften en wensen van mensen.

### *Meerwaarde voor andere doelgroepen sterk onderbelicht*

Over de toepasbaarheid van het concept in relatie tot verschillende doelgroepen zijn visieverschillen waargenomen. Opvallend is de constatering, dat het ministerie van VWS in haar denken over het concept van kleinschaligheid zich vooral focust op de doelgroep van mensen met dementie. Nog nauwelijks is nagedacht over de vraag of het concept, al dan niet in gedifferentieerde vorm, meerwaarde heeft voor andere doelgroepen.

Een tweede constatering betreft de toepasbaarheid van het concept op klantengroepen anders dan mensen met dementie. Tot nog toe is wetenschappelijk onderzoek over de effecten van kleinschalige zorg beperkt gebleven tot de bestudering van al dan niet geclusterde woongroepen van mensen met dementie. Onderzoekgegevens van de effecten van het concept van kleinschalige zorg bij mensen met een verpleeghuisindicatie op basis van een somatische grondslag zijn niet gevonden. Ondanks het ontbreken aan evidence based onderzoek, op basis waarvan de meerwaarde van het concept ook bij een doelgroep met een somatische hulpvraag, wordt het concept van kleinschalige zorg in de praktijk ook voor deze doelgroep toegepast. Uit de interviews blijkt dat de visie op kleinschalige zorg voor mensen met dementie niet wezenlijk afwijkt van de visie op kleinschalige zorg voor een somatische doelgroep.

De dagbesteding van de laatst genoemde doelgroep staat weliswaar meer in het teken van medische en paramedische behandeling en begeleiding, maar buiten de therapietje om wordt in de woongroepen gestreefd naar een klimaat, dat niet onderscheidend is van de kenmerken van kleinschalig wonen zoals gedefinieerd door het Trimbos instituut/VUmc.

### *KZGS is geen kunstje*

Uit de interviews blijkt, dat organisaties verschillend omgaan met het managen van het proces van visievorming, het voorbereiden van de besluitvorming en het bewaken van de aansluiting tussen de vastgestelde visie en de uitvoering in de praktijk. In dit verband wijst een aantal gesprekspartners, die tot de pioniers van kleinschalige zorg in Nederland worden gerekend, op het fenomeen van pseudo-implementatie van kleinschaligheid. Hiermee wordt bedoeld, dat binnen de sector de neiging bestaat om wel de vorm (dat wil zeggen de fysieke omzetting van afdelingen van 30 bewoners naar kleinschalige woongroepen van 6-7-8 bewoners), maar niet de consequenties van een doorleefde visie van kleinschaligheid. Kleinschaligheid wordt dan tezeer geïdentificeerd als een doel en niet gezien als middel om tot een herkenbare, huiselijke en op de bewoner afgestemde woon/leefomgeving te komen.

De 'voorlopers' binnen de sector, inmiddels ervaringsdeskundig door het doorlopen van een leercurve op het gebied van de transitie om van grootschalige naar kleinschalige zorg te gaan, waarschuwen de 'volgers' om het concept van kleinschaligheid niet alleen maar te benaderen als een huisvestingsvraagstuk. De gesprekspartners bevestigen de conclusie van het Trimbos instituut/Vumc (2007), dat de fysieke kenmerken van kleinschaligheid van ondergeschikt belang zijn. De mate van kleinschaligheid vooral bepaald door de aard van de zorgverlening en de attitude van de medewerkers.

Niet vaak genoeg kan gezegd worden, dat de invoering van het concept van kleinschalige zorg impact heeft op het niveau van de totale organisatie. Invoering van het concept heeft consequenties voor de bedrijfsvoering. Kiezen voor de visie op kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening is derhalve kiezen voor de implementatie van een bij deze visie passende werkorganisatie.

### **6.2.1. Proces van strategische beleidsontwikkeling**

#### *Marktwerking heeft niet automatisch meer keuzevrijheid tot gevolg*

De respondenten zien de transformatie van aanbodgericht naar vraaggericht organiseren van zorg in lijn met de verdere liberalisering van de zorgmarkt. De klant bepaalt in toenemende mate met welke zorg- en welzijnsaanbieder hij/zij in zee wil gaan. Aansluiten en inspelen op behoeften van mensen is noodzaak om te overleven. Sommige respondenten tekenen daarbij aan, dat van echte marktwerking nog geen sprake is zolang het aanbod kwantitatief achterblijft bij de vraag. Zolang deze situatie onveranderd blijft, zal de klant weinig te kiezen hebben. Daar tegenover staan situaties, vooral in de grote steden, waarin de klant op basis van de geboden kwaliteit en de locatie kan kiezen en niet meer alles zal accepteren.

#### *Functioneel verouderde gebouwen zijn een aanzet voor KZGS*

De in het onderzoek betrokken zorginstellingen realiseerden zich een jaar of 10 geleden, dat de gebouwelijke structuur van de zorginstututen en de manier waarop verpleeghuiszorg werd georganiseerd en geleverd niet meer aansloot op de wensen van mensen. De initiatiefnemers waren allen de mening toegedaan, dat de traditionele verpleeghuiszorg met een van het medisch model afgeleid zorgconcept en afdelingen van 30 cliënten aan het eind van hun levenscyclus zaten. In alle bezochte cases vormde de dagelijks ervaren problemen met betrekking tot de leefbaarheid, de functionaliteit en de bouwkundige staat van een bestaand gebouw de directe aanleiding om het concept van kleinschalige zorg een propositie te geven op de strategische agenda.



### *Inside-out versus outside-in*

De organisaties hebben cliëntgerichtheid en waardecreatie als nieuwe focus genomen. In alle gevallen is gekozen voor de focusstrategie als dominante generieke strategie. Niet langer de cliënt benaderen vanuit de optiek van de zorg, maar uitgaan van behoeften van cliënten, was het nieuwe adagium. De productmarktcombinaties zijn gezocht in activiteiten die liggen op het terrein van zinvolle dagbesteding, prettig wonen en goede zorg. Opvallend is dat geen van de geïnterviewden de door hen gekozen focusstrategie expliciet motiveert in termen van concurrentievoordelen. De gesprekspartners geven terug, dat de keuze voor de focusstrategie geen bewuste keuze is, maar voortkomt uit idealisme en passie voor de doelgroep. Het vermoeden bestaat, dat de vraagstelling van de interviewers heeft geleid tot het geven van een antwoord in een sociaal wenselijke richting. Uit andere observaties en op basis van gegeven antwoorden op andere vragen valt namelijk wel degelijk op te maken, dat gesprekspartners een strategische agenda voeren en bezig zijn met marktpositieverbetering en het vergroten van hun onderscheidend vermogen. Een andere verklaring is dat de gesprekspartners zich minder goed herkennen in het vijf krachtenmodel van Porter. Dit beeld wordt verstrekt doordat gesprekspartners aangeven, dat het transitieproces van grootschalige naar kleinschalige zorg vooral tot stand is gekomen vanuit een "inside-out" (van binnen naar buiten) benadering. Er is geen "outside-in" (van buiten naar binnen) benadering gevolgd. Niet de markt en de concurrentie is als uitgangspunt van het strategieproces genomen, maar de interne klant en de interne medewerker. Er is geredeneerd vanuit een "ist" situatie en er is gezocht naar toekomstbestendige antwoorden voor een na te streven "soll" situatie.

### **6.2.2. Bepalen van de scope**

#### *Schaalgrootte geeft meer mogelijkheden voor welzijn*

De gesprekspartners richten zich niet uitsluitend op zorg. De meerwaarde van de variant van kleinschaligheid binnen grootschaligheid zien de respondenten in het kunnen bieden van gemaksdiensten (strijkservice, catering, klussendienst of administratieve ondersteuning), het kunnen bieden van services op het gebied van welzijn (beschikken over een grand café, een restaurant, een winkel, een kapper en een pedicure) en het kunnen bieden van activiteiten die inspelen op leefstijl en levenswijze van mensen. Juist aan zulke voorzieningen hebben mensen behoefte wanneer als gevolg van hun leeftijd en afnemende mobiliteit een deel van hun sociale netwerk wegvalt. Zulke voorzieningen vergen schaalgrootte.

#### *Balans tussen kosten en klantwaarde*

Opvallend is dat een aantal gesprekspartners voornoemde "inside-out" benadering heeft weten te combineren met het positioneren van een aantal onvoorziene productmarktcombinaties (diensten, wonen en services). Bij één gesprekspartner heeft de focusstrategie geleid tot het ontwikkelen van een kerncompetentie om tegen lage kosten nieuwe vormen van zorg- en dienstverlening aan te bieden met een hoge klantwaarde. De gekozen groeirichting van deze organisatie is sterk gericht op marktontwikkeling in combinatie met productontwikkeling. De betreffende zorgaanbieder blinkt uit in klantaandacht en klantenservice ('customer intimacy'). Er wordt niet zozeer gelet op de markt, maar veel meer op de specifieke wensen van de klant. De filosofie van het zorgbedrijf is, dat producten en diensten aangepast worden ten behoeve van individuele of bijna-individuele klanten.

De 'scope' bij een meerderheid van de bezochte instellingen komt overeen met de groeistrategie van marktverdieping. Bestaande diensten worden verbeterd met nieuwe competenties van medewerkers (integrale, vraaggestuurde en relatiegerichte attitude). Deze observatie sluit aan bij de bestudeerde literatuur en gevoerde gesprekken met ActiZ/Aedes en het Ministerie van VWS.

### **6.2.3. Kiezen van een ontwikkelrichting**

#### *Visie en leiderschap maken het verschil*

Aanpassen aan de context is een belangrijk aspect van strategie. In een ondernemende strategie zal het er om gaan eigen energie en vermogens te mobiliseren en vanuit die mogelijkheden naar buiten te treden, kansen te zoeken en deze te benutten. Zowel uit de literatuur (Homan, 2005) als in meerdere interviews is gebleken, dat het mobiliseren van hulpbronnen van de organisatie en spontaniteit van verandering te zien zijn als basis voor vernieuwing. Kritische succesfactor is de rol van bestuurders. Visie, ambitie en leiderschap zijn nodig om de vernieuwing ook daadwerkelijk duurzaam te verwezenlijken.

#### *Het oude denken loslaten*

Het ideaalbeeld van kleinschalige zorg wordt in de literatuur vaak beschreven vanuit de omstandigheid dat er vanuit het niets gebouwd gaat worden. Het management heeft in dat geval alle vrijheid om de uitgangspunten van kleinschalige zorgverlening volledig als ontwikkelrichting door te voeren. Uit de interviews met de zorgorganisaties kwam naar voren dat de praktijk anders is. Er is weliswaar gekozen om een grote intramurale zorginstelling om te zetten naar kleinschalig groepswonen, maar de start in het denken en het concretiseren van de visie is verlopen vanuit een bestaande situatie. Een situatie waarin medewerkers gewend waren te werken volgens de oude verpleeghuistradities.

### *Huisvesting als middel om KZGS mogelijk te maken*

De strategievorming met betrekking tot het kiezen voor het concept van kleinschalige zorg heeft in alle cases tegelijkertijd plaatsgevonden met het formuleren van een op de toekomst gericht antwoord op een nieuwbouw en/of renovatie vraagstuk. Tussen het initiatief van het bouwtraject en het daadwerkelijk betrekken van de groepswoningen ligt doorgaans een periode van enkele jaren. In één case besloeg deze periode zelfs 12 jaar.

Ten tijde van de bestektekeningen zijn uitspraken gedaan en keuzes gemaakt over de groepsgrootte en de clustering van woningen en al dan niet aanwezigheid van voorzieningen. Niet in alle gevallen is op dat moment goed doorgesproken, wat nu precies de consequenties zijn van het concept in termen van de bedrijfsvoering (personele bezetting van iedere groepswoning, processen als de maaltijdvoorziening, de wasverzorging, de schoonmaakwerkzaamheden, de activiteitenbegeleiding, de centrale receptiefunctie en het technisch onderhoud).

Opvallend is de constatering, dat sommige gesprekspartners aangeven, dat zij op het moment van besluitvorming en het maken van keuzes in het gebouwelijk ontwerp geen volledig inzicht hadden in de consequenties van het ontwerp voor de bedrijfsvoering. Een in het onderzoek betrokken en landelijk opererend bouwadviesbureau bevestigt de juistheid van deze observatie.

### *Gluren bij de burens*

Een aantal organisaties heeft er voor gekozen om gedurende het proces van visievorming samenwerking te zoeken met en te kijken bij andere zorgaanbieders. Sommige organisaties hebben actief gekeken in de verstandelijk gehandicaptensector. Sommige gesprekspartners gaven aan uitwisselingsprogramma's met andere zorgaanbieders te hebben georganiseerd om kennis en ervaring met elkaar te delen.

In de bestudeerde cases zijn onderscheidende strategische acties geïdentificeerd die zeker als doorbraken naar vernieuwing kunnen worden aangemerkt. Organisaties die hiertoe in staat zijn, creëren ruimte om door middel van strategisch ondernemerschap, met strategisch leiderschap als extra dimensie, een eigen spel te spelen en daar zwaar op in te zetten. Bestuurders met een dergelijk profiel gaan er van uit dat op de lange termijn, concurrentievermogen een gevolg is van het ontwikkelen van een kerncompetentie om tegen lagere kosten en sneller dan de concurrenten aan te sluiten bij behoeften en wensen van mensen.

Nieuwe kansen worden gevonden in de capaciteit van het management om corporate-brede toepassingen tegen lage kosten en met een hoge klantwaarde te ontwikkelen. Op grond van bestudeerde literatuur concluderen wij dat 'good practices' in strategisch ondernemen nog niet al te veel voorkomen. Dit verklaart waarom initiatieven en initiatiefnemers in de sector relatief lang de status van pionier blijven houden. Strategisch ondernemerschap en strategisch leiderschap als extra dimensie is voorbehouden aan enkelen. Wat er aan vernieuwing binnen het publieke domein van langdurige zorg voor ouderen is, richt zich tot op heden vooral op vernieuwing van bouw.

### **6.3. Strategie implementatie**

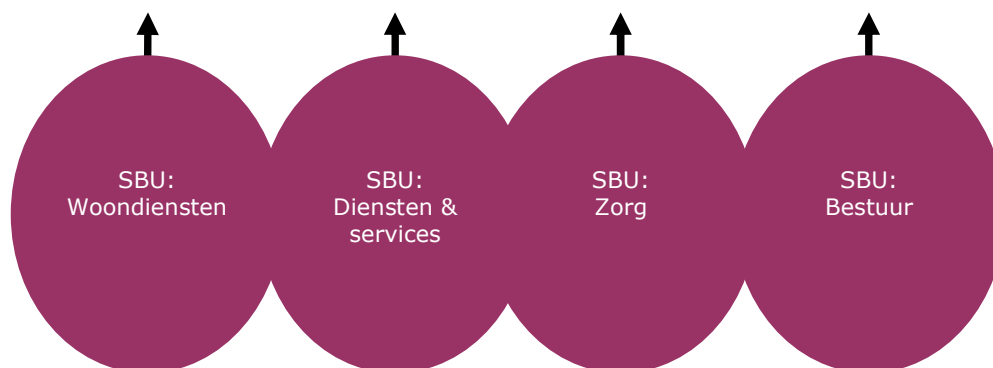
#### **6.3.1. Organiseren**

##### *Inrichten resultaat verantwoordelijke eenheden*

Het concept KZGS vereist volgens de gesprekspartners een gewijzigde inrichting van de organisatie omdat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden lager in de organisatie worden belegd. Hierdoor is het realiseren van de constructieve cultuur nodig om te zorgen voor het ethisch kompas van medewerkers. In aansluiting hierop worden in toenemende mate organisatorische eenheden ingericht als integraal resultaat verantwoordelijke eenheden, die verantwoordelijk zijn voor het beheersen van de kosten en opbrengsten. Om dit mogelijk te maken is door een aantal bestuurders van zorgaanbieders sprake van ontbundeling van wonen, welzijn, zorg en diensten. Vervolgens zijn wonen, welzijn en diensten als resultaat verantwoordelijke eenheden gedefinieerd (interne SBU's) en worden deze clusters van diensten verantwoordelijk gesteld voor het behalen van de afgesproken resultaten. De ondersteunende informatiesystemen, leveren vervolgens accounting informatie waaruit blijkt of de gestelde doelen zijn gerealiseerd. De informatievoorziening vindt plaats vanuit verschillende invalshoeken.

In het algemeen worden de volgende resultaat verantwoordelijke eenheden ingericht

	Wonen	Diensten	Zorg	Overhead
Functie	Verblijf Hotelfunctie Groepswoon	Services Restaurant Grand cafe	Zorgarrangementen Intramuraal of extramuraal	Leiderschap Planning & control
Kosten	Kapitaalslasten, huisvestingskosten	Waskosten Voeding Alarmopvolging		Personeels en advieskosten
Baten	Publiek/Privaat	Publiek/Privaat	Publiek	DVO/%
	Genormeerde kapitaalslasten en huisvestingskosten begrepen in AWBZ Ontvangen huren Servicekosten	Derde geldstroom aangevuld met aandeel uit AWBZ	AWBZ-bekostiging	Op basis van dienstverlening- sovereenkomsten worden gemaakte kosten intern gefactureerd



### 6.3.2. Mogelijk maken

#### Informatievoorziening

Uit de interviews is gebleken dat zorgaanbieders adequate informatievoorziening van eminent belang vinden om de bedrijfsvoering van KZGS adequaat in te richten. De ondersteunende systemen dienen te voorzien in de behoefte aan informatie in alle lagen van de organisatie. Zorgaanbieders en beleidsmakers geven aan dat ICT een bijdrage kan leveren aan het vergroten van de doelmatigheid en doeltreffendheid van bedrijfsvoering. De meest gegeven antwoorden op de informatievragen en ICT mogelijkheden zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Informatievragen en ICT mogelijkheden

Informatievragen	ICT mogelijkheden
1. Marktwerving Zicht hebben op bestaande (en potentiële) vragen. Kiezen voor een persoonlijke benadering met ondersteuning van informatiesystemen	E-commerce en CRM.
2. Klanten kennen De behoeften van bewoners kennen, hierop in kunnen spelen, de interne bureaucratie tot een minimum beperken	Real-time beschikbaarheid van cliëntgegevens.
3. Waardeketen Creatie waardeketen met integrale dienstverlening.	Internet informatiesystemen, informatie uitwisselbaar met ketenpartners. Koppeling informatiesystemen aan domotica

De gesprekspartners geven aan dat het opbouwen van gegevensverzamelingen en een zodanige ontsluiting hiervan dat gegevens zijn opgewerkt tot informatie van belang is. Zorgaanbieders zetten in op de volgende doelen:

- Verhogen van de klantservice (online toegang tot cliënten middels een Elektronisch Cliënten Dossier, er kan alerter worden gereageerd op vragen of knelpunten wat kan leiden tot een hogere cliënttevredenheid).
- Taakverlichting van de medewerkers in de zorg (snel toegang tot cliëntdossiers, geen papieren dossier meer door, altijd beschikken over actuele informatie).
- Verhoging transparantie proces van zorgverlening waardoor planmatig werken beter mogelijk wordt, tevredenheid van medewerkers zal hierdoor toenemen.
- Meer mogelijkheden voor vastlegging van gegevens voor marktonderzoek en op basis hiervan ontwikkeling van nieuwe diensten.

## **Financiën**

De implementatie van het concept KZGS vergt een omslag in het denken en doen, niet langer afdelingsgericht maar clientgericht werken vergt het doorlopen van de leercurve. Zorgaanbieders bereiden zich hierop zorgvuldig voor.

### *Omschakeling brengt tijdelijk extra kosten met zich mee*

In de praktijk brengt de omslag transitiekosten met zich mee. Het financieel economisch beleid van de zorgaanbieder moet zodanig zijn dat deze transitiekosten gedragen kunnen worden doordat de portfolio van de zorgaanbieder als geheel voldoende dekking biedt voor de gemaakte kosten en/of er voldoende weerstandsvermogen beschikbaar is om deze kosten te kunnen dekken. Uit de praktijk blijkt dat de transitiekosten hoger zijn en langer aanhouden naarmate de zorgaanbieder de visie op kleinschaligheid onvoldoende in verbinding heeft gebracht met de praktijk. Het is van belang dat het management alle keuzes die nodig zijn om het concept in de praktijk te brengen expliciet bespreekt met de organisatie. Er is geen plaats meer voor het 'oude' denken in het concept KZGS. Het is namelijk onbetaalbaar gebleken om enerzijds meer personeel in te zetten in de woningen en anderzijds het facilitair bedrijf, de activiteitenbegeleiding en de medisch/paramedische dienst op het niveau te handhaven van voor de implementatie van het KZGS.

### *Visie consequent verbinden met praktijk*

Het is van belang dat zorgaanbieders voordat zij de overstap maken naar KZGS een heldere visie moeten ontwikkelen en alle uitgangspunten expliciet met elkaar te bespreken en overeenstemming te bereiken met alle disciplines over de te maken keuzen, de consequenties van deze keuzen en vervolgens deze keuzen dan ook SMART in de praktijk te brengen.

Voorbeelden hiervan zijn dat het niet mogelijk is om een complete restauratieve voorziening kostendekkend in de lucht te houden voor de AWBZ-functies zodat groepen, als het even niet uitkomt, niet zelf gaan koken maar de maaltijden laten bezorgen door de restauratieve functie. Hiervoor dient dan een complete klassieke facilitaire infrastructuur gehandhaafd te blijven met alle kosten die hiermee annex zijn.

#### *Workshop als methodiek voor operationaliseren visie*

Het is aan te bevelen om bijvoorbeeld in de vorm van een workshop alle keuzes rondom bedrijfsvoering door te nemen en een scenarioanalyse uit te voeren zodat de financiële impact van gemaakte keuzes direct zichtbaar worden. Dan is namelijk het effect van onjuiste of onbetaalbare keuzes direct zichtbaar en wordt voor alle belanghebbenden duidelijk dat het keuzeproces opnieuw moet worden doorlopen net zolang totdat er sprake is van een aanvaardbare bedrijfsvoering met een duurzaam sluitende kas.

In het kader van dit onderzoek hebben de onderzoekers een dergelijke workshop georganiseerd in samenwerking met het BOAG. Door het BOAG zijn interactieve rekenmodellen ontwikkeld, die inzichtelijk maken welke gevolgen een keuzeproces voor de exploitatie heeft. Met sleutelfunctionarissen zijn tijdens de workshop alle keuzes rondom het concept KZGS direct doorgenomen inclusief een financiële vertaling. Dit heeft bij de deelnemers tot nieuwe inzichten geleid die in de maanden na de workshop tot gerichte acties hebben geleid om terug te komen op gemaakte keuzes of gemaakte keuzes ook daadwerkelijk ten uitvoer te brengen. Adequaat verandermanagement moet ervoor zorgen dat de veranderingen die nodig zijn om van KZGS een duurzaam succes te maken ook daadwerkelijk worden uitgevoerd.

#### *KZGS vraagt om een andere bedrijfsvoering*

De gehouden workshopsessie heeft geleid tot het inzicht, dat als het concept KZGS wordt geïmplementeerd zonder dat de bedrijfsvoering hierop wordt afgestemd, er sprake is van een duurzaam verlies. Als de bedrijfsvoering echter volledig wordt aangepast aan het concept KZGS, dan is de exploitatie van KZGS voor mensen met dementie sluitend te krijgen. Het realiseren van een sluitende exploitatie vraagt wel om de bereidheid om de visie op kleinschaligheid tot in detail door te voeren in de praktijk.

Het instandhouden van een 'klassiek ondersteunend apparaat' in combinatie met kleinschaligheid zal onafwendbaar leiden tot grote financiële verliezen. De aard en omvang van de verliezen zijn echter situationeel afhankelijk, zodat hierover geen algemeen geldende uitspraken kunnen worden gedaan. Wel is duidelijk geworden dat de benodigde keuzes expliciet worden gemaakt en in de praktijk worden gebracht.

Het concept vereist met name een ingrijpende reallocatie tussen verschillende functiegroepen. Door de keuzen in dit kader vooraf goed door te rekenen en te toetsen op haalbaarheid, geschiktheid en passendheid is het mogelijk om het personeelsbeleid af te stemmen op een dergelijke reallocatie van personele inzet. Bijvoorbeeld door voortijdig te starten met het om- of bijscholen van medewerkers en waar mogelijk te starten met outplacementtrajecten.

### **Technologie en huisvesting**

Respondenten geven aan dat domotica in toenemende mate toegepast wordt in KZGS. Dit maakt het mogelijk om verzorgenden te ondersteunen in het dragen van verantwoordelijkheid en kan behulpzaam zijn bij het zelfstandig functioneren. Een voorbeeld hiervan is dat in combinatie met bewegingsdetectie verzorgenden op afstand kunnen zien of een bewoner 's nachts ronddwaalt. Of dat hij/zij al lange tijd stilzit op het toilet, wat op problemen kan duiden.

### **6.3.3. Verandermanagement**

Uit de gehouden interviews blijkt dat op het niveau van het management urgentiebesef gerealiseerd wordt door verschillende acties die worden geïnitieerd door de raad van bestuur in samenwerking met het managementteam. Concrete voorbeelden van samenhangende acties zijn:

- Vormgeving proces totstandkoming van het meerjarenbeleidplan, zowel top down (focus op strategiebepaling) als bottom up (focus op operaties, definiëren prestatieindicatoren, doelen stellen).
- Starten cultuurtraject met het oogmerk zicht te krijgen op competenties topmanagement en identificeren verbeterpunten (focus op verbetering samenwerking, terugbrengen fricties op grensgebieden, verbeteren communicatie). Ontwikkelen van een passende cultuur. Het topmanagement fungeert als cultuurdrager van de organisatie en betreft in het verandertraject ontwikkelde inzichten bij het veranderen van de cultuur in de andere echelons van de organisatie (bijvoorbeeld via teamdagen, workshops, identificeren van zo zijn onze manieren, gewenste houding en gedrag definiëren, stimuleren gewenste houding en gedrag, verankeren in de HRM cyclus). Verandering van gedrag maakt een succesvolle organisatie mogelijk.
- Meer zicht krijgen op de feitelijke prestaties per resultaat verantwoordelijke eenheid, maar ook per product en dit in vergelijking met andere (vergelijkbare) zorgaanbieders in de branche. Bijvoorbeeld door deel te nemen aan een benchmark (jaarlijkse actualisatie). Prestaties van de instelling worden vergeleken met de best presterende- en gemiddelde zorgaanbieders. Verbeterpunten worden opgenomen in de P&C cyclus.



- In interne publicaties worden analoog aan het meerjarenbeleidplan de uitdagingen voor de nabije toekomst besproken en wordt de visie op deze uitdagingen door het management besproken.
- Successen worden gevierd, middenkader en medewerkers worden in het zonnetje gezet.

## **7. SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN**

### **7.1. De overwegingen nader beschouwd**

Het eerste deel van de probleemstelling, namelijk de vraag op basis van welke strategische overwegingen de transitie van grootschalig georganiseerde verpleeghuiszorg naar kleinschalig georganiseerde verpleeghuiszorg binnen de variant duurzaam tot stand kan komen, laat zich als volgt beantwoorden.

#### *Flexibele bouw is een must*

De keuze voor kleinschalig zorg volgens de variant KZGS staat niet op zichzelf. Het hangt samen met veranderingen in de zorg in brede zin. De zorgvraag zelf verandert, niet alleen kwantitatief door de vergrijzing, maar ook kwalitatief. Er is meer behoefte aan differentiatie in het aanbod. Het uniforme aanbod – ontstaan in een aanbodgestuurd plannings- en bouwregime – past daar niet (langer) bij. Een belangrijke les uit de geschiedenis is dat een al te specifieke bouw, een gebouw dat te strak om een zorgconcept wordt heen gebouwd, binnen de kortste keren problemen oplevert als de zorgconcepten gaan veranderen. De stramienmaat of de gehanteerde groepsgrootte met bijbehorend sanitair laat nauwelijks een ander concept toe. Nagenoeg alle verpleeghuizen met meerpersoonskamersproblematiek worden dan ook gesloopt en niet gerenoveerd. Dat laatste levert een te mager resultaat op in prijs/kwaliteitsverhouding: duur met een suboptimaal resultaat. De les is dat een gebouw moet kunnen bewegen met maatschappelijke ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende nieuwe zorgconcepten. Het is een zoeken naar een balans tussen een generiek jasje dat ook andere functies in zich kan herbergen met daarbinnen de mogelijkheden voor specifiekere zorgfuncties en een eigen aankleding.

#### *Vastgoed als strategisch middel*

Het strategisch vastgoedbeleid kan zich verheugen op een toenemende belangstelling van zorgaanbieders. In het algemeen kan hierbij worden opgemerkt dat de financiële dekking van de exploitatiegevolgen die investeringen in vastgoed met zich meebrengen niet langer meer vanzelfsprekend is. Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag. Ten eerste omdat de kapitaalslasten beschouwd moeten worden als 'sunk costs', die na realisatie van de investering nog moeilijk beïnvloedbaar zijn en gedurende lange tijd op de exploitatie van de zorgaanbieder blijven drukken. De zekerheid dat de kapitaalslasten gegarandeerd vergoed blijven, is echter aanmerkelijk kleiner geworden omdat de dekking voor de kapitaalslasten variabel gemaakt is. Leegstand heeft hierdoor direct tot gevolg dat het risico dat de kapitaalslasten niet gedekt kunnen worden stijgt.

De relevantie van het voorgaande voor het concept KZGS is dat het risico op onderbezetting bij dit concept relatief groot is als er sprake is van afwijkingen tussen de normale capaciteit (dit is de capaciteit die wordt gebruikt om te bepalen of de constante kosten gedekt kunnen worden) en de rationele capaciteit (dit is de capaciteit die feitelijk beschikbaar is voor de zorg). Als de normale en rationele capaciteit aan elkaar gelijk zijn is niet voorzien in buffercapaciteit. Deze capaciteit is van cruciaal belang om frictie onderbezetting te kunnen compenseren.

Ten tweede zal vastgoed op grond van het voorgaande niet langer op basis van historische boekwaarde gewaardeerd kunnen worden inclusief de hierbij behorende afschrijvingssystematiek. Periodiek zullen zorgaanbieders de bedrijfswaarde van het vastgoed moeten bepalen. De impact hiervan is dat, afhankelijk van de ontwikkeling van de bedrijfswaarde, het risico aanwezig is dat extra afschrijvingen in de exploitatie verwerkt moeten worden die een neerwaarts effect zullen hebben op de solvabiliteit.

Ten derde is het strategisch vastgoedbeleid van belang om de alternatieve aanwendingsmogelijkheden van het vastgoed te maximaliseren om zo de restwaarde van het pand zo hoog mogelijk te houden. Hierdoor kunnen sterke fluctuaties in de bedrijfswaarde worden gedempt en worden de mogelijkheden om vastgoed als strategisch stuurmiddel te benutten vergroot.

De meerwaarde van de variant van KZGS zit hem in het kunnen bieden van keuzemogelijkheden onder het dak van één grootschalig gebouw en de beschikbaarheid van multidisciplinaire behandel disciplines. Door grootschalig te regisseren en kleinschalig te organiseren kunnen behandel diensten, gemaksdiensten, servicediensten en welzijnsdiensten worden aangeboden, die aansluiten bij behoeften en wensen van verschillende en meerdere doelgroepen.

#### *Prestatiegerichte bekostiging vraag robuuste bedrijfsvoering*

De prestatiebekostiging, de normatieve vergoeding voor huisvestingslasten en de afschaffing van de contracteerplicht hebben tot doel het ondernemerschap van zorgorganisaties te bevorderen. Dit betekent dat zorgorganisaties meer dan nu het geval is te maken krijgen met ondernemingsrisico's. Om toegang tot de vermogensmarkt te behouden of te verkrijgen is een robuuste bedrijfsvoering van belang. De financiële structuur van zorgorganisaties dient, gegeven het risicoprofiel, afgestemd te zijn op de collectieve ambitie. Bij de omschakeling naar het concept moet rekening worden gehouden met transitiekosten waardoor voorafgaand aan en tijdens de omschakeling rekening moet worden gehouden met een reductie van het bedrijfsresultaat.

De invoering van de prestatiebekostiging stimuleert de concurrentie tussen zorgorganisaties, waardoor zij genoodzaakt worden een concurrentiestrategie te adapteren. In een systeem van gereguleerde marktwerking wordt deze keuze echter belemmerd door de werking van het verzekeringsstelsel en het feit dat er nog steeds sprake is van enige mate van sturing door de overheid.

Er is een aantal factoren te betitelen als redelijk vaststaand en daarom als zekerheden voor toekomstige ontwikkelingen waarmee zorgorganisaties rekening kunnen houden in hun beleidsmatige en strategische overwegingen.

#### *Demografische ontwikkelingen*

De eerste betreft demografische ontwikkelingen. Nederland vergrijst; het aantal ouderen neemt toe, zowel absoluut als relatief. Op basis van de huidige gegevens over de samenstelling van de bevolking, is een schatting te maken van het aantal ouderen in de toekomst. Bekend is dat het aantal mensen met dementie zal groeien van 185.000 nu tot 281.000 in 2020 en 412.000 in 2050 (Gezondheidsraad 2002). Aangezien er redelijke schattingen gemaakt kunnen worden, is dit geen factor die het vaststellen van beleid en bepalen van de koers voor kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening voor mensen met dementie bemoeilijkt. Daarmee is nog geen oplossingsrichting aangereikt voor het dilemma, hoe het concept van KZGS zich verhoudt tot andere doelgroepen. Het verdient aanbeveling om vervolgonderzoek uit te voeren over de effecten van het concept van KZGS voor een gecombineerde doelgroepenmix, waaronder mensen met een indicatie op basis van een somatische grondslag. De vraag is vooral relevant voor besturen van verpleeghuisorganisaties die bezig zijn met de uitwerking van de visie op kleinschalige voorzieningen in een nieuwe gebouwelijke omgeving als volwaardig alternatief voor een gecombineerd of somatisch verpleeghuis.

#### *Wet- en regelgeving*

Een ander, eveneens redelijk vaststaand gegeven betreft het niet statisch zijn van wet- en regelgeving. Hoewel niet altijd even duidelijk is wat precies de uitwerking zal zijn van bepaalde wijzigingen in wet- en regelgeving, is deze onduidelijkheid tegelijkertijd een zekerheid. Deze ogenschijnlijk botsende logica heeft te maken met het gegeven, dat het publieke domein van langdurige zorg voor ouderen wordt gekenmerkt door gereguleerde marktwerking en een verzekeringssysteem waarbij zorgkantoren functioneren als uitvoeringsorganisaties. Het gegeven ontslaat zorgorganisaties niet van het nemen van verantwoordelijkheid om eigen opvattingen en contextgebonden antwoorden te formuleren die verder gaan dan acties die leiden tot 'meer van het zelfde'.

Onderscheidend vermogen tussen zorgorganisaties komt tot uiting in de mate waarin tegemoet kan worden gekomen aan de eisen van het zorgkantoor als uitvoeringsorganisatie, bijvoorbeeld ten aanzien van een neerwaarts bijstellen van de prijs van zorg of van schaalgrootte.

In dit proces wordt binnen bestaande principes en werkwijzen van zorg gebleven. De strategische acties hebben de kenmerken van strategisch management en voegen weinig extra maatschappelijke waarde toe (Boekholdt, 2007). Natuurlijk zijn er ook strategische acties die bestaande principes en werkwijzen doorbreken. Kleinschaligheid is hiervan een voorbeeld (Te Boekhorst e.a., 2007). Ze voegen maatschappelijke waarde toe, maar voor afzonderlijke zorgorganisaties bieden ze weinig extra onderscheidend vermogen en daarmee (toekomstig) voordeel. Het gaat immers om een brede sectorale ontwikkeling die bovendien, zoals bij kleinschaligheid, de druk van de uitvoeringsorganisatie kan gaan ervaren (Eefsting, 2007).

## **7.2. Bedrijfsmatige keuzen nader beschouwd**

Het tweede deel van de probleemstelling, namelijk de vraag op basis van welke bedrijfsmatige keuzen de transitie van grootschalig georganiseerde verpleeghuiszorg naar kleinschalig georganiseerde verpleeghuiszorg binnen de variant duurzaam tot stand kan komen, laat zich als volgt beantwoorden.

### *Financiële haalbaarheid vereist nader onderzoek*

De gesprekspartners van de in het onderzoek betrokken casestudies zijn bevroegd op het geven van inzicht in de financiële haalbaarheid van het concept van KZGS. In aansluiting op de conclusie van het onderzoek naar de economische consequenties van verschillende kleinschalige woonvormen van Huijsman (2007), bleek het ook in dit onderzoek niet mogelijk om een gedetailleerde weergave te geven van verschillende in de praktijk toegepaste bedrijfsmatige keuzen bij het concept van KZGS.

De betaalbaarheid van het concept van KZGS lijkt vooral ingegeven te worden door (en causaal samen te hangen met) het maken van heldere keuzes. Afscheid nemen van oude tradities, oude werkprocessen, het opnieuw instellen van facilitaire voorzieningen, het opnieuw vaststellen van een nieuw formatieplaatsenplan passend bij de werkorganisatie van KZGS. Deze keuzes dienen vóór het besluit van invoering te worden gemaakt. Dit levert op zichzelf al een smalle basis voor instellingsoverstijgende analyses, maar die mogelijkheid wordt nog geminimaliseerd door de uiteenlopende kwaliteit van de beschikbaar gestelde gegevens.

Er zijn talrijke variaties gesignaleerd in de gehanteerde registratie- en boekingsmethodieken, in de mate van detail in de kostenstructuur, in de boekhoudpraktijk van toerekening van directe en indirecte kosten naar de kostenplaats kleinschalige woonvorm, in de verdeelsleutels die worden gehanteerd bij toerekening en in de mate van detail van essentiële kostenposten zoals personeel, huisvesting, voeding, etcetera.

#### *Het spoorboekje voor een sluitende kas*

Met aanvullende interviews en een gehouden workshop, waarin gebruik gemaakt is van een beslis- en rekenmodel van BOAG (met een gestandaardiseerde kostentoerekening voor verschillende doelgroepen), is getracht inzicht te verkrijgen in de financieel economische consequenties van het concept KZGS.

De bevindingen van de interviews gecombineerd met de uitkomsten van de workshop geven een consistent beeld op grond waarvan de onderzoekers menen te kunnen concluderen, dat de transitie van grootschalige naar kleinschalige zorg volgens de variant van KZGS met een sluitende kas duurzaam tot stand kan komen voor de doelgroep mensen met dementie. Mits wordt voldaan aan de voorwaarde, dat de visie op kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening concreet en consequent door de organisatie wordt vertaald naar het niveau van de totale organisatie.

Het niet of onvoldoende uitwerken van de visie en het niet aanpassen van de werkorganisatie en werkprocessen, leidt tot hogere en dubbele kosten als gevolg van een niet bij de visie passende werkorganisatie en loongebouw. Het niet maken van heldere keuzes gaat hand in hand met het niet radicaal afscheid nemen van de oude visie, de oude gewoonten en de oude formatie, die daardoor nog te lang gestoeld blijft op basis een zorgconcept waar een organisatie eigenlijk afscheid van wil nemen. In twee van de vijf onderzochte cases is aangetoond, dat het niet maken van keuzes en het niet vooraf toetsen of de visie haalbaar en betaalbaar is, leidt tot onbedoelde en ongewenste exploitatie-effecten. Complicerend en in aanvulling hierop is dat uit het onderzoek gebleken, dat het concept gevoeliger is voor een hogere personeelsformatie. Dit komt omdat de verhouding tussen de shop-time (verloonde uren) en de job-time (productieve uren) ongunstiger is dan bij afdelingsgericht werken het geval is. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat uit de praktijk blijkt dat medewerkers die betrokken zijn bij interne organisatieactiviteiten die niet cliëntgebonden zijn (scholing, opleiding, training en vorming, deelname aan activiteiten gerelateerd aan organisatieontwikkeling) gedurende deze activiteiten niet op de woning werkzaam kunnen zijn met als gevolg dat hiervoor vervanging georganiseerd moet worden. Bij afdelingsgericht werken is er sprake van teams met meerdere teamleden waardoor het eenvoudiger is om de afwezigheid van een collega met het team op te vangen. Dit effect doet zich ook voor bij ziekte. In het concept KZGS is vervanging wegens ziekte eerder nodig dan bij afdelingsgericht werken.

Bovenstaande is geconstateerd voor de doelgroep mensen met dementie. Over het duurzaam tot stand brengen van het concept voor een andere doelgroep dan mensen met dementie, is op basis van dit onderzoek geen zekerheid verkregen. Hiervoor is nader en uitgebreider onderzoek vereist. Wel is gebleken dat de exploitatie door verschillende projecten met veel onderlinge verschillen in bedrijfsvoering wordt gerealiseerd. Met de huidige systematiek en gegevens is het thans vrijwel onvermijdelijk dat er appels met peren worden vergeleken. Dat is uitdrukkelijk vastgesteld bij de gebouwgebonden kosten en kapitaalslasten, maar speelt ook op verfijnd detailniveau door in de personeelslasten. Instellingen blijken zeer uiteenlopende werkwijzen te hebben in de kwantitatieve en kwalitatieve opbouw van hun personeelsbestand, de inzet van personeel tijdens piekuren en buiten kantooruren, de marge en doorrekening voor ziekteverzuim (laag bij de start van dit soort innovatieve projecten!) en verlof (ook nodig voor bijscholing en training, waarbij ook vervangingskosten meegerekend moeten worden) en de toerekening van het lijnmanagement en ander indirect personeel. Dat geldt zeker in overgangssituaties als een organisatie al werkt met groepswonen, maar tegelijkertijd nog andere traditionele voorzieningen in stand houdt of gelijktijdig afbouwt (denk aan facilitaire voorzieningen als de keuken).

### **7.3. Aanbevelingen**

#### *Ruimte voor variatie*

Het verdient aanbeveling om het concept van kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening niet als 'one fits all', maar gedifferentieerd te benaderen. Aandacht voor de individuele bewoner, zijn/haar wensen, behoeften, leefstijl en belevingswereld zijn van belang in de visie-uitwerking. Dit veronderstelt ruimte voor variatiemogelijkheden en het zoeken van een evenwicht tussen het belang van het individu en het belang van de organisatie.

#### *Vasthouden aan visie*

Toepassen van kleinschaligheid is geen kunstje. Gebouwelijk vertalen van kleinschaligheid zonder de consequenties van het concept te aanvaarden, levert een zorgorganisatie geen voordeel op de langere termijn. Toekomstbestendig invoeren van het concept van KZGS veronderstelt een doorleefde visie en een consistente uitwerking van deze visie naar uitgangspunten en keuzes voor de bedrijfsvoering. Het bieden van een bundel van zorg en wonen aan meerdere doelgroepen veronderstelt een gedifferentieerde vertaling, c.q. uitwerking van de visie naar meerdere doelgroepen.

Het denken in termen van gedifferentieerde bedrijfsmatige keuzen voor het bedienen van meerdere doelgroepen met een verschillend wensenpakket ligt voor de hand, maar wordt in de praktijk onvoldoende onderkend bij het maken van een keuze om een grote intramurale zorginstelling om te zetten naar KZGS.

#### *Implementatie van KZGS is meer dan een huisvestingsoperatie*

Invoering van het concept is meer dan een fysieke operatie waarin een afdeling van 30 bewoners wordt omgezet naar een groep van 6, 7 of 8 bewoners. Het is belangrijk te onderkennen dat invoering van het concept impact heeft voor de totale organisatie. Het proces dient te worden benaderd als én een zorgvernieuwingvraagstuk, een huisvestingsvraagstuk én een bedrijfsvoeringvraagstuk. Zo bezien, valt de invoering van het concept in drie deelprojecten uiteen: de ontwikkeling van een visie op kleinschalige zorgverlening, de implementatie van een bij deze visie passende werkorganisatie (afgestemd op de wensen en behoeften van één of meerdere – heterogeen samengestelde - doelgroepen) en het ontwerp en de bouw van de groepswoningen.

De manier waarop de huisvesting wordt vormgegeven is bepalend voor de ontwikkeling van de zorg-en dienstverlening. Hoewel de literatuur diverse huisvestingsvormen voor ouderen (bijna uitsluitend voor doelgroep ouderen met dementie), variërend van stand alone groepswoningen in de wijk, tot geclusterde woningen in een (al dan niet gerenoveerde) instelling beschrijft, heeft dit onderzoek zich toegespitst op het kiezen voor het concept van KZGS. Ook deze keuze is niet waarde vrij. De keuze gaat gepaard met vraagstukken over de bedrijfsvoering, de welzijnsfunctie en beschikbaarheid van expertise van (para)medische functies. Bestuur en management dienen hierover toekomstbestendige antwoorden te formuleren zonder concessies te doen aan de visie.

#### *Kiezen voor KZGS is kiezen voor een andere bedrijfscultuur*

De basis voor de zorgverlening binnen het concept van KZGS is het bieden van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg. Daar bovenop komt het aan op de wijze waarop de zorg-en dienstverlening op gebied van begeleid wonen, welzijn en kwaliteit van leven is doorgevoerd in allerlei details als werkwijze van medewerkers in de woning, de rol van (para)medisch en verpleegkundig personeel, de positie van facilitaire diensten en voorzieningen e.d.

De ervaring leert dat rekening gehouden moet worden met een (langdurig) cultuurtraject om medewerkers mee te nemen in de benodigde (ingrijpende) cultuuromslag. Kritische succesfactoren zijn het intensief met elkaar reflecteren op bestaande collectieve waarden



en het geven van ruimte, vertrouwen en verantwoordelijkheid. Van bestuur en management wordt verwacht dat zij duidelijk richting geeft en grenzen bepaalt.

#### *Sparen voor omschakeling KZGS vanwege transitiekosten*

Het verdient aanbeveling om rekening te houden met overgangskosten in de transitie van de meer traditionele verpleeghuiszorg naar kleinschalig groepswonen (bijvoorbeeld bij afbouw van centrale keuken(personeel), linnenvoorziening, voedselinkoop en maaltijdbereiding e.d.).

#### **7.4.Tenslotte**

Het concept KZGS is een nieuw zorgconcept waarin passende gebouwen een noodzakelijke voorwaarde zijn (maar geen doel op zich vormen). Het concept heeft het in zich om voor meerdere doelgroepen van toegevoegde waarde te zijn. De meerwaarde van het concept is duidelijk voor mensen met dementie. Voor andere doelgroepen in het publieke domein van langdurige zorg voor ouderen, is nader onderzoek vereist om de meerwaarde van het concept objectief aan te tonen. Uit dit onderzoek komt als belangrijkste les naar voren dat kiezen voor KZGS niet vrijblijvend kan worden geïntroduceerd. Kiezen voor KZGS vraagt consequent handelen om de visie in verbinding te brengen met de praktijk. De introductie gaat voorbij aan strategisch management en vraagt om strategisch ondernemerschap.

## REFERENTIES EN GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Acares, 2003. *Investeringsplan wonen en zorg*. (Internet). Bereikbaar op [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, diverse artikelen geraadpleegd. (Internet). Bereikbaar op [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)
- ActiZ en College Bouw zorginstellingen, 2007, *Hoe is het uitzicht?; 16 visies op wonen en zorg voor ouderen*, Utrecht.
- Alvares, S.A. en J.B. Barney, 2002, *Resource-Based Theory and the Entrepreneurial Firm*. In: Hitt, M.A., R.D. Ireland, S.M. Camp en DL. Sexton (eds), *Strategic Entrepreneurship: Creating a New Mindset*, Blackwell Publishing.
- Austin, J., H. Stevenson en Y. Wei-Skillern, 2006, *Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different or Both? Entrepreneurship Theory and Practice*.
- Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede, 1990, *Basisboek methoden en technieken*, Stenfert Kroese, Leiden/Antwerpen.
- Boekholdt, M.G., 1981, *Invoeren van groepsverpleging: een organisatie-veranderkundig onderzoek op verpleegafdelingen van een algemeen ziekenhuis*, Utrecht, proefschrift.
- Boekholdt, M.G., 1991, *A developmental approach to the management of health care facilities in a changing environment*, Leeds, Nuffield Institute for Health Services Studies.
- Boekholdt, M.G., 1998, *Strategische vernieuwing in de gezondheidszorg: een organisatie-veranderkundig perspectief*. In: Kuipers, H., C. Midden en H. Steensma, *Wie is aan zet: Het veranderen van individuen, groepen en organisaties*, Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.
- Boekholdt, M.G., 2002, *Het Zonnehuis: Tachtig jaar Toekomst*, Soesterberg, Vereniging Het Zonnehuis.
- Boekholdt, M.G., 2007, *Maatschappelijk ondernemen in de zorg; mythe en werkelijkheid*, Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit, Amsterdam, oratie.
- Boekholdt, M.G., en R. Pepels, 1994, *Implementatie: Het invoeren van vernieuwingen in de ouderenzorg*. In: Nies, H. en S. Kollaard (red), *De praktijk van vernieuwingswerk in de ouderenzorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Boekhorst, S. te, M.F.I.A. Depla, J. de Lange, A.M. Pot en J.A. Eefsting, 2007, *Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 38.
- Boer, A.H. de (red.), 2006, *Rapportage ouderen 2006, Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*, Sociaal en cultureel Planbureau (SCP), 2006.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2005.
- Bijlsma-Frankema, K.M. en A.B. Droogleeve Fortuijn, 1977, *De kwalitatieve datamatrix als analyse-instrument*, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen 42/4, p. 448-459.
- Clarenbeek, J., C. Kroezen en M. Tulen, *Betaalbaarheid van kleinschaligheid; onderzoeksrapport naar exploitatiekosten van varianten van kleinschalig wonen*, Stichting werkt voor ouderen, Vlissingen, 2007.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002. *Bouwmaatstaven voor verpleging en verzorging*. (Internet). Bereikbaar op [www.cb.nl](http://www.cb.nl)
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2003. *Op tijd bouwen voor ouderen*. (internet). Bereikbaar op [www.cb.nl](http://www.cb.nl)

- Covin, J.G. en D.P. Slevin, 2002, *The Entrepreneurial Imperatives of Strategic Leadership*. In: Hitt, M.A., R.D. Ireland, S.M. Camp en D. Sexton (eds), *Strategic Entrepreneurship: Creating a New Mindset*, Blackwell Publishing.
- Commissie Sociale zekerheid AWBZ, 2008, *Concept advies over de Toekomst AWBZ*, 04-05.
- Delden, P.J. van en M. Veraart, 2001, *Publieke dienstverlening in de markt*, Amsterdam, Business Contact.
- Eefsting, J.A., 2002, *Vluchten kan niet meer; het advies Dementie van de Gezondheidsraad*, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 33,2.
- Eefsting, J.A., 2007, *Inconsistente maatschappelijke eisen in de dementiezorg*, ZM 23 (5): 12-16.
- Elfring, T. en H.W. Volberda, 2001, *Multiple Futures of Strategy Synthesis: Shifting Boundaries, Dynamic Capabilities and Strategy Configurations*.
- Emmanuel, C. en Otley, D., 1995, *Accounting for Management Control*, Holborn, International Thomson Business.
- Fahrenfort, M., 2003, *Roeien met de riemen die je hebt; variatie kenmerkend voor kleinschalig wonen*. Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric; 15 (10):12-16, 2003.
- Fahrenfort, M. en O. Reuchlin, 2002, *Kleinschalig wonen voor dementerenden, Handreiking voor de organisatie*. B&A Groep Beleidsonderzoek & -advies BV in opdracht van het IWZ.
- Gezondheidsraad, 2002, *Advies Dementie*, Gezondheidsraad, Den Haag.
- Grit, K. en P. Meurs, 2005, *Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders*, Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Helderman, J.K., P. Meurs en K. Putters, 1996, *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid*, Van Gorcum, Assen.
- Hirsch, M.L., 1988, *Advanced Management Accounting*, Boston, Wadsworth Inc.
- Hitt, M.A., R.D. Ireland, S.M. Camp and D.L. Sexton, 2002, *Strategic Entrepreneurship: Integrating Entrepreneurial and Strategic Management Perspectives*. In: Hitt, M.A., R.D. Ireland, S.M. Camp en D.L. Sexton (eds), *Strategic Entrepreneurship: Creating a new mindset*, Blackwell Publishing.
- Homan, T., 2005, *Organisatiedynamica: Theorie en praktijk van organisatieverandering*, Academic Service, Den Haag.
- Huijsman, R. en I. Bronsvort, 2006, *ionalisering van varianten van kleinschalig verblijf voor dementerenden*, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Huijsman, R. in samenwerking met Ernst&Young, 2007, *Kostenonderzoek naar bedrijfsvoering kleinschalige zorg voor dementerenden*, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Huijsman, R. en M.G. Boekholdt, 2000, *Samenhangend zorgbeleid in de regio en voor doelgroepen: Ketenzorg als strategisch domein*, ZM, 16, 11.
- Huijsman, R en M. Zanen, 2005, *Toekomst-scenario's klinische geriatrie; richting geven aan vergrijzing in de gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen.
- Kennedie H.W.R., 2005, *Waarde, Waardering, Waardigheid; Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg*. (Internet). Bereikbaar op [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)
- Johnson, G., Scholes, Whittington, K, 2005, *Exploring Corporate Strategy*, Essex, Pearson Education Limited.

- Binneken van, J. (BOAG B.V.), 2007, *Kleinschalige groepswoningen voor dementerenden - Eerst kiezen, dan bouwen*, *Zorgvisie* 37 (11): 48-49.
- Kenniskring Transitie in Zorg, 2004. *Kleinschalige zorg voor mensen met dementie*. (Internet). Bereikbaar op [www.transitiesinzorg.nl](http://www.transitiesinzorg.nl)
- Kingma, M. (e.a.), (HH&M), 2007 Onderzoek Eerste verkenning effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor niet-grootschalige woonvormen.
- Klingeman, C. , J. de Lange en N. van 't Leven, 2004, *Kleinschalige zorg voor mensen met dementie: een onderzoek naar de overgang naar een nieuwe woonomgeving en hoe verzorgenden mensen met dementie daarbij ondersteunen*. Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam.
- Kotter, J.P., 1996, *Leading Change*, Harvard Business Press, Boston.
- Krijger, E., 2002, *Receptuur voor kleinschaligheid*. Utrecht. NIZW, Innovatieprogramma wonen en zorg.
- Krijger, E. 2003, *Leren van elkaar; kleinschalig wonen in andere sectoren*. Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric, nr. 5.
- Krijger, E., 2004, *Handleiding kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie; Inhoudelijke en praktische adviezen*, IWZ, Utrecht.
- Krijger, E (e.a.), 2007, *Huiselijk in de wijk – Kleinschalig groepswonen in elke provincie voor mensen met dementie*, Vilans/Centrum Kleinschalig Wonen.
- Lange, J. de., 2004, *Omgaan met dementie*. Trimbos instituut, Utrecht.
- Lange, J. de & Staa, A. van., 2003, *Transities in zorg, op zoek naar een nieuw evenwicht*. Hogeschool Rotterdam.
- Maes, A., 2008, *Ingrepen in het zorgstelsel zijn onontkoombaar*, artikel Volkskrant 8-01-2008.
- March, J.G., 1991, *Exploration and Exploitation in Organizational Learning*, *Organization Science*, 2,1.
- Mens, N. (red.), 2005, *Zorgboulevards – Verkenningen in het Zorglandschap van morgen*, Uitgeverij Toth, Rotterdam.
- Menzis, 2004, *jaarverslagen*, Zorgkantoren Arnhem, Groningen, en Twente.
- Meurs, P., 1997, *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen voor gezondheidszorg*, Erasmus Universiteit, Rotterdam, oratie.
- Meurs, P. en T. van der Grinten (red), 2005, *Gemengd besturen: Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Sdu Uitgevers, Den Haag.
- Meurs, P. en M. Noordegraaf, 2005, *Besturingsproblemen in de zorg: de besturingsfuik*. In: Meurs, P. en T. van der Grinten (red), *Gemengd besturen: Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Sdu Uitgevers, Den Haag.
- Meijer, A., 1990, *Instellingen en strategisch beleid*, in: J. Maarse en I. Mur-Veeman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen.
- Ministerie van Economische Zaken, 2007, *De psychologie van het kiezen – Over consumentengedrag in geliberaliseerde markten*, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005, *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. (Internet). Bereikbaar op [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)
- Mintzberg, H., 1994, *The Rise and Fall of Strategic Planning: Reconciling Roles of Planning, Plans and Planners*, Free Press, New York.

- Mintzberg, H., 2004, *Mintzberg on Management*, The Free Press, New York.
- Moen, J., P. Ansems, J. Hanse en M. Vintges, 2000, *Leiden of lijden?: Het handelingsrepertoire van de manager*, Van Gorcum, Assen.
- Netwerk Verpleging & Verzorging, 2002, *Checklist wonen & zorg; wensen van ouderen*, Utrecht.
- NIZW, 2004, *Het landelijk Dementieprogramma "de regio's aan zet"*. (Internet). Bereikbaar op [www.dementieprogramma.nl](http://www.dementieprogramma.nl)
- Nies, H., 1994, *Innovatie in de ouderenzorg: Een methodische leidraad tot zorgvernieuwing*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Noordegraaf, M., 2004, *Management in het publieke domein: Issues, instituties en instrumenten*, Coutinho, Bussum.
- Noordegraaf, M., 2006, *Vraaggestuurd organiseren*, B en M, jrg. 33, nr. 3.
- Noordegraaf, M. en P. Meurs, 2002, *Verwarde managers: Professionalisering en managers in de zorg*, M en O, 56, 3.
- Nouws, H., 2001, *Huiselijk en vertrouwd; handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden*. Utrecht: NIZW.
- Nouws, H., 2003, *Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie*. Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric 15 (5): 4-7.
- Nouws, H., 2003, *Wet ziekenhuisvoorzieningen of scheiden wonen en zorg? Bouw en exploitatie groepswoonruimten voor dementerenden nader bekeken*. Ruimte voor zorg BV in opdracht van Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht.
- NZa, 2007, *Uitvoeringstoets Care voor de Toekomst – Voorstellen voor de korte en lange termijn*, Utrecht.
- Otten, B.R. en J. Hoekman, 1999, *Succes- en faalfactoren bij kleinschalig wonen voor mensen met een licht verstandelijke handicap*. Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten; nr. 1: 40-61.
- Peeperkorn, M., 2007, *Geen rem op kostenstijging zorg*, artikel Volkskrant 14-11-2007.
- Porter, M.E., 1985, *Competitive Advantage*, MacMillan Publishing Co. Inc, New York.
- Porter, M.E., 2006, *Concurrentiestrategie, analysemethoden voor bedrijfstakken en industriële concurrentie*, Business Contact, Amsterdam/Antwerpen.
- Rood, E., 2008, *Vermaatschappelijking van de zorg; geluk(t) voor iedereen?, een onderzoek naar de gevolgen van en voorwaarden voor vermaatschappelijking van de zorg*, Bestuur&Management Consultants uitgave, BDU, Barneveld.
- Schermer M., 2005, *Een goed leven in het verpleeghuis; zorgvisie en praktijk*. Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric, nr. 4.
- Schrijvers G. & Boot J.M., 1983, *Een halve eeuw gezondheidszorg 1950 – 2000*, De Tijdstroom. Lochem.
- Singelenberg, J.P.J., 2001, *Het Deense model voor de ouderenzorg*, Ouderenzorg, nr. 1.
- Sprietsma, M. en R. Huijsman, 2001, *Kleur bekennen: toekomstscenario's voor de Rotterdamse ouderenzorg*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.
- Stichting werkt voor ouderen, 2007, *Kleinschaligheid wonen voor dementerenden: wat willen ouderen zelf en wat zijn de economische consequenties van de verschillende woonvormen*, Vlissingen.

Stichting Wonen met Dementie, 2003, *Geen tehuis, maar een thuis*. (Internet) Bereikbaar op [www.wonenmetdementie.nl](http://www.wonenmetdementie.nl)

Swanborn, P.G., 1987, *Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek*, Boom, Meppel.

Taam, S., I. Tomberg & E. Troost, 2004, *Een thuis, meer dan een dak en 4 muren. Literatuuronderzoek gericht op het woningontwerp van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Hogeschool van Amsterdam.

Trimbos-instituut en Vumc, 2007, *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten?, onderzoeksresultaten, commentaren en interviews*, Trimbos-instituut, Utrecht.

Trommelen, J. (e.a.), 2007, *Zorg in verpleeghuizen vergeleken*, artikel in de Volkskrant 15-12-2007.

Trommelen, J. (e.a.), 2007, *Voor tweehonderd euro*, artikel in de Volkskrant 15-12-2007.

Trommelen, J. (e.a.), 2007, *Veel mis in verpleeghuis, toch hulde*, artikel in de Volkskrant 22-12-2007.

Tijhaar, W.A., 1998, *Bedrijfseconomie*, Wolters-Noordhoff BV, Groningen.

Volberda, H.W. en T. Elfring, 2001, *Rethinking Strategy*, London, Sage.

Vosselman, E.G.J., 1999, *Management Accounting en Control*, LEMMA BV, Utrecht.

Waal, S.P.M. de, Th.N.M. Schuyt en P.A. Verveen, 1994, *Handboek Maatschappelijk ondernemerschap*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Waal, S.P.M. de, 2000, *Nieuwe strategieën voor het publieke domein: maatschappelijk ondernemen in de praktijk*, Samsom. Alphen aan den Rijn.

Weggemans, M.C.D.P., 2000, *Kennismanagement: de praktijk*, Scriptum, Schiedam.

Wel, P.C. van der Wel, 2005, *Toekomstschets verpleeghuiszorg; onderzoek naar de verschillende visies op de toekomst van de kleinschalige woonvoorzieningen en het verpleeghuis in de zorgverlening aan mensen met een ernstige vorm van dementie*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, scriptie.

Witlox, A (e.a.), 2008, *Reader Kleinschalig wonen*, Zorgpalet Baarn-Soest. .

Wijnties M., 2003, *Wordt kleinschalige zorg groot?* (Internet). Bereikbaar op [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)

Wijnties M. 2004, *Hoe maken we kleinschalige zorg groot?* ZM 3.

Ijperen, M.J. van, 2005, *Kleinschalige zorg, grote verschillen? Een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen zorgverlening in een kleinschalige woonvorm en kleinschalige zorgverlening in een grootschalige setting.*, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, scriptie.

**Vragenlijst kleinschalige zorg in een grootschalige setting**

**1. Strategische analyse**

Vraag 1.1.

Op welke wijze heeft de strategiebepaling rondom de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen de organisatie vorm en inhoud gekregen bij de gesprekspartner (of in geval van geen zorgaanbieder, denkt dat de gesprekspartner dat de strategiebepaling rondom de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid binnen de sector plaatsvindt)?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in het proces van strategiebepaling om het traditionele concept van verpleeghuiszorg in te ruilen voor een nieuw in te voeren concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid (antwoord op deelvraag: welke bestuurlijke overwegingen zijn betrokken in de beleidsvoorbereiding).*

Vraag 1.2.

Maakt(e) de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid deel uit van de strategische agenda van de organisatie?

Zo ja, welke andere beleidsspeerpunten staan (stonden) op de strategische agenda en is er een onderlinge samenhang tussen de speerpunten van beleid?

Zo nee, kunnen de drie belangrijkste onderwerpen op de strategische agenda gereproduceerd worden?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de gekozen/geformuleerde strategische missie/koers en de ontwikkelingsrichting van de organisatie en de wijze waarop de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid daar een logische afgeleide van is (antwoord op deelvraag: hoe is de invoering op de strategische agenda gekomen?)*

Vraag 1.3.

Is de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid voorafgegaan met een strategische analyse?

Zo ja, hoe heeft dit proces zich voltrokken en welke elementen zijn in deze analyse meegenomen?

Welke uitgangspunten voor de bedrijfsvoering zijn als vertrekpunt in de analyse genomen?

Welke uitgangspunten voor de organisatorische inrichting zijn als vertrekpunt in de analyse genomen?

Welke uitgangspunten voor de continuïteit van de organisatie zijn als vertrekpunt in de analyse genomen?

In geval van geen zorgaanbieder, kan de gesprekspartner zich een oordeel vormen hoe hij/zij denkt dat de strategische analyse met betrekking tot de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid zich gemiddeld binnen de sector voltrekt?).

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de analyse die voorafgegaan is aan het besluit om het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid te gaan invoeren (antwoord op deelvraag: welke processtappen zijn gevolgd in het beleidsvoorbereidende proces?)*

Vraag 1.4.

In hoeverre heeft de gesprekspartner rekening gehouden met omgevingsvariabelen bij het bepalen van de strategie en waaruit blijkt dit?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de mate waarin bij de uitwerking van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid rekening is gehouden met de aanwezigheid van unieke hulpbronnen of omstandigheden (in gebouwelijke zin, in personele zin, in logistieke zin en in bedrijfseconomische zin) (antwoord op deelvraag: welke inschatting is vooraf gemaakt ten aanzien van kansen en bedreigingen?)*

Vraag 1.5.

Welke opvattingen en ambities zijn onderdeel geweest van de strategische analyse en hebben een (doorslaggevende) rol gespeeld bij de uiteindelijk uitgezette strategische koers om het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid te gaan invoeren?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de doorslaggevende argumenten en de wijze waarop de organisatie erin geslaagd is om irrationele opvattingen en ambities in de analyse te onderscheiden van rationele opvattingen en ambities (antwoord op de deelvraag: welke processtappen zijn gevolgd in de strategische koersbepaling).*



## 2. Strategische keuzen

Vraag 2.1.

Op grond van welke motieven verdient het concept van kleinschalig wonen de voorkeur (en meer specifiek welke argumenten zijn er om dit in een grootschalige setting te doen)?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de generieke strategische keuzes. We willen focussen op de vraag: wat wil een organisatie bereiken met de invoering van het concept van kleinschalig wonen (in een grootschalige setting) in termen van verdedigbare marktpositie, aansluiting op de marktvraag en onderscheidend vermogen? Op basis van welke argumenten en strategische overwegingen wordt het concept van kleinschalig wonen door de respondent als een geschikt, aanvaardbaar en haalbaar alternatief gezien voor het traditionele concept van verpleeghuiszorg (antwoord op deelvragen: is er een optimum in omvang en aantallen groepen; is er een exploitatie grens in termen van conituiteit en toekomstbestendigheid; welke betekenis wordt gegeven aan de invoering van het concept voor de bedrijfsvoering, voor de bedrijfsstructuur; voor de bedrijfscultuur?).*

Vraag 2.2.

Het onderscheidend vermogen van de organisatie in relatie tot de introductie van marktwerking kan op verschillende wijzen vorm krijgen. Is de keuze voor kleinschaligheid onderdeel (geweest) van bestuurlijke overwegingen in termen van productleadership, customer intimacy en operational excellence?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we in het algemeen inzicht willen verwerven in de strategische, de organisatorische en de inhoudelijke motieven op grond waarvan het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid gelegitimeerd wordt (antwoord op deelvraag: welke bestuurlijke overwegingen zijn leidend geweest in het maken van keuzes en de uiteindelijke besluitvorming?).*

Vraag 2.3.

In hoeverre is de invoering van het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid passend bij de ontwikkelingsrichting en het bedrijfsconcept van de organisatie (c.q. sector)?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven of de invoering van het concept gelegitimeerd wordt vanuit een door de organisatie zelf ingezette ontwikkelingsrichting of gelegitimeerd wordt vanuit een ontwikkeling die is ontstaan vanuit een dynamiek door politiek/maatschappelijk/sectoraal e context. sector of is of gelegitimeerd wordt ten vanuit verschillende ontwikkelingsrichtingen het besluit*

*legitimeren om het concept van kleinschaligheid binnen grootschaligheid in te voeren (antwoord op deelvraag: hoe is de invoering op de strategische agenda van de organisatie terecht gekomen?). .*

### **3. Strategie implementatie**

Vraag 3.1.

Op welke wijze is de organisatie (c.q. de sector) in staat om de transitie naar het concept van kleinschalig wonen te realiseren ?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de manier waarop een organisatie vorm en inhoud geeft aan het veranderproces, dan wel de manier waarop andere actoren in het zorgstelsel denken dat vorm en inhoud gegeven moet worden aan het veranderingsproces dat het gevolg is van een nieuw te implementeren concept van zorg- en dienstverlening. Wat zijn leerpunten van best practices, welke kritische succes- en faalfactoren zijn te onderscheiden.*

Vraag 3.2.

De omschakeling naar het concept kleinschalig wonen vergt aanpassingen in de organisatorische inrichting. Wat is uw visie op het operationaliseren van deze aanpassingen en welke gevolgen heeft dit of zou dit volgens u moeten hebben voor de bedrijfsvoering van een zorginstelling?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de wijze waarop een organisatie de verbinding weet te leggen tussen visie en realisatie van die visie en of er tijdens dit proces concessies zijn gedaan aan visie en daaruit afgeleide uitgangspunten. Onderwerpen die naar onze mening hierbij relevant zijn:*

- *Ontwerp van de bedrijfsprocessen*
- *Inrichting van de werkorganisatie*
- *Bedrijfseconomische haalbaarheid*

Vraag 3.3.

Wat is naar uw mening een optimale (of suboptimale) omvang van het aantal cliënten per groep binnen de variant kleinschaligheid binnen grootschaligheid? Op grond van welke berekeningen bent u die mening toegedaan? Is dit onderzocht en op basis van welke parameters, analyses en argumentatie hebben bedrijfmatige keuzes plaatsgevonden, dan wel dienen naar uw mening bedrijfskundige keuzes onderbouwd te worden?

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we inzicht willen verwerven in de optimale schaalgrootte van een kleinschalige woonvorm en welke variabelen deze omvang bepalen. We denken dat de optimale schaalgrootte van betekenis én van invloed is op de bedrijfseconomische haalbaarheid van het concept.*

Vraag 3.4.

Het concept van kleinschaligheid in een grootschalige setting heeft in het algemeen gevolgen voor de personeelssamenstelling en kostenopbouw. In hoeverre zijn (of is u bekend dat) van de effecten doorrekeningen en interne analyses gemaakt. Wat zijn uw belangrijkste bevindingen van deze doorrekeningen en analyses? Hoe denkt u dat de kas kloppend gemaakt kan worden met dit concept van zorgverlening

*(Toelichting)*

*Aan deze vraag ligt ten grondslag dat we waarnemen dat er naar verhouding meer personeel wordt ingezet in het primaire proces dan dat er sprake is van een reductie in de personele inzet van de ondersteunende processen. Dit heeft tot gevolg dat er per saldo meer personele inzet nodig is, terwijl er in het extern budget geen hogere vergoeding tegenover staat. We willen graag weten of deze waarneming voor uw organisatie geldt. Dit kan dan een aanwijzing zijn dat de kostprijs van kleinschalige zorgverlening in een grootschalige setting hoger is dan de kostprijs van afdelingsgericht werken.*

## **Bijlage 2: Lijst van geïnterviewden:**

De heer drs. H.G. van der Burg,

*Beleidsmedewerker afdeling Kwaliteitsbeleid en Zorginstellingen, directie langdurige zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

De heer ing. H.P.C. Verbeek,

*Beleidsmedewerker afdeling Kwaliteitsbeleid en Zorginstellingen, directie langdurige zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

De heer drs. W.J.C. Vink,

*Beleidsmedewerker Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg.*

Mevrouw M.P. Wijnties,

*Adviseur Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.*

Mevrouw drs. J.H.M. van Ginneken,

*Senior adviseur BOAG advies en management.*

De heer prof. dr. R. Huijsman MBA,

*Hoogleraar integraal zorgmanagement Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.*

De heer H. Foekens,

*Voorzitter raad van bestuur stichting Woonzorgcentrum IJsselheem.*

De heer drs. A.H.T. Witlox,

*Directeur stichting Zorgpalet Baarn-Soest.*

De heer B. van der Lende,

*Directeur stichting Laurens regio Noord-Oost.*

De heer prof. dr. J.A. Eefsting,

*Voorzitter raad van bestuur stichting Zorgcombinatie Zwolle/bijzonder hoogleraar richtlijnontwikkeling dementie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.*

Mevrouw drs. G.E. Hommes MBA,

*Voorzitter raad van bestuur Stichting Zorggroep Groningen.*

Mevrouw drs. W.G. Heeringa,  
*Regiomanager stichting Zorgcombinatie Zwolle.*

De heer P. Rietveld,  
*Facilitair manager stichting Zorgcombinatie Zwolle.*

De heer R. Pasmaan,  
*Facilitair manager a.i. stichting Zorggroep Groningen.*

Mevrouw drs. R. de Jong,  
*Locatiemanager Innersdijk stichting Zorggroep Groningen.*

Mevrouw T. Hamstra MBA,  
*Locatiemanager Bloemhof stichting Zorggroep Groningen.*

Mevrouw M. Jaspar,  
*Locatiemanager Maartenshof stichting Zorggroep Groningen.*