

Inhoud

Voorwoord	5	
1 Inleiding	11	
De context van zorgorganisaties	13	
De context van Buurtzorg Nederland	14	
Ambities van Buurtzorg Nederland	16	
Het onderzoek: doelen, aanpak en werkwijze	17	
Opbouw van dit boek	19	
2 Buurtzorg in het kort	21	
Werkwijze	21	7
Inrichting van de organisatie	22	
Hoe start een team?	24	
Wat vindt de cliënt?	25	
De eerste resultaten	27	
Buurtzorg onderzocht	28	
3 De inhoud van de zorg als vertrekpunt voor organiseren	29	
Het begint met een mensvisie	29	
Vier zorginhoudelijke gedragsregels staan voorop	31	
Contextgericht werken: de individuele zorgvraag in samenhang met de omgeving benaderen	31	
Relatiegericht werken: opbouwen van een (goede) relatie en bieden van continuïteit	35	
Uitgaan van de behoefte en beleving van de cliënt	37	
Streven naar zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid	40	
Zorginhoud stuurt de zorgorganisatie	41	
Vakkundige en gediplomeerde zorgverleners	41	
Kwaliteitszorgsysteem gebaseerd op visie en vakinhoud	42	
Buurt- en teamgericht organiseren	43	

	Ook het registratiesysteem wordt gestuurd door zorginhoud	44
	En verder	45
4	Zelf organiseren van de zorg	47
	Zorgen en organiseren zijn in handen van de uitvoering	47
	Primair en secundair proces verbinden	47
	De zorg zo min mogelijk opsplitsen in afzonderlijke handelingen	48
	Interne verdeling van middelen sluit aan bij zelf organiseren	48
	Vrijheid in gebondenheid	49
	Zelfbeschikking	49
	Kaders en afspraken	49
	Ruimte voor interpretatie en specifieke invulling	51
	Onderlinge solidariteit	52
	Teams leren zelf organiseren in de praktijk	53
	Zonder worstelen geen zelfsturing	54
	Zelf bedenken en kiezen motiveert	55
	Creatief ‘plannen’	56
	Leren omgaan met gelijke zeggenschap vanuit verschillende rollen	58
	Uitbreiden en splitsen	59
	Leren omgaan met verantwoordelijkheid dragen en je grenzen kennen	61
	Eigenaarschap als resultaat	62
	En verder	64
5	Ondersteunen in plaats van managen	65
	De regiocoach	66
	Vijf accenten bij de invulling van de coachrol	67
	Ervaren dilemma’s onder coaches	71
	Ontwikkelen van vaardigheden voor zelf organiseren	73
	Oplossen in plaats van analyseren	74
	Besluitvorming op basis van consent en tijdelijkheid	75
	Hulp bij teamontwikkeling en hanteren van conflicten	77
	Ontwikkelen en delen van kennis over zelfsturing binnen Buurtzorg	77
	Het Buurtzorgweb	78
	Het Buurtzorgweb ondersteunt	79
	Het Buurtzorgweb vergemakkelijkt het administratieve werk	79
	Het Buurtzorgweb informeert en verbindt	80
	Het Buurtzorgweb stapelt kennis en ervaring	81
	Informatie komt niet naar je toe, je moet het zelf halen	82

Ondersteunend bureau	83
Service	84
Hitteschild	85
En verder	86
6 Organiseren als continu proces	87
Beleid maken op basis van eenvoud en tijdelijkheid	88
Overleg alleen wanneer het nodig is	88
Zo min mogelijk taken naar staffuncties	90
Geen normen, maar kaders die stimuleren om zelf na te denken	92
Plannen maken: geen rituele dans maar een hulpmiddel	92
Ondernemerschap stimuleren door zelf te begroten	96
Productiviteit als ‘de uitkomst van dingen die goed gaan’	97
Productiviteit blijft een gevoelig thema	98
Monitoren door coaches en bestuurder	99
Wanneer de productiviteit toch niet op orde komt	100
Bestuurder gebruikt het web om met teams in dialoog te blijven over productiviteit van Buurtzorg als totaal	101
Besluitvorming op basis van dialoog en gegrond in de praktijk	102
Democratie van ideeën op het Buurtzorgweb	103
Medezeggenschap: niet de letter maar de geest van de wet	105
Bewaken van het principe: geen informeel managementoverleg	108
Strategische besluitvorming: de oprichter wikt, weegt en beslist	112
En verder	115
7 Reflectie	117
Congruent en consistent organiseren	118
Bewaken van de focus op de inhoud van de zorg: zwak gestructureerde systemen voor planning en beheersing en een kleine staf	122
Laten leiden door de relationele waarden van het vak	125
Effectieve coördinatie- en controlemechanismen	128
Contextgedreven organiseren	132
Institutioneel leiderschap	135
Toezicht en verantwoording	138
8 Kan Buurtzorg groeien en zich verbreden?	145
Buurtzorg zelf: dynamisch blijven organiseren	146
Netwerk van partners en concurrenten: elkaar vinden op het onderliggende waardensysteem	150
Institutionele context: shaping new buildings	157

Tot slot	165
Literatuur en andere bronnen	167
Bijlage Samenvatting organisatieprincipes Buurtzorg	173

1 Inleiding

Er bestaat brede kritiek op de bestaande situatie in de Nederlandse gezondheidszorg. De kwaliteit schiet tekort, de zorg is versnipperd, bureaucratie overheerst en de betaalbaarheid staat onder druk. De kritiek komt van binnen én buiten de zorg. Het is een veelbesproken thema in de politiek, media, op congressen van zorgprofessionals en onder cliënten en hun vertegenwoordigers. In het debat over de toekomst van de langdurige zorg in Nederland lijkt een breed gedragen beeld te bestaan dat het anders moet. Zorgverleners, managers, bestuurders, beleidsmakers en bewindslieden spreken over “de menselijke waarden en de menselijke maat terugbrengen in de zorg”, “de relatie cliënt-zorgverlener weer centraal stellen”, “de focus op efficiency en productie maken is doorgeschoten” en “er moet meer ruimte en vertrouwen komen voor professionals”. Tegelijkertijd klinkt ook de roep om ‘governance’ te versterken en explicieter te maken. Meer waarborgen voor transparantie en toezicht op de besteding van de overheidsmiddelen. Ook vraagt men om een strengere aanpak bij dreigende misstanden, de Inspectie voor de Gezondheidszorg zou bijvoorbeeld sneller moeten kunnen interveniëren.

Vele actoren in deze sector zijn op zoek naar verbeteringen en vernieuwing. Ook het gedrag van zorgbestuurders in het huidige tijdsgewricht heeft te maken met dit ‘zoeken’. Men ervaart dat de waarden en normen van (groepen) mensen (zorgverleners, cliënten, samenleving, zichzelf) niet meer in overeenstemming zijn met wat er in de omgeving gebeurt. De socioloog Merton (1957) noemt dit anomie, een situatie veroorzaakt door spanning tussen de doelstelling van de samenleving en de middelen om deze te realiseren. Actoren in een veranderend sociaal systeem weten niet meer hoe zij middelen en doelen moeten verenigen en hoe zij ruimte in het systeem kunnen vinden om het leven of het werk te leiden zoals zij denken dat dat moet. Oude gedragsregels en systemen werken niet meer en de nieuwe zijn nog ontoereikend of onderontwikkeld. Merton onderscheidt vier reacties van mensen in tijden van

anomie (Geurts en Merks van Brunshot, 2007). Deze zien we terug in het 'zoekgedrag' van zorgbestuurders.

- Ritualisme
Bestuurders die op deze wijze reageren, lijken zich over te geven aan de regels van de nieuwe tijd. Dit is een vorm van anomievermindering door niet het realiseren van de nieuwe doelen maar slechts de regelgeving van het systeem na te leven.
- Rebelle
Deze reactievorm kan tot uitdrukking komen door de strijd met het systeem aan te gaan, gericht op het veranderen van de doelen óf om als-nog de middelen en mogelijkheden te verwerven die men wenst. Er zijn twee soorten rebelle. De ene is vernieuwend, de andere is gericht op het terugdraaien van veranderingen of behoud van het bestaande.
- Terugtrekken
Dit is een vorm van anomiebestrijding waarbij bestuurders zich als het ware isoleren van hun directe omgeving. Zij onttrekken zich zoveel mogelijk aan het systeem of de praktijk of vertrekken daadwerkelijk.
- Innovatie
Bestuurders die kiezen voor deze reactie proberen met behulp van creatieve oplossingen stand te houden. De middelen worden niet altijd volgens de regels maar naar eigen inzicht gebruikt of men probeert verrassende combinaties te maken van middelen om de doelen toch te verwezenlijken. Innovatie in deze betekenis betekent vaak ook 'handelen op het randje' en de regels hier en daar een beetje bijbuigen.

Anomie kan dus een productieve kracht tot innovatie zijn. Vooral wanneer actoren de creativiteit die wordt opgeroepen, niet alleen aanwenden om zelf uit een crisis te komen, maar erin slagen eigen belang, organisatiebelang en maatschappelijk belang bij elkaar te brengen. Pas dan zullen er innovaties tot stand komen waar de hele sector (of de hele samenleving) iets aan heeft (Geurts en Merks van Brunshot, 2007).

In dit hoofdstuk beschrijf ik de context van zorgorganisaties in brede zin, daarna de context van de thuiszorg, dat deel van de sector waarin Buurtzorg Nederland zich begeeft. Vervolgens sta ik stil bij de ambitie van Buurtzorg Nederland. In het laatste deel beschrijf ik doelen, aanpak en werkwijze die ik heb gehanteerd in het onderzoek.

De context van zorgorganisaties

'We shape our buildings and thereafter they shape us'.

Winston Churchill

De ervaren problemen in de zorg kunnen niet worden losgezien van de ontwikkelingen in de publieke sector in de afgelopen dertig jaar. In deze periode hebben zich grote veranderingen voorgedaan in de wijze waarop de zorg in Nederland is georganiseerd, gefinancierd en bestuurd. Vijfentwintig jaar geleden bepaalde de overheid op een groot aantal aspecten hoe zorginstellingen hun werk moesten doen. De herinrichting van de verzorgingsstaat heeft ertoe geleid dat de overheid een deel van haar taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg heeft overgedragen aan 'het veld' van de zorg. Deze deregulering en verzelfstandiging gingen gepaard met de invoering van (gereguleerde) marktwerking en maatschappelijke zelfsturing. Zorgaanbieders en partijen in het maatschappelijk middenveld moesten zelf voor regulering, sturing en controle gaan zorgen. Bestuurders van zorginstellingen kregen hierdoor niet alleen een grotere vrijheid, maar ook een grotere verantwoordelijkheid. Zij moesten meer dan voorheen opereren in een maatschappelijk krachtenveld (Grit en Meurs, 2005). De opkomst en ontwikkeling van het 'New Public Management' in deze periode bood een bedrijfsmatig en bedrijfseconomisch kader voor het inrichten en managen van zorginstellingen. Onder deze invloeden heeft het beheersmatige denken zich sterk ontwikkeld binnen zorginstellingen (Noordegraaf, 2004). Deze instellingen moesten als 'normale' bedrijven opereren en presteren, met heldere strategieën, 'planning & control', prestatiemeting, klantgerichtheid en aandacht voor outputsturing, meetsystemen en administratieve processen.

Om de publieke belangen te waarborgen heeft de overheid verschillende instrumenten ingezet, onder andere gericht op het verbeteren van de transparantie, toezicht, verantwoording en controle. Van bestuurders, managers en professionals wordt in toenemende mate verwacht dat zij zich publiekelijk verantwoorden over hun doen en laten. Vanuit de samenleving is er grote druk om steeds meer informatie over de kwaliteit van de gezondheidszorg te verstrekken. De samenleving wil zien wat er gebeurt met middelen die in de zorg worden geïnvesteerd. Overheid, toezichthoudende instellingen en verzekeraars houden zich steeds meer bezig met de vraag hoe zij naast doelmatigheid meer inzicht en grip kunnen krijgen op kwaliteit van de zorg en dienstverlening. In alle sectoren worden afspraken gemaakt over de ontwikkeling van

objectief meetbare normen voor kwaliteit en bijhorende prestatie-indicatoren als instrument om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg.

Het Angelsaksisch georiënteerde 'New Public Management' bepleit een duidelijke scheiding van beleid en uitvoering en is gebaseerd op de aanname dat de praktijk van menselijk handelen moet worden gecheckt op basis van duidelijk meetbare doelen om te voorkomen dat misbruik wordt gemaakt van publieke middelen. Het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WWR, 2004) schetst scherp de vertrekpunten en de onbedoelde neveneffecten van deze benadering. De veronderstelling dat uitvoerders misbruik maken van handelingsruimte en hun inhoudelijke kennis aanwenden om de eigen belangen te waarborgen, leidt tot instituties die moeten toezien op een correcte uitvoering van taken. Dit kan als een vorm van geïstitutionaliseerd wantrouwen worden beschouwd en dat is niet passend in een omgeving als de zorg waarin maatschappelijk georiënteerd gedrag centraal staat (WRR, 2004). Toezicht en verantwoording worden volgens de WRR gedomineerd door nadruk op controle en afrekenen in plaats van leren. Dat vertaalt zich binnen organisaties in sturing op output en het effect van deze nadruk op output is een overdaad aan instrumenten zoals prestatie-indicatoren, 'balance score cards' en benchmarks. De WRR benoemt een aantal perverse effecten van eenzijdig sturen op output en verticale harde verantwoording. De belangrijkste kritiek is dat hierbij te weinig rekening wordt gehouden met het professionele karakter van de dienstverlening zelf, welke zich niet altijd laat vertalen in objectief meetbare indicatoren. Outputsturing reduceert de complexiteit van de professionele dienstverlening tot het kwantificeerbare deel van de prestatie, het kan innovaties blokkeren en lokt strategisch gedrag uit bij managers en professionals. De kwaliteit van de dienstverlening is voor een groot deel afhankelijk van handelen op basis van 'tacit knowledge' van de professionals. Outputsturing leidt juist tot het verdwijnen van deze basis van handelen en leidt bovendien tot vermeerdering van administratieve handelingen, immers de druk om prestaties te meten en te controleren neemt alleen maar toe.

De context van Buurtzorg Nederland

De thuiszorg is voortgekomen uit een fusie tussen kruiswerk en gezinszorg in een periode van deregulering en marktwerking rond 1990. Van relatief onafhankelijke, lokaal verankerde organisaties met elk een specifieke signatuur en kennis van de lokale situatie, werd de thuiszorg onderdeel van een grotere

ketenorganisatie. Want zorgorganisaties werden niet alleen groter maar ook gedifferentieerder. Thuiszorginstellingen werkten samen met verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen. Tussen 1990 en 1995 nam het aantal instellingen in de thuiszorg sterk af van 295 tot 86 (Van der Lugt & Huisman, 1998; Stoopendaal, 2008). Na 1995 ontstaat er weer een periode met nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt.

Parallel aan deze ontwikkelingen van deregulering, schaalvergroting en marktwerking veranderde geleidelijk ook het karakter van de thuiszorg en het werk van de wijkverpleegkundigen. Hannerieke van der Boom (2008) concludeert in haar proefschrift over de thuiszorg in Europa dat de grote autonomie en relatief hoge status van Nederlandse wijkverpleegkundigen in de tweede helft van de twintigste eeuw grotendeels verdween. Er vond een verschuiving plaats van een moreel-ideologische benadering naar een meer bedrijfsmatige benadering van de zorg, waarin verpleging en verzorging te vermarkten producten werden en niet in de eerste plaats speciale handelingen die vragen om een persoonlijke en individuele benadering van mensen met een zorgvraag. Daarnaast ziet van der Boom een verregaande standaardisatie en medisch-technische oriëntatie van het verpleegkundige werk.

Aan dat laatste heeft de modernisering van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) een belangrijke bijdrage geleverd. Vanuit de AWBZ wordt onder andere de thuiszorg gefinancierd. Om de kosten te beheersen en de betaalbaarheid veilig te stellen zijn vanaf 2001 verschillende aanpassingen doorgevoerd. Deze hebben grote invloed op het dagelijks werk van thuiszorgmedewerkers en de wijze waarop cliënten zorg en ondersteuning ontvangen. In 2005 kwam de functiegerichte indicatiestelling en bekostiging. Zorg is sindsdien ingedeeld in zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert de indicatieonderzoeken uit bij cliënten en bepaalt vervolgens welk type zorg nodig is, voor hoeveel uur en voor welke periode. De indicatiestelling is ondergebracht bij het CIZ om te komen tot objectieve, onafhankelijke en gestandaardiseerde oordelen over de situatie en zorgvraag van de cliënt. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het inkopen van zorg en het contracteren van zorginstellingen, bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties. Thuiszorgorganisaties ontvangen vervolgens een budget dat is gebaseerd op productie- en tariefafspraken. Zij kunnen leveranciers zijn van een of meerdere van de zeven functies. Aan elke functie is een tarief gekoppeld en de betaling vindt plaats op basis van de functie die wordt geleverd, ongeacht of de zorgverlener deze taak uitvoert. De praktijk laat zien dat zorginstellingen zich zijn gaan organise-

ren naar deze bekostigingsstructuur. Daar waar in het verleden één verpleegkundige verschillende handelingen verrichtte op het gebied van verpleging en verzorging tegen een verplegingstarief, krijgen cliënten nu 'producten' die door verschillende zorgverleners worden geleverd. Elk product is gekoppeld aan een medewerker tegen een zo laag mogelijk tarief. Dat heeft geleid tot toenemende arbeidsdeling en fragmentatie van de zorg, een vorm van 'zorg-Taylorisme' waarbij zorgend handelen wordt benaderd als een productieproces dat in kleine stappen wordt verdeeld, om het proces vervolgens met strakke hand te controleren. Het resultaat lijkt dat niemand meer overzicht heeft, of de verantwoordelijkheid draagt voor het grotere geheel. Andries Baart (2004) gebruikt hiervoor de uitdrukking 'gedeelde on-verantwoordelijkheid'.

Ambities van Buurtzorg Nederland

Buurtzorg Nederland is een initiatief van Jos de Blok en Gonnie Kronenberg. Buurtzorg biedt zorg en ondersteuning aan mensen thuis. Kleinschalig georganiseerd, persoonlijk en dicht bij cliënten, met zeggenschap en handelingsruimte voor zorgverleners. Het motto van Buurtzorg 'beter en goedkoper' verwijst naar de ambitie om een wijze van zorg verlenen en zorg organiseren te ontwikkelen, die een aantal knelpunten in de thuiszorg oplost. Buurtzorg wil naast goede zorg aan cliënten, ook het vak van wijkverpleegkundige en haar toegevoegde waarde in de eerstelijnszorg opnieuw op de kaart zetten. Daarnaast wil Buurtzorg belemmeringen in het huidige systeem op het gebied van bekostiging, sturing en verantwoording zichtbaar maken en impulsen bieden ter verbetering van de thuiszorg in Nederland. Buurtzorg is in een periode van drie jaar gegroeid van tien tot ruim tweeduizend medewerkers. Onderzoeken naar de ervaringen van cliënten met de zorg van Buurtzorg laten een hoge tevredenheid zien, respectievelijk een 9- en een 9, (Nivel, 2008; Rug-Argo, 2009). In vergelijking met organisaties in de sector is dit een zeer hoge waardering. Wat betreft de tevredenheid van medewerkers concludeert het Nivel (2008) dat medewerkers van Buurtzorg grote waardering hebben voor de organisatie en de wijze waarop zij hun werk kunnen doen. De snelle groei van Buurtzorg is ontstaan doordat wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzoekers vertrokken bij andere thuiszorgorganisaties om in dienst te treden bij Buurtzorg. Zowel het verloop van medewerkers als het ziekteverzuim, bij Buurtzorg 2%, ligt in 2008 lager dan in de sector: 6,5%. (mBC, 2009).

Het onderzoek: doelen, aanpak en werkwijze

In de periode 2008 – 2009 heb ik participatief onderzoek gedaan bij Buurtzorg Nederland.

Dit onderzoek heeft twee doelen:

1. Aan medewerkers van Buurtzorg en buitenstaanders inzichtelijk en expliciet maken wat de typische kenmerken zijn van de wijze van werken en organiseren van Buurtzorg. Hoe werkt het binnen Buurtzorg en wat maakt Buurtzorg onderscheidend en bijzonder in de perceptie van de leden van de organisatie?
2. Reflecties formuleren op de belangrijkste organiseerprincipes en over de verbreding van het Buurtzorgconcept. Hierbij staat de vraag centraal wat anderen kunnen leren van Buurtzorg en op welke manier Buurtzorg een bijdrage kan leveren aan duurzame ontwikkeling en innovatie van de thuiszorg.

Bij het beantwoorden van bovenstaande vragen heb ik de volgende aanpak gehanteerd. Met bestuurder en medewerkers ben ik op zoek gegaan naar leidende principes die liggen onder de wijze van organiseren bij Buurtzorg. Deze zoektocht heb ik op een ‘waarderende’ wijze ingestoken: een vorm van ‘appreciatieve inquiry’ (Cooperrider, 2000). Bij deze benadering ligt de nadruk op onderzoeken van datgene wat goed gaat. De focus ligt niet op probleemanalyse of op datgene wat fout kan gaan in deze of een andere situatie, maar op oplossingen die er al zijn en die de moeite waard zijn om te versterken en uit te bouwen. Binnen de heersende stromingen van de strategische innovatieliteratuur (o.a. Barney, 1997) is het een inmiddels gangbare benadering om innovaties te bekijken door aan te sluiten bij dat wat werkt, bij datgene wat ‘hier’ of ‘ergens anders’ goed gaat. Als empirische fundering van deze waarderende aanpak heb ik een werkwijze gehanteerd die gebaseerd is op etnografisch onderzoek (McCall & Simmons, 1969; Riley, 1963). Dit is een methode om van binnenuit te onderzoeken en te begrijpen hoe zaken en mensen werken. In dit geval hoe zorgverleners, bestuurder en andere betrokkenen hun werk doen. Het is een methode die helpt om zicht te krijgen op impliciete werkwijzen, achterliggende overtuigingen, motieven en patronen. Het biedt de mogelijkheid om impliciet handelen expliciet te maken. De belangrijkste onderzoeksactiviteiten waren: observatie (‘meelopen’ in de dagelijkse praktijk, bijwonen van overleggen en besprekingen), individuele en groepsinterviews, casuïstiekbespreking, reflectie en dialoog, informele gesprekken en documentenonderzoek. Ik heb gesproken met mensen binnen Buurtzorg en ook met extern betrokkenen: bestuurders van andere thuiszorgorganisaties, Inspectie

voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars. Bij het beantwoorden van de reflectieve vragen heb ik vanuit organisatiewetenschappelijke literatuur teruggekeken naar de Buurtzorgprincipes.

Mijn rol als onderzoeker is te beschrijven als ‘passionate participant’ (Guba & Lincoln, 1994). Met het onderzoek wil ik mij engageren in de discussie rond sturen en organiseren in de gezondheidszorg. Ik heb daarbij geen waardevrije houding. Mijn ervaring is dat oprechte betrokkenheid maakt dat je je kunt verbinden met de mensen waarom het gaat. Hierdoor krijg je toegang tot hun kennis. Ik zie deze betrokkenheid als een voorwaarde om dicht bij de werkelijkheid te komen van degenen die je onderzoekt (Van Dalen, 2009a). Mijn wijze van onderzoek sluit daarmee aan bij kritische of (sociaal)constructivistische wetenschapsopvattingen waarbij waarden worden gezien als onontkombaar voor het vormen en creëren van onderzoeksuitkomsten.

Ten aanzien van mijn aanpak is echter ook een aantal valkuilen en beperkingen te formuleren:

- ‘biased- viewpoint effect’
De waarneming van een participatief onderzoeker heeft beperkingen. Waarnemingen kunnen gekleurd zijn door het eigen referentiekader, de plaatsen in de organisatie waar de onderzoeker zich begeeft, door de rol die hij inneemt en de verbindingen die hij legt met specifieke leden van de onderzochte organisatie.
- ‘control effect’
Een onderzoeker heeft altijd, bewust of onbewust, invloed op de situatie die hij onderzoekt en op het gedrag dat hij observeert. Met andere woorden: mensen maken gedrag omdat er een onderzoeker bij is.
- ‘going native’
Betrokkenheid, aangaan van relaties en verplaatsing in de leefwereld van betrokkenen zijn belangrijke aspecten van deze wijze van onderzoeken. Een valkuil is ‘ingezogen’ te worden en daardoor onvoldoende distantie van het onderzoeksobject te bewaren.
- modieus nominalisme
In elke periode ontstaat een bepaalde taal om zaken te duiden. De kans dat men binnen de organisatie van onderzoek deze taal overneemt is groot. Daarnaast bestaat ook de kans dat de participatief onderzoeker deze taal overneemt, in plaats van wetenschappelijke begrippen te gebruiken die deze verschijnselen al eerder hebben beschreven. Dit is een aandachtspunt bij de wijze van rapporteren.

Om te voorkomen dat ik in deze valkuilen zou terechtkomen, heb ik enkele inzichten van etnografen proberen te volgen. Ik heb zoveel mogelijk verschillende perspectieven betrokken in mijn onderzoek. Om te voldoen aan herkenbaarheid als kwaliteitscriterium heb ik mijn observaties en indrukken voorgelegd aan de betrokkenen en deze steeds daarop getoetst. Onder andere in diverse groepen met wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en regiocoaches, waarmee ik systematisch heb gereflecteerd op de wijze van werken en organiseren binnen Buurtzorg. Deze ‘member-checks’ hebben geleid tot verdieping van de beschrijving en het construeren van de principes. Om te voorkomen ingezogen te worden heb ik tijdens het onderzoek op verschillende momenten een klankbord georganiseerd om te reflecteren op tussentijdse bevindingen, mijn rol als onderzoeker en de verbondenheid met mijn eigen (wetenschappelijke) achtergrond. Hiertoe heb ik gebruik gemaakt van gesprekken met zorgbestuurders, collega-onderzoekers en wetenschappers. Ten slotte: delen van de tekst die volgen in dit boek zijn ‘vers van het mes’. Ik realiseer mij dat deze kunnen worden versterkt door het verder uitpakken van begrippen en het ontdoen van modieuze termen. Hiertoe zou het goed zijn de tekst nog een tijdje te laten liggen en daarna nog een bewerking te maken. Ik heb er echter voor gekozen niet te lang te wachten met publiceren omdat, zoals eerder gezegd dit boek mede bedoeld is om een bijdrage te leveren aan het debat over de ontwikkeling van de (thuis)zorg zoals dat op dit moment wordt gevoerd.

Opbouw van dit boek

In hoofdstuk 2 volgt een korte schets van Buurtzorg. In hoofdstuk 3 tot en met 6 staan de leidende principes centraal die richting geven aan de wijze van organiseren binnen Buurtzorg:

- de inhoud van de zorg als vertrekpunt voor organiseren;
- zelf organiseren van de zorg;
- ondersteunen in plaats van managen;
- organiseren als continu proces.

Bij elk principe wordt beschreven op welke wijze ze vorm krijgt in de praktijk en welke vraagstukken daarmee gepaard gaan. In de bijlage van dit boek vat ik de belangrijkste principes samen en presenteer ik deze in een overzicht. In Hoofdstuk 7 beschouw ik de principes vanuit organisatiewetenschappelijke literatuur en formuleer ik enkele reflecties. In het afsluitende hoofdstuk van

dit boek sta ik stil bij de vraag of Buurtzorg zich kan verbreden en een bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van de thuiszorg in Nederland.