

Kwaliteit van arbeid in zorgorganisaties. Op zoek naar best practices

Peggy De Prins, Kaat Van den Audenaerde en Erik Henderickx

1. Inleiding

In onderhavig artikel wordt verslag uitgebracht van twee recente studies naar arbeidskwaliteit in twee soorten organisaties binnen de (Vlaamse) welzijnszorg: de rusthuizen en de residentiële instellingen voor bijzondere jeugdbijstand. Binnen deze organisaties richten we ons naar het kernpersoneel: het verplegend/verzorgend personeel en de opvoeders. De werksituatie van beide soorten personeel verschilt aanzienlijk. Denken we maar aan evidente verschillen samenhangend met de aard van het zorgcliënteel (hoogbejaarden versus jongeren) en de uiteindelijke finaliteit van beide soorten zorgberoepen. Ongeacht deze verschillen willen we beide werksoorten screenen op hun (verschillend/overeenkomstig) arbeidskwaliteitsgehalte. Leiden beide werksoorten tot eenzelfde mate van welzijnsklachten als werkstress en burnout? Liggen hieraan sectorspecifieke dan wel sectoroverschrijdende oorzaken ten grondslag? In welke mate komen convergerende/divergerende best practices voor op vlak van arbeidskwaliteit(sbeleid)? Om op deze vragen een antwoord te formuleren, gaan we eerst dieper in op de eigen(aardig)heid van zorgorganisaties. Kwaliteitsvraagstukken binnen de zorgsector zijn complex en weerspiegelen een bijzondere logica. Het is belangrijk deze logica op voorhand te expliciteren om hem in een latere fase als spiegel te kunnen gebruiken voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

2. Eigen(aardig)heid van zorgorganisaties

Het doelpubliek van residentiële instellingen voor bijzondere jeugdzorg bestaat uit kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar die in een problematische

opvoedingssituatie verkeren en/of jongeren die een 'als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd'. Het doelpubliek van de rusthuizen zijn zorgbehoevende ouderen die omwille van sociale, psychische of fysieke redenen niet langer zelfstandig wensen of kunnen wonen. Ondanks het hemelsbreed verschil in doelpubliek hebben beide typen van instellingen belangrijke fundamentele overeenkomsten.

Samen met de Nederlandse sociologe Gastelaars (1997) en geïnspireerd door Goffman (1961), kunnen we intramurale zorgorganisaties als rusthuizen of instellingen voor bijzondere jeugdbijstand definiëren als gezinsvervangende organisaties. Deze worden gekenmerkt door vaak zeer langdurige transacties met een zeer afhankelijk 'cliënteel', waarbij het essentieel is dat ze in principe 7 x 24 uur beschikbaar zijn. Zij fungeerden en fungeren primair als vervangingspool van het echte gezin. Zij ontlene hun maatschappelijk draagvlak aan de daar (ooit) geldende normen, met name het vertrouwen dat de zorg altijd beschikbaar zal zijn (Gastelaars 1997: 25).

Binnen zo'n kleinschalige zorgarrangementen zijn organisatie-, maar ook ruimere managementvraagstukken lange tijd stiefmoederlijk behandeld. 'Management' werd er gezien als een taboe, een duur woord voor een constructie die eigenlijk geen franjes behoeft (zie Baert e.a. 1988: 11 e.v.). Tegenover de noodzaak aan 'nieuwe zakelijkheid' werd stevast en polemisch een verloren gaand voluntarisme en idealisme ten tonele gevoerd. Eén en ander kan worden teruggebracht op het feit dat zorginstellingen in wezen dubbelzinnige entiteiten zijn. Enerzijds functioneren ze volwaardig als ondernemingen, met financiële verantwoordelijkheid voor de afweging van kosten en baten; anderzijds vormen ze op een bepaalde manier ook 'leefwerelden', waarin zowel de bewoners als de uitvoerenden een belangrijk deel van hun leven doorbrengen. Systeem-eisen van doelrationaliteit staan in dergelijke organisatiecontexten dan ook in een permanente spanningsverhouding met leefwereldeisen van o.a. informele binding en betrokken, bewonersgerichte zorg (zie o.a. Nievaard 1996: 2; Declercq 1998: 405 e.v.). Kunneman (1996: 296 e.v.) spreekt in dit verband van 'verzorgingsbedrijven' waarin tegelijkertijd efficiëntie en medeleven wordt verwacht, deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid, geavanceerde techniek en communicatieve gelijkwaardigheid. Anders dan in productiebedrijven draagt men er ook de verantwoordelijkheid voor de communicatieve en existentiële kwaliteit van het 'productieproces'. Zorginstellingen situeren zich op die manier binnen een interferentiezone tussen systeem en leefwereld, waarbinnen systeem- en leefwereldimperatieven voortdurend en in permanente wisselwerking op elkaar botsen en met elkaar interfereren.

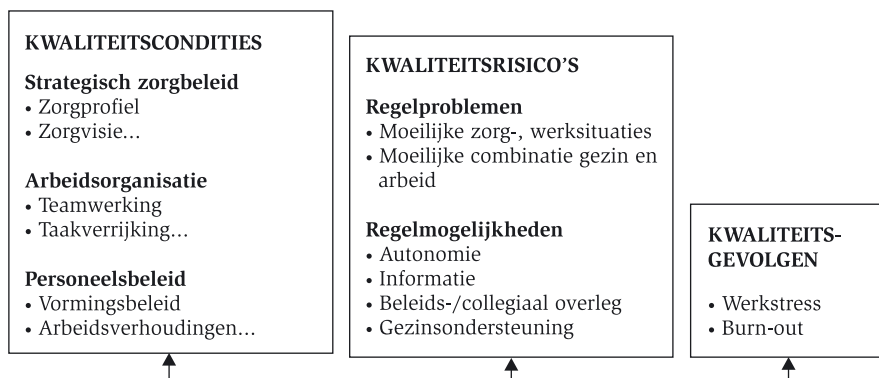
Het is tegen deze achtergrond dat we verder op zoek gaan naar best practices op het vlak van arbeidskwaliteit. Rekening houdend met bovengeschetste interferentie stelt zich de vraag hoe men vanuit organisatie- of managementper-

spectief optimaal recht kan doen aan arbeidskwaliteit(sbeleid). We verduidelijken de term in wat volgt en bieden een uitgebreid conceptueel raamwerk aan.

3. Kwaliteit van zorgarbeid

De zoektocht naar best practices in relatie tot kwaliteitsoutcomes situeert zich (o.a.) binnen de organisatiesociologische traditie van conditioneel of risico-inventariserend onderzoek op het domein van 'kwaliteit van de arbeid/product(ie)'. Sleutelvariabelen binnen deze traditie zijn veelal de arbeidsdeling, al dan niet in combinatie met het flankerend personeelsbeleid of de werkgelegenheidsverhouding. Volgens aanhangers van de conditionele benadering is er nood aan modellen die de relatie leggen tussen bijvoorbeeld de vermindering van arbeidsfragmentatie enerzijds, toename van individueel welzijn en toename van individuele effectiviteit anderzijds. Een goed voorbeeld van dergelijk model is het model van Karasek (e.a.) (1979; 1990), later uitgebreid in meer integrale kwaliteits- en organisatiemodellen als bv. het sociotechnisch model (de Sitter 1981; 1986; 1994). Karasek's model bestaat uit twee factoren: job demands (problemen die het personeel tijdens of als gevolg van het werken tegenkomt) en job control (de autonomie, zelfstandigheid of beslissingsruimte waarover mensen beschikken bij de uitvoering van hun werk). De combinatie van beide factoren bepaalt of het werk stressrisico's (veel regelproblemen in combinatie met weinig regelmogelijkheden), dan wel leermogelijkheden (veel regelproblemen in combinatie met veel regelmogelijkheden) bevat. In het eerste geval is er binnen het model sprake van slopend of hooggespannen werk (met veel stressrisico's), in het tweede geval van actief of uitdagend werk (met veel leerpotentieel).

Hoewel het model sinds jaren op een zeer ruime bekendheid en aanhang kan rekenen, is het niet zonder kritiek of discussie gebleven. De 'status quaestionis' die in diverse kritische overzichtsartikelen is opgesteld (zie bv. Kristensen 1996; De Jonge e.a. 1997; Van der Doef e.a. 1999), leert dat ondanks een rijke onderzoekstraditie tal van empirische en conceptuele leemten en vraagstukken blijven bestaan. Vanuit organisatiesociologisch (maar tevens management-) uitgangspunt zou als belangrijkste conceptuele lacune kunnen worden vermeld: het ontbreken van organisatorische draagstructuren waaraan job demands en job control kunnen worden opgehangen. Of nog: job demands en job control worden in het model te geïsoleerd benaderd. Een uitbreiding van het model is in figuur 1 grafisch voorgesteld. Het model kan gelezen worden als een systeemtheoretische uitbreiding van de sociotechniek in de richting van de organisatiesociologie. Daarvoor sluit het model aan bij het werk van Luhmann (1972; 1984; 1992).



Figuur 1. Orderingsmodel.

Binnen het orderingsmodel vormt het systeemniveau van de zorgorganisatie het uitgangspunt. Primair wordt gekeken naar de wijze waarop zorgorganisaties kwaliteitsoorzaken beïnvloeden en zouden kunnen beïnvloeden. Maatschappelijke invloeden worden hierbij niet uitgesloten. Integendeel, we veronderstellen dat tussen organisatie en ruimere samenleving zogenaamde structureringsrelaties bestaan (contingenties), wat wil zeggen dat het hogerliggend niveau het lagerliggend niveau structureert. Omgevingscondities worden in belangrijke mate gekanaliseerd via de strategische beleidsbepaling op het niveau van de afzonderlijke zorgorganisatie. Afhankelijk van dergelijke strategische beleidsopties zullen zorgorganisaties vervolgens het werk van beroepsgroepen groeperen, verdelen en coördineren. Zorgorganisaties, opgevat als systemen van arbeidsdeling, kiezen bijvoorbeeld hoe breed het functiebereik van de beroepsgroepen zal zijn. Worden de functies strikt afgebakend of worden de nodige overlappingsen geïncorporeerd? Bestaat de functie enkel uit direct bewoners- of cliëntbetrokken activiteiten of worden ook meer algemene ondersteunende, voorbereidende of regelende taken verdisconteerd? In derde en laatste instantie reflecteert de organisatieloga zich in de wijze waarop het personeelsbeleid wordt ingevuld. Hetzelfde werk kan immers onder verschillende vormen van arbeidsallocatie, arbeidsbeheer en arbeidsverhoudingen plaatsvinden. Ook hier zijn de keuzemogelijkheden legio: beoordeelt of waardeert men enkel de zichtbare hoofd- en handwerkzaamheden of komt ook het onzichtbare 'hartaspect' aan bod? Investeert men in opleiding en vorming of berust men in de schoolse kwalificatie die de werknemer binnenbrengt bij het aangaan van zijn lidmaatschap? Het resultaat van deze keuzen leidt tot bepaalde lidmaatschapcondities. Samen met de strategische en de arbeidsdelige condities vormen ze de organisatiegebonden kwaliteitscondities waaronder zorgprofessionals hun beroep uitoefenen. Kwaliteitscondities kunnen 'eigenstandig' een bepaalde kwaliteitsdynamiek genereren, althans zo laten vele normatieve theorieën over (zorg)organisatie en personeelsbeleid ons geloven. De veron-

derstelling wordt dan dat zorginstellingen met innovatieve beleidsinvullingen op strategisch, zorginhoudelijk, organisatorisch en personeel vlak er beter in slagen werkstress onder controle te houden en maatzorg te optimaliseren. Daarnaast conditioneren zij in belangrijke mate de regelproblemen en -mogelijkheden die zorgwerknemers ondervinden binnen hun concrete beroepsuitoefening.

Regelproblemen beschouwen we als die problemen die het personeel tijdens (of als gevolg van) de beroepsuitoefening binnen een bepaalde organisatiecontext tegenkomt en die beroep doen op hun 'regelend' vermogen. Regelproblemen verwijzen naar potentiële kwaliteitsrisico's. Zorgwerknemers worden in hun beroepsuitoefening met uiteenlopende problemen geconfronteerd. Zij krijgen te maken met moeilijke zorgsituaties (bijvoorbeeld het omgaan met lastige of emotioneel kwetsbare cliënten), moeilijke werksituaties (bijvoorbeeld het werken onder tijdsdruk of het omgaan met storingen als gevolg van het wachten op andere diensten) en de moeilijke combinatie van gezin en arbeid (bijvoorbeeld als gevolg van het werken op afwijkende arbeidstijden). Sommige van deze problemen zijn bijna volledig vermijdbaar (bijvoorbeeld storingen als gevolg van het wachten op andere diensten), andere nauwelijks (bijvoorbeeld omgaan met emotioneel kwetsbare cliënten of het werken in ploegendiensten). Een werkplek zonder regelproblemen bestaat dan ook niet. Belangrijk is evenwel dat de eerste soort problemen inderdaad wordt vermeden en dat rond de tweede soort problemen voldoende regel- of ageerruimte wordt voorzien. Anders ontstaan risico's op negatieve kwaliteitsgevolgen. Regelmogelijkheden definiëren we als de mogelijkheden die het personeel ondervindt om effectief met regelproblemen om te gaan. In het voorbeeld van het omgaan met emotioneel kwetsbare cliënten betekent dit bijvoorbeeld: het voorzien in voldoende autonomie, collegiaal en/of beleidsoverleg en -ondersteuning. Wanneer binnen werkplekken (maar ook ruimer binnen organisaties) veel regelproblemen en weinig regelmogelijkheden voorkomen, is er sprake van stressrisico's.

Op het laatste individueel niveau ten slotte krijgen kwaliteitsgevolgen in termen van bijvoorbeeld stress en burnout concreet gestalte. Stress is een kenmerk van het individu dat verwijst naar een toestand van emotionele spanning. Daarbij gaat het om negatieve emoties als angst, woede, schaamte, ... Van werkstress is sprake wanneer die emotionele spanningen door het werk worden veroorzaakt. Burnout kan op zijn beurt begrepen worden als een vorm van werkstress; het wijst op een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid (zie Maslach 1982; 1986). Naast emotionele uitputting als meest centrale element worden hier genoemd: een harde, cynische en onverschillige houding ten opzichte van de mensen waarmee men werkt ('depersonalisatie') en het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen gepaard gaat met insufficiëntiegevoelens ('verminderde persoonlijke bekwaamheid').

Werkverschijnselen zijn voorbeelden van empirisch te observeren attributen van personen. De vraag wordt dan of en hoe deze persoonskenmerken ruimer worden beïnvloed of gestructureerd door kenmerken van de beroepsuitoefening enerzijds, kenmerken van de organisatie anderzijds. Conform het onderscheid tussen kwaliteitscondities en kwaliteitsrisico's worden in dit verband twee basishypothesen geformuleerd. Ten eerste veronderstellen we dat veel regelproblemen en weinig regel mogelijkheden de kans op stress- en burnout verhogen. Omgekeerd gaan we er vanuit dat innovatieve beleidsprincipes op strategisch, zorginhoudelijk, organisatorisch of personeel vlak leiden tot minder stress en burnout op instellingsniveau.

4. Onderzoeksmethodologie

Om beide hypothesen te toetsen, beroepen we ons op de resultaten van twee survey's gehouden in twee sectoren van de Vlaamse welzijnszorg, m.n. (1) de rusthuizen en (2) de instellingen voor bijzondere jeugdbijstand. (1) Aan het onderzoek binnen de sector van de rusthuizen werkten in totaal 91 instellingsdirecties en 2426 verplegenden en verzorgenden mee. Directies vulden de organisatievragenlijst in, verplegenden en verzorgenden tewerkgesteld in de rusthuizen vulden de personeelsvragenlijst in. De non-respons op organisatie-niveau was miniem (een kleine 10%). Op personeelsniveau bedroeg de responsgraad 78,2%. (2) In het kader van het onderzoek in de sector van de bijzondere jeugdbijstand werden in de steekproef enkel residentiële instellingen van de bijzondere jeugdbijstand opgenomen met meer dan 16 begeleiders. In onze analyse konden we 44 instellingen opnemen, met 920 opvoeders. De responsgraad van het oorspronkelijk aantal begeleiders per instelling bedroeg net zoals in de rusthuizen 78,2%.

In beide onderzoeken werd op eenzelfde wijze te werk gegaan. Analoog ons conceptueel model (zie figuur 1) werden binnen de vragenlijsten van beide onderzoeken zowel vragen m.b.t. kwaliteitscondities, kwaliteitsrisico's als m.b.t. kwaliteitsgevolgen opgenomen. Kwaliteitscondities betreffen kenmerken van de organisatie en werden bijna volledig op dit niveau bevestigd met behulp van de organisatievragenlijst. Kwaliteitskansen en -risico's situeren zich op het lager niveau van de arbeidssituatie/beroepsuitoefening en werden volledig op personeelsniveau bevestigd. Kwaliteitsgevolgen werden tevens middels de personeelsvragenlijst bevestigd: het betreffen immers kenmerken van het individu.

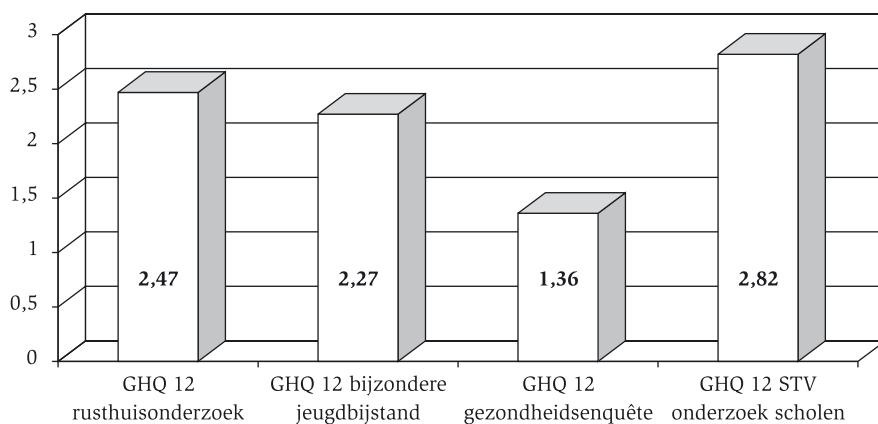
De verklarende analyses binnen beide onderzoeken werden verricht op basis van een afbakening of benoeming van zogenaamde 'best practices'. Door een onderscheid te maken tussen excellente, doorsnee en risico-instellingen werd het mogelijk na te gaan welke kwaliteitsfactoren aan de basis liggen van het

verschil tussen de keurgroep van voorbeeldige versus risico-instellingen. Het onderscheid werd bekomen na positionering van de instellingen op de geaggregeerde scores van de kwaliteitsgevolgen. Voor de instellingen voor bijzondere jeugdbijstand werden 4 scores m.b.t. stress- en burnout berekend, m.n. psychisch welzijn, uitputting, vermijding en competentie. Psychisch welzijn werd gemeten middels de Nederlandstalige versie van de General Health Questionnaire (Koeter e.a. 1991). Voor het in kaart brengen van de drie burnoutdimensies werd een beroep gedaan op de Vlaamse editie van de Maslach Burnout Inventory (Vlerick 1994). In het rusthuisonderzoek werden 2 bijkomende maatzorgindicatoren opgenomen, m.n. emotionele maatzorg en maatzorgcultuur. Hier werden dus per instelling 6 scores berekend. Per score werd telkens nagegaan of de instelling zich bevond in het relatief gunstige kwartiel (instellingsscore bevindt zich bij de 25% 'betere' scores), de midden kwartielen (instellingsscore bevindt zich bij de 50% 'tussen' scores) of het relatief slechtere kwartiel (instellingsscore bevindt zich bij de 25% 'slechtere' scores). In het eerste geval kreeg de instelling de score 1, in het tweede geval de score 2 en in het derde geval de score 3. De scores werden vervolgens opgeteld. Voor het rusthuisonderzoek was de minimumscore 6 (instellingen behoren voor de 6 geaggregeerde scores tot de 'betere instellingen'), de maximumscore bedroeg 18. Instellingen met een score van 6 tot en met 9 werden gecategoriseerd als excellente instellingen, instellingen met een score van 10 tot en met 14 als doorsnee instellingen en instellingen met een score van 15 tot en met 18 als risico-instellingen. Voor de instellingen voor bijzondere jeugdzorg werd een analoge oefening gemaakt (minimumscore bedroeg 4 en maximumscore 12). Controle van de unit non-respons voor de verschillende groepen instellingen leverde geen probleem op: de responsgraad lag niet significant hoger of lager in excellente, doorsnee of risico-instellingen. Tot slot moet opgemerkt worden dat in het rusthuisonderzoek bijkomende analyses werden verricht op basis van de multilevel methode. Deze methode laat toe dat de metingen op verschillende niveaus (organisatie, individu) expliciet en gelijktijdig worden opgenomen in de analyse. In de resultatenrapportering ligt evenwel de nadruk op eerstgenoemde analyses.

5. Dominante regelproblemen en mogelijkheden

Het common-sense idee dat een job in de zorg enkel weggelegd is voor hen die er echt voor geroepen zijn, leidde tot voor kort een hardnekkig bestaan. Voor een beroep in de zorg kies je niet, maar word je geroepen. Een grote dosis stressbestendigheid werd in de lijn van deze roepingsideologie sowieso verondersteld. Dat deze premisse niet langer kan opgaan, indiceren niet enkel de veelvuldige straatacties van voorbije jaren, maar ook de onderzoeksresultaten m.b.t. de kwaliteitsgevolgen. Om de stress- en burnoutdimensie kwantitatief in

kaart te brengen, werd een beroep gedaan op diverse vragenbatterijen die sinds jaren worden gebruikt in sociaal-wetenschappelijk onderzoek.¹ Eén hiervan is de General Health Questionnaire (zie figuur 2). De General Health Questionnaire peilt door middel van 12 vragen naar het voorkomen en de sterkte van psychische klachten. Voorbeeldvragen zijn: 'Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?'; of 'Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?'. Hoge scores op de GHQ wijzen op een problematisch ervaren psychisch welzijn. De gemiddelde score voor de verplegenden en verzorgenden in de rusthuizen bedraagt 2,47; voor de opvoeders in de instellingen voor bijzondere jeugdbijstand ligt dit gemiddelde iets lager, m.n. op 2,27.



Figuur 2. Vergelijkende resultaten General Health Questionnaire.

In vergelijking met de gemiddelde waarde van de ganse Vlaamse actieve bevolking scoren bepaalde beroepscategorieën zeer hoog. Dit blijkt na vergelijking met de betreffende referentiewaarde uit de Belgische Gezondheidsenquête 1997 (Demarest e.a. 1998). De hier gerapporteerde gemiddelde GHQ-score bedraagt 1,36 (n = 1485). Het gemiddelde voor de verplegenden, verzorgenden en de opvoeders betrokken in onze steekproeven liggen met 2,47 en 2,27 veel hoger dan deze Vlaamse referentiewaarde, maar net iets lager dan de gemiddelde leerkrachtenscore in het basis- en secundair onderwijs van 2,82 (n = 9495) (Steyaert e.a. 1998: 29-30). Niettemin kan worden gesteld dat de scores van het betrokken personeel ver boven de courante gemiddelden liggen van een doorsnee bevolking (waarvoor een range van gemiddeld 1,21 tot 1,97 geldt (Koeter e.a. 1991)). Afgaand op de resultaten van deze stressmeting concluderen we dat de onderzochte populatie van verplegend, verzorgend en opvoedend personeel behoort tot een risicogroep wat betreft individueel gepercipieerd psychisch welzijn. Het lijkt dan ook misplaatst deze

Tabel 1. Risico-, doorsnee en excellente instellingen getypeerd naar regelproblemen en -mogelijkheden (schalen lopende van 0 tot 10). Weergave resultaten One-way Anova met Bonferroni-toets.

	RUSTHUIZEN				
	1. Excellente instellingen	2. Doorsnee instellingen	3. Risico- instellingen	Sign F	Significante groeps- verschillen
Regelproblemen					
Werkdruk	4,58 (n = 20)	5,44 (n = 50)	6,26 (n = 21)	,000	1 < 2,3
Moeilijke werksituaties	2,92 (n = 20)	3,45 (n = 50)	4,06 (n = 21)	,000	1 < 2,3
Moeilijke zorgsituaties	5,11 (n = 20)	5,59 (n = 50)	5,87 (n = 21)	,016	1 < 3
Moeilijke combinatie gezin & arbeid	2,70 (n = 20)	3,05 (n = 50)	3,76 (n = 21)	,000	1 < 3
Regelmogelijkheden					
Autonomie	7,80 (n = 20)	7,53 (n = 50)	6,77 (n = 21)	,001	1 > 3
Informatie	6,98 (n = 20)	5,87 (n = 50)	4,93 (n = 21)	,000	1 > 2,3
Beleidsoverleg en -ondersteuning	7,72 (n = 20)	6,50 (n = 50)	5,91 (n = 21)	,000	1 > 2,3
Collegiaal overleg en ondersteuning	7,50 (n = 20)	7,14 (n = 50)	6,64 (n = 21)	,004	1 > 3
Gezinsondersteuning	7,32 (n = 20)	6,38 (n = 50)	5,79 (n = 21)	,000	1 > 2,3
	BIJZONDERE JEUGDZORG				
Regelproblemen					
Werkdruk	3,41 (n = 10)	3,74 (n = 26)	3,79 (n = 8)	,462	-
Moeilijke zorgsituaties	4,61 (n = 10)	4,99 (n = 26)	5,41 (n = 8)	,093	-
Moeilijke combinatie gezin & arbeid	3,00 (n = 10)	3,08 (n = 26)	3,25 (n = 8)	,642	-
Regelmogelijkheden					
Autonomie	9,01 (n = 10)	8,83 (n = 26)	8,33 (n = 8)	,204	-
Informatie	7,68 (n = 10)	7,53 (n = 26)	6,94 (n = 8)	,138	-
Inspraak	6,98 (n = 10)	6,64 (n = 26)	5,71 (n = 8)	,040	1 < 3
Contactmogelijkheden	4,76 (n = 10)	5,19 (n = 26)	5,40 (n = 8)	,552	-
Gezinsondersteuning	6,23 (n = 10)	6,16 (n = 26)	6,27 (n = 8)	,957	-

welzijnsklachten nog langer te beschouwen als een kwestie van gebrek aan voldoende motivatie, dan wel gebrek aan afdoende stressbestendigheid van uitzonderingen op de regel van ‘witte raven’ in het verplegend, verzorgend of begeleidend personeelscorps. Er is duidelijk meer aan de hand.

Om ons hierover een eerste beeld te vormen zoomen we in op de kenmerken van de job, met name de regelmogelijkheden en regelproblemen. Werkstress, zo stelden we eerder, ontstaat wanneer werknemers in en tijdens hun werk geregeld moeten optreden terwijl de organisatie van hun werk niet of nauwelijks de mogelijkheid biedt dit adequaat te doen. Tabel 1 bevat de verschillende indicatoren die werden gebruikt m.b.t. de operationalisering van regelproblemen en -mogelijkheden in het onderzoek.

5.1. Rusthuizen

De basishypothese m.b.t. de regeldomeinen luidde als volgt: veel regelproblemen in termen van bv. moeilijke werk- en zorgsituaties en weinig regelmogelijkheden in termen van bv. autonomie en informatie verhogen de kans op stress- en burnout in de instelling. Deze basishypothese kan voor de sector van de intramurale ouderenzorg worden bevestigd voor alle betrokken regelproblemen en -mogelijkheden. Bekijken we de regelproblemen vanuit het onderscheid ‘excellent, risico- en doorsnee instelling’ (zie tabel 1) dan valt op dat excellente instellingen telkens significant lager scoren. Vooral de werkdruk en de moeilijke werksituaties genereren relatief gezien minder klachten binnen excellente instellingen. Deels viel dit te verwachten: moeilijke werksituaties (bv. het wachten op andere diensten, problemen met werkmiddelen, ...) en de werkdruk (de mate van gepercipieerde tijdsdruk, in combinatie met haalbaarheidsproblemen op individueel en organisatieniveau) laten zich veel meer dan bv. moeilijke zorgsituaties (het omgaan met lastige, agressieve, terminale, ... bewoners) profileren als organisatorisch manipuleerbare regelproblemen. Dit maakt dat regelproblemen effectief kunnen worden aangepakt en verminderd. Zo valt wat betreft de regelmogelijkheden vooral het verschil op tussen de mogelijkheden tot beleidsoverleg en -ondersteuning. Gemiddeld scoren excellente instellingen 7,72 op deze dimensie (schaal lopend van 0 tot 10) in vergelijking met 6,5 in doorsnee instellingen en 5,91 in risico-instellingen. De beleidsoverleg- en ondersteuningsdimensie blijkt dan ook een succesfactor bij uitstek in de profilering van de excellente instellingen. Verondersteld kan worden dat de gunstige scores op werkdruk en moeilijke werksituaties te maken hebben met de bewezen merites van deze (externe) regelmogelijkheden in het verleden. Wanneer werkdrukproblemen en/of moeilijke werksituaties systematisch en effectief worden besproken met de verantwoordelijken en kaderen binnen een door de basis gedragen overlegstructuur, dan levert dit resultaten op, ook op

langere termijn. Zij fungeren dan ook niet langer (enkel) als curatieve, maar tevens als preventieve regelmogelijkheden.

Aanvullende (multilevel) analyses² m.b.t. het relatieve belang van de verschillende regeldomeinen wijzen uit dat stresspercepties relatief gezien vooral samenhang vertonen met werkdruk (o.a. de hoeveelheid taken ligt te hoog) en de problemen als gevolg van de moeilijke combinatie gezin en arbeid (o.a. te beperkte tijd voor het verrichten van zorgtaken thuis). Aan de zijde van de regelmogelijkheden vinden we vooral de autonomiedimensie en de gezinsondersteuning terug. Merk m.b.t. dit laatste op dat het volcontinue arbeidstijds patroon binnen verpleeg- en verzorgingsorganisaties een zeer zware claim legt op de combinatie gezin en arbeid van het voornamelijk vrouwelijk tewerkgesteld personeel. Wanneer dit patroon bijkomend wordt gecompliceerd door bv. het laattijdig bekendmaken van dienstroosters of het niet kunnen plannen van vakanties in functie van de eigen gezins- of privé-situatie, dan verhoogt het stressrisico in aanzienlijke mate. De 'dubbele dagtaak', die de meerderheid van het vrouwelijk tewerkgesteld personeel binnen de rusthuizen er op na houdt, maakt dit risicobeeld trouwens bijkomend aannemelijk. Daarnaast is er de relatief sterke impact van autonomie (= de mate waarin men in de instelling vrijheid ondervindt in het vormgeven van het werk). In beleidstermen wijzen de onderzoeksresultaten erop dat zorgorganisaties idealiter de autonomie van het uitvoerend zorgpersoneel moeten respecteren dan wel optimaliseren. Anders wordt het risico op werkstress reëel.

Gastelaars (1997) stelt in dit verband dat uitvoerenden binnen de zorg niet hoogprofessioneel hoeven te zijn, om toch aanspraak te kunnen of willen maken op een zekere mate van autonomie bij het maken van beslissende keuzes in het dagelijkse werk. In algemene termen zou kunnen worden gesteld dat de kernactiviteiten binnen zorg-, maar ook binnen ruimere dienstverlenende organisaties, bestaan uit transacties tussen uitvoerenden en (zorg)cliënteel, waarbij de toegevoegde waarde gaandeweg de transactie ontstaat. Dat geeft een zeker gewicht aan de positie van de uitvoerenden want van hun interventies hangt het welslagen van de transactie af (Gastelaars 1997: 19). Van zorgverlenende of ruimer dienstverlenende activiteiten, kan dan ook worden aangenomen dat deze in vergelijking met productiewerk hoogdynamisch zijn, omdat de zorg of de dienst in het samenspel tussen leverancier en klant totstandkomt. Hierdoor genereert het individu een grotere betrokkenheid met en invloed op het werken dan in de productie. Van den Berg e.a. (1986) hebben op dit verschil gewezen door een onderscheid te maken tussen gedetermineerde arbeid, klantgeoriënteerde arbeid en autonome arbeid. Bij gedetermineerde arbeid wordt van het individu slechts passieve acceptatie vereist, terwijl bij de twee andere vormen van werk actieve acceptatie, betrokkenheid, internalisatie en actieve vormgeving van de werker wordt gevraagd. Wanneer deze laatste (gedeeltelijk) ontbreken, dreigt dienstverlenende of cliëntgeoriënteerde arbeid in de schemerzone van gedetermineerd productiewerk terecht te komen.

Analoog de eerder geschetste interferentie tussen systeem en leefwereld manifesteert de nood aan autonomie en determinatie zich in de zorgsector trouwens als spanningsverhouding; gelijktijdig worden onderschikking én eigen initiatief van de werknemer verwacht. Tegelijkertijd wordt verondersteld 'dat enerzijds het werk zo goed mogelijk volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd, terwijl anderzijds voldoende soepel op de wensen en verlangens van de zorgvrager moet worden gereageerd' (Van den Berg e.a. 1986: 19). Wanneer dit uit evenwicht raakt, dreigen er problemen, niet enkel in de interactieverhouding tussen werknemer en cliënt, maar ook in het realiseren van de ruimere al dan niet officiële organisatiedoelstellingen. Deze thematiek vormt sinds decennia een uitgelezen terrein van zorg-, maar ook ruimer organisatiesociologisch onderzoek. De ontdekking in de jaren twintig van de zogenaamde Hawthorne-experimenten voorop, bracht het perspectief van de uitvoerenden in beeld, zij het dat dit toen nog wel werd gezien als een manipuleerbaar gegeven. Vooral Mayo (1945) was erg invloedrijk in dit opzicht. Hij vond o.a. dat processen van groepsbinding en -controle van werknemers, de beïnvloeding van werknemers middels financiële prikkels teniet kunnen doen. Daarom pleitte hij voor verbetering van het leiderschap en het stimuleren van het kleine groepsverband waarin mensen samen werken en samen leven. Etnografische studies als die van Goffman (1961) en Lipsky (1980) speelden vervolgens een baanbrekende rol, want in hun onderzoek (voornamelijk in social profit organisaties) kreeg het perspectief van de uitvoerenden daadwerkelijk gewicht, als doorslaggevende factor bij de alledaagse gang van zaken. Zij stelden dat de inbreng van de uitvoerenden zeker in de dienstverlening doorslaggevend is bij het alledaagse functioneren van organisaties. De discretionaire ruimte van de uitvoerenden, dat wil zeggen hun mogelijkheden om de regels van de organisatie (van hun vak) op eigen wijze te interpreteren, was niet zozeer bedrijfsgevaarlijk, als wel een gevolg van de moeilijkheidsgraad van hun activiteiten (Gastelaars 1997: 73). We komen hierop verder terug.

5.2. Instellingen voor bijzondere jeugdbijstand

Bij de begeleiders in de bijzondere jeugdbijstand lijken vooral de regelmogelijkheden een belangrijke invloed te hebben op de kwaliteit van de arbeid. Zoals blijkt uit tabel 1 is er weinig verband tussen de kwaliteit van de arbeid en de vooropgestelde regelproblemen (werkdruk, moeilijke werksituaties en de moeilijke combinatie gezin en arbeid). In instellingen waar begeleiders meer met bepaalde problemen worden geconfronteerd is er niet sowieso meer stress of burnout. Uitzondering hierop vormt het regelprobleem 'moeilijke zorgsituaties'. Moeilijke zorgsituaties hebben binnen de sector van de bijzondere jeugdbijstand betrekking op de specifieke problematiek van de doelgroep; aspecten zoals agressie, wegliepgedrag, passiviteit, ... Begeleiders die werken in instellingen waar de zorgsituatie moeilijker is, lopen het risico om sneller uitgeput

te zijn en zich minder competent te voelen. Relatief gezien zijn de zorgsituaties in risico-instellingen moeilijker (gemiddelde score = 5,41 in vergelijking met een gemiddelde score van resp. 4,99 en 4,61 in doorsnee en excellente instellingen). De verschillen tussen de instellingen zijn evenwel niet significant.

De regelmogelijkheden hebben – zoals eerder gezegd – meer invloed op de arbeidskwaliteit van de begeleiders. Vooral de mate waarin begeleiders inspraak hebben, beïnvloeden de stress- en burnoutvariabelen in sterke mate. Begeleiders willen bij een aantal beslissingen rechtstreeks en effectief worden betrokken. Zij hekelen situaties van pseudo-inspraak of schijndemocratie. Volgend citaat uit het onderzoek getuigt: *‘Je kan altijd met de directeur gaan praten, als je maar zijn visie volgt.’* (Van den Audenaerde e.a. 2001: 115). In excellente instellingen is er significant meer inspraak dan bij risico-instellingen. Dit betekent dat begeleiders in excellente instellingen niet enkel meer inspraak hebben m.b.t. dagelijkse operationele werkissues (interne speelruimte), maar ook m.b.t. de voorwaarden waaronder het werk moet worden verricht (externe speelruimte). Deze externe speelruimte is natuurlijk wel een relatief gegeven. Verhoudingsgewijs schatten begeleiders hun externe speelruimte vrij laag in. Zo hebben slechts zeer weinig begeleiders (13%) het gevoel rechtstreeks betrokken te zijn bij beslissingen over het algemeen beleid/visie van de instelling. Een zeer kleine minderheid kan zijn stem doen gelden bij de werving en selectie van nieuwe teamleden. Deze resultaten wijzen erop dat participatie van het begeleidend personeel in instellingen voor de bijzondere jeugdbijstand in strategische besluitvorming niet gebruikelijk is: verondersteld kan worden dat de meeste organisaties zo zijn ingericht dat dergelijke beslissingen voorbehouden blijven aan de top van de organisatie. Dit geldt trouwens tevens voor de sector van de rusthuizen. Ook hier werd vastgesteld dat het beeld van het rusthuis als onderhandelingshuishouding wordt gedeeld door een groot deel van de respondenten als het aankomt op de dagelijkse gang van zaken in de instellingswerking. Wanneer het evenwel aankomt op meer strategische beleidsmateries blijft het zo dat in een meerderheid van de instellingen de managementtop ‘patriarchaal’ beslist. In deze conclusie wordt geanticipeerd op de historische evolutie van gezinsvervangende arrangementen, zoals geschetst door de eerder aangehaalde sociologe Gastelaars (1997).

Gezinsvervangende zorgarrangementen, zo luidt haar stelling, werden traditioneel bijeengehouden door rechtstreekse vormen van toezicht, die hun vanzelfsprekendheid vooral ontleenden aan een van huis uit ‘ouderlijk gezag’. Tegelijkertijd werden ze echter door de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de afhankelijke klanten geschraagd. De auteur (1997: 139) spreekt van een *patriarchaal verband*, waarbij vooral de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de afhankelijke tot zeer afhankelijke cliënten de leden van deze gemeenschap bond. De structuren binnen dit soort organisaties waren ondanks hun hiërarchisch karakter ‘plat’, omdat de verantwoordelijkheidslijnen werden gedragen door een geïnternaliseerd plichtsgevoel. Dat laatste werd

nog eens versterkt door de welhaast vanzelfsprekende ‘ondergeschiktheid’ van de uitvoerenden. Ook als ze wel werden belast met een zekere eigen verantwoordelijkheid, stonden ze nog steeds bij uitstek ‘onder regeltoezicht’ van de patriarch. Geleidelijk aan, aldus Gastelaars, ontkwam de van huis uit patriarchale gemeenschap evenwel niet aan de ‘onderhandelingshuishouding’, die volgens velen gangbaar is geworden in gewone gezinnen. In zo’n onderhandelingsverband resten nog gedeelde overtuigingen en normen, echter veeleer gebaseerd op onderlinge afspraken tussen mensen, in plaats van hun voorgeschreven kader. De handelingscoördinatie wordt met andere woorden sterker afhankelijk van een rationeel beargumenteerde overeenstemming tussen de deelnemers, waarbij traditionele ‘communicatieblokkades’ stilaan worden opgeheven (vergelijk Habermas 1982³). Relaties binnen dit soort organisaties werden geleidelijk ‘geformaliseerd’ en ‘geëmancipeerd’. Dit bracht de traditionele gezagsverhoudingen in gevaar en daarmee ook de traditionele verantwoordelijkheid van de ‘ondergeschikte’ uitvoerenden.

6. Excellente kwaliteitscondities

Een tweede stap in de resultatenrapportering betreft een beschrijving van de excellente kwaliteitscondities. Hoe profileren excellente instellingen (= instellingen met gemiddeld gezien zeer lage stress- en burnoutscores) zich naar inrichting en vormgeving van hun strategisch zorgbeleid, hun arbeidsorganisatie en hun personeelsbeleid? Staat een innovatieve beleidsinvulling garant voor een excellente kwaliteitsuitkomst? Dit zijn vragen waarop we in wat volgt een antwoord trachten te zoeken.

6.1. Rusthuizen

Hoe zien de excellente rusthuizen eruit? Zoals blijkt uit tabel 2, vertonen excellente instellingen in eerste instantie een overwegend zwaarder bewonersprofiel. Of nog; gemiddeld gezien huisvesten en verzorgen excellente instellingen meer zwaar zorgbehoevenden en/of dementerenden. Excellente instellingen profileren zich in tweede instantie als relatief duurder instellingen (de verschillen zijn evenwel niet significant): de gemiddelde dagprijs bedraagt er 38,1 euro. In doorsnee instellingen ligt de gemiddelde dagprijs op 36,8 euro en in risico-instellingen op 35,6 euro. Toch hanteren zij geen hogere personeelsomkaderingsnormen; integendeel zelfs, afgemeten aan onze vooropgestelde normen scoort de personeelssterkte er gemiddeld lager dan binnen risico- en doorsnee instellingen. De kwantitatieve personeelsinzet blijkt er dus weinig toe te doen, net zoals de overheidssubsidiëring (aandeel RVT-bedden) die over

Tabel 2. Risico-, doorsnee en excellente instellingen getypeerd naar kwaliteitscondities (° schaal lopende van 0 tot 10) Weergave resultaten One-way Anova met Bonferroni-toets.

	RUSTHUIZEN				
	1. Excellente instellingen	2. Doorsnee instellingen	3. Risico- instellingen	Sign F	Significante groeps- verschillen
Strategisch zorgbeleid					
Aandeel zwaar zorgbehoevenden	68,13% (n = 20)	63,79% (n = 46)	63,34% (n = 18)	,008	1 > 3
Dagprijs	38,1 euro (n = 20)	36,8 euro (n = 20)	35,6 euro (n = 21)	,209	-
Personeelssterkte	-,28 VTE (n = 20)	,56 VTE (n = 44)	,18 VTE (n = 17)	,108	-
Aandeel RVT-bedden	38,35% (n = 20)	51,54% (n = 46)	49,74% (n = 18)	,081	-
Sociaal zorgmodel°	7,22 (n = 20)	6,73 (n = 48)	6,05 (n = 20)	,441	-
Arbeidsorganisatie					
Geïntegreerde werkeniteiten	20,0% (n = 19)	38,0% (n = 47)	14,3% (n = 19)	,083	-
Mate van taakverrijking°	2,17 (n = 20)	1,90 (n = 50)	1,77 (n = 21)	,212	-
Mate van functiesplitsing°	3,00 (n = 20)	3,19 (n = 47)	3,56 (n = 18)	,672	-
Personeelsbeleid					
Vormingscondities°	6,16 (n = 19)	5,77 (n = 47)	6,61 (n = 19)	,308	-
Dienstroostercondities°	5,20 (n = 20)	4,71 (n = 45)	4,50 (n = 16)	,415	-
Opvang afwezigen°	3,50 (n = 14)	3,40 (n = 40)	3,52 (n = 19)	,850	-
Relatie direct leidinggevenden°	7,46 (n = 20)	6,51 (n = 50)	6,13 (n = 21)	,000	1 > 2,3
Relatie collega's°	7,21 (n = 20)	6,91 (n = 50)	6,69 (n = 21)	,050	1 > 3
Leiderschapskwaliteiten°	7,91 (n = 20)	6,46 (n = 50)	6,20 (n = 21)	,000	1 > 2,3

Tabel 2 (vervolg).

	BIJZONDERE JEUGDZORG				
	1. Excellente instellingen	2. Doorsnee instellingen	3. Risiko- instellingen	Sign F	Significante groeps- verschillen
Strategisch zorgbeleid					
Officiële categorisering°	3,25 (n = 10)	3,84 (n = 26)	5,62 (n = 8)	,062	-
Zorgvisie: bewaringsmodel°	5,95 (n = 10)	5,07 (n = 26)	6,61 (n = 8)	,147	-
Problematische zorgorganisatie°	3,18 (n = 10)	3,58 (n = 26)	4,16 (n = 8)	,034	1 < 3
Arbeidsorganisatie					
Taakverrijking°	3,26 (n = 10)	3,02 (n = 26)	2,23 (n = 8)	,021	1 > 3
Personeelsbeleid					
Vormingscondities°	6,80 (n = 10)	5,20 (n = 26)	2,75 (n = 8)	,002	1 > 3
Dienstroostercondities°	5,20 (n = 10)	4,92 (n = 26)	4,00 (n = 8)	,340	-
Opvang afwezigheden°	3,40 (n = 10)	4,30 (n = 26)	2,00 (n = 8)	,067	-
Relatie direct verantwoordelijke°	7,78 (n = 10)	7,45 (n = 26)	6,58 (n = 8)	,045	-
Relatie collega's°	8,41 (n = 10)	8,06 (n = 26)	7,53 (n = 8)	,013	1 > 3
Leiderschapskwaliteiten°	7,65 (n = 10)	7,32 (n = 26)	6,69 (n = 8)	,099	-

de drie onderscheiden soorten instellingen quasi-identiek is. Succesfactoren moeten dus duidelijk elders worden gezocht.

Op vlak van strategisch zorgbeleid scoren excellente rusthuizen gemiddeld iets positiever op de implementatie van een vernieuwend zorgmodel, wat wijst op het werken met een systeem van aandachtspersonen of bewonerstoewijzing en het bestaan van multidisciplinaire bewonersdossiers en/of overleg. De verschillen zijn evenwel niet significant. Excellente instellingen laten zich voorts niet (significant) verschillend typeren door hun scores op een innovatieve organisatiestructurering, dit is het werken met gedecentraliseerde (semi-autonome) werkentiteiten. Deels viel dit te verwachten vanuit het feit dat een meerderheid van deze instellingen relatief kleinere instellingen zijn (gemiddeld aantal bedden = 73,9 in vergelijking met 104,27 in doorsnee instellingen en 100,45 in risico-instellingen). Wel streven excellente instellingen iets meer taakverrijking na. Taakverrijking wijst erop dat naast bestaande taken vooral regeltaken en taken samenhangend met de relationele zorg geïntegreerd worden in het verplegend en verzorgend takenpakket. De kans is m.a.w. (iets) groter dat verplegenden en verzorgenden in excellente instellingen naast hun basistaken tevens palliatieve taken, aandachtstaken, vormingstaken, begeleidingstaken, aankooptaken, ... kunnen verrichten. Het streven naar taakverrijking impliceert niet dat excellente instellingen tevens taaksplitsing (= de mate waarin huishoudelijke taken door het ondersteunend personeel in de instelling worden opgenomen) beogen. Anders geformuleerd: excellente instellingen streven (in zekere mate) verrijkte functies na, wat niet per sé betekent dat hierdoor (veel van de) huishoudelijke activiteiten uit handen van het verplegend en verzorgend personeel worden genomen.

Excellente rusthuizen verschillen ten slotte niet significant van risico- of doorsnee instellingen door hun (innovatieve) vormgeving van het vormings- en dienstroosterbeleid. Wel verschillen zij extreem op de dimensies van onderlinge arbeidsverhoudingen en het arbeidsbeheer. Meer specifiek springt de relatief positieve relatie met de direct leidinggevenden en de gepercipieerde kwaliteit van de leiding in het oog. Meer dan de andere reeds onderscheiden kwaliteitscondities genereren deze organisatiecondities positieve effecten op de arbeidskwaliteit.

6.2. Instellingen voor bijzondere jeugdbijstand

Zoals tevens blijkt uit tabel 2, is in de excellente instellingen voor bijzondere jeugdbijstand het zorgprofiel van de bewoners (jongeren) officieel minder problematisch. Dit in tegenstelling tot de rusthuizen, waar excellente voorzieningen eerder een zwaarder zorgprofiel hebben. Officieel wordt een betere omkadering toegekend aan instellingen met een moeilijker zorgprofiel (gemeenschapsinstellingen en instellingen categorie 1 bis). Toch is dit geen garantie

voor een betere kwaliteit van de arbeid. Inhoudelijk is er natuurlijk een sterk verschil tussen het 'zwaarder zorgprofiel' bij ouderen en jongeren. Bij ouderen wordt verwezen naar fysisch/psychisch zwaar zorgbehoevende patiënten. In de bijzondere jeugdbijstand gaat het om jongeren met deviant tot crimineel gedrag. De extra steun die voorzien wordt aan voorzieningen met een moeilijker zorgprofiel, is mogelijk in de ene sector toereikend en in de andere niet. Voorzichtigheid in interpretatie van de gegevens is evenwel noodzakelijk, gezien de verschillen tussen de verschillende typen instellingen niet significant zijn.

Excellente instellingen in de bijzondere jeugdbijstand laten zich niet enkel typeren door een lichter zorgprofiel; ook een duidelijke zorgvisie en een goede organisatie van de zorg zijn bijzonder kenmerkend. Dit maal zijn de groepsverschillen wel duidelijk significant. Een slechte organisatie van de zorg heeft een kwalijke invloed op stress en burnout. Wanneer begeleiders vinden dat opnames vaak worden onderbroken, als er een groot leeftijdsverschil is tussen de jongeren, wanneer de problematiek van de doelgroep te divers is, wanneer de methodiek en visie van de instelling onbekend en onduidelijk zijn, ... zijn de scores van stress en burnout significant hoger.

Ook de arbeidsorganisatie heeft rechtstreekse gevolgen voor de gemiddelde arbeidskwaliteit van de instelling. Net zoals in rusthuizen lijkt taakverrijking belangrijk om arbeidstevredenheid te bevorderen. In excellente voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand hebben begeleiders (significant) meer kans om coördinerende en aanvullende taken te verrichten. Taakverrijking verwijst in de sector naar het begeleiden van stagiairs, kwaliteitscoördinatie, gezinsbegeleiding, verantwoordelijk zijn voor externe activiteiten, ...

Inzake de andere topics m.b.t. personeelsbeleid bleek eerder dat in rusthuizen de vormingscondities geen merkbare invloed hebben op kwaliteit van de arbeid; in de bijzondere jeugdbijstand is dit wel het geval. In excellente instellingen zijn de vormingscondities significant beter vormgegeven. Er wordt bijvoorbeeld een vormingsdossier per personeelslid bijgehouden; onkosten worden vergoed; vervangingen worden gepland en voorzien; vormingsbehoeften worden systematisch bevraagd; vorming wordt geëvalueerd met verantwoorde lijken; ... Last but not least blijkt zowel in rusthuizen als in instellingen van de bijzondere jeugdbijstand dat de arbeidsverhoudingen en de kwaliteit van de arbeid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Begeleiders in de bijzondere jeugdbijstand staan vrij positief tegenover hun collega's en direct verantwoordelijke. In excellente instellingen blijkt dit nog duidelijker het geval. De relationele en sociale steun tussen collegae onderling en tussen medewerkers en leidinggevende komt hiermee definitief op de voorgrond. In het besluit proberen we dit resultaat nader te interpreteren.

7. Besluit

Samenvattend kan worden gesteld dat de data weinig empirische evidentie opleveren voor hypothesevorming met normatieve lading. Dit betekent: hypothesen waarin ongemeend positieve kwaliteitseffecten worden verwacht van innovatieve beleidspraktijken op zorgstrategisch, organisatorisch en personeel vlak. Voor zorgkenners is deze vaststelling wellicht niets nieuws onder de zon. Eerder verwezen we naar het feit dat zorginstellingen in wezen dubbelzinnige entiteiten zijn. Enerzijds functioneren ze volwaardig als ondernemingen, anderzijds vormen ze op een bepaalde manier ook 'leefwerelden'. Anders dan in productiebedrijven draagt men er ook de verantwoordelijkheid voor de communicatieve en existentiële kwaliteit van het 'productieproces'. Het voorspellen van deze kwaliteit door toedoen van rationele of innovatieve managementbenaderingen, wordt hierdoor een hachelijke zaak. Een belangrijke vaststelling, die ons moet behoeden voor de soms hoogdravende theoretische beweringen met betrekking tot management en innovatie of die dient als relativeering voor de zgn. theoretische 'goed nieuws'-shows. Winst op het terrein van managementinnovatie leidt niet automatisch tot winst op het terrein van arbeidskwaliteit. Een vraag die hieruit voortvloeit is of onze zoektocht naar 'best practices' dan een maat voor niets vormt. We denken van niet. Het referentiekader van onze zoektocht moet evenwel worden omgekeerd. Door niet langer uit te gaan van de normatieve (praktijk)theorie, maar van de 'excellente' praktijk kunnen belangrijke lessen worden geleerd.

Convergerende (optimale) kwaliteitscondities bestaan in beide soorten instellingen uit onderlinge arbeidsverhoudingen en de kwaliteit van de leiding op de werkvloer. Duidelijk is dat onderzoek naar organisatie- en werkgebonden oorzaken van stress niet blind mag zijn voor leefwereldaspecten binnen systeemcontexten. Veel meer dan andere beleidsdomeinen genereert de relationele en menselijke best practices een concrete kwaliteitsimpact op het vlak van stress en burnout. Deze en andere resultaten laten dan ook sterk uitschijnen dat innovatieve (structurele) beleidspraktijken binnen Vlaamse welzijnssectoren slechts kwaliteitskansen/positieve welzijnseffecten genereren, indien tegelijkertijd participierend leiderschap en cohesiebevorderende arbeidsverhoudingen deze innovaties faciliteren. Of nog: willen welzijnsorganisaties succesvolle (structurele) innovaties doorvoeren, zullen goede onderlinge menselijke relaties en een participerende houding van het leidinggevend kader noodzakelijk zijn.

Welke theoretische implicaties volgen uit deze resultaten? Wanneer we op zoek gaan naar analoge bevindingen binnen de literatuur, dan valt onder andere het onderzoeksartikel van De Jonge e.a. (1993) op. Ook De Jonge e.a. kwamen op basis van onderzoek gestuurd door het 'job demands-job control model' van Karasek en Theorell (1990) tot de vaststelling dat vooral de sociale

ondersteuning op de werkplek discriminerend was voor de verklaring van kwaliteitsgevolgen binnen zorginstellingen. Zij trokken hieruit de conclusie dat in sociale en hulpverlenende beroepsgroepen de door velen als verouderd beschouwde zienswijze van de Human Relations-beweging het beter doet dan de door o.a. sociotechnici bepleite 'autonomie'. We wensen ons hierbij aan te sluiten in die zin dat de onderzoeksresultaten erop wijzen dat naast (én niet in plaats van) autonomie ook goed management en goede onderlinge arbeidsverhoudingen cruciaal zijn. Naar de concrete zorgpraktijk zou dit kunnen betekenen dat de gevoelshuishouding binnen de onderhandelingshuishouding een nieuwe en bijzondere plaats zou innemen. Het managen van en zorg dragen voor de emotionele dimensie van de zorgorganisatie zou hiermee uitdrukkelijk op de kwaliteitsagenda komen te staan.

Merk in dit verband op dat herzieningen van de Human Relation-benadering in de actuele organisatieliteratuur vooral terug te vinden zijn in pogingen om inzichten uit de recent ontwikkelde sociologie van emoties te verbinden met bredere organisatiesociologische inzichten (zie Fineman 1993; Brouns en De Bruyn 1995; Doorewaard 2000). Uitgangspunt is dat het managen van en zorg dragen voor de emotionele dimensie van organisaties tot nog toe weinig expliciet gemaakt is, noch empirisch, noch theoretisch, noch beleidsmatig. Redenen liggen hiervoor deels in het feit dat het conceptuele kader niet toereikend is om deze verschijnselen te benoemen, deels omdat het thema haaks staat op de gangbare opvattingen van het succesvol managen van organisaties. Doorewaard (2000) stelt in dit verband dat het toestaan van emotie als sturende factor in organisaties, de basisprincipes ondergraaft van modern management; managen betekent immers – letterlijk – beheersen, in de hand houden. 'Hoevel er vele manieren van managen zijn om processen te beheersen, is de meest dominante manier nog steeds gebaseerd op het reduceren van onvoorziene condities voor organisatorische processen, het reduceren van oncontroleerbare processen zelf en het reduceren van onbedoelde gevolgen van deze processen. (...) Het is nu juist het principe van de reductie van het onvoorziene dat haaks staat op het karakteristieke van emoties. (...) Emoties en gevoelens zijn niet direct zichtbare, niet rechtstreeks kenbare, laat staan grijpbare en beheersbare aspecten van de menselijke ziel. (...)’ (Doorewaard 2000, 22). Vandaar dat deze aspecten zich niet lenen voor sturing vanuit gangbare managementopvattingen, maar eerder gebaat zijn bij een strategie van 'emotiemobilisatie': het ruim baan geven aan die eigenschappen van emoties die deze karakteristiek zo uniek maken. Dit veronderstelt o.a. een open communicatie met aandacht voor de emotionele onderstromen die hiermee gepaard gaan. Relaties tussen het personeel onderling en tussen personeel en management, zullen in die zin gebaat zijn bij relaties waarin emoties gevarieerd en flexibel tot uitdrukking kunnen worden gebracht. De vanzelfsprekendheden waarmee emotionele onderstromen worden gezien en geaccepteerd bij dagelijkse beslissingen in het gezin of de vriendenkring, noodzaken daarom een ultieme orga-

nisatievertaalslag. Het vormt onze overtuiging dat organisaties binnen het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld, zich bij uitstek lenen om tot dergelijke vertaalslag te komen. Verdere theorievorming en onderzoek in gezinsvervangende organisaties kunnen op die manier wegbereiders zijn op het nieuwe domein van 'emoties in organisaties'.

NOTEN

1. Om burnout in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van de Vlaamse vertaling van de Maslach Burnout Inventory (Vlerick 1994). De Maslach Burnout Inventory peilt door middel van 16 vragen op een zeven puntenschaal (gaande van 0 = nooit tot 6 = dagelijks) naar de ernst of de mate van iemands burnout. Burnout valt hierbij uiteen in drie onderscheiden dimensies: (1) de frequentie van voorkomen van emotionele uitputtingsgevoelens (uitputting), (2) de frequentie van voorkomen van depersonaliserend jobgedrag (dit is de mate waarin het personeel een harde, cynische houding ontwikkelt ten aanzien van de mensen waarmee men werkt) (vermijding) en (3) de frequentie van voorkomen van een verlaagde zelf gedefinieerde jobbekwaamheid (competentie).
2. Resultaten van de multilevel regressieanalyses zijn niet cijfermatig opgenomen. We verwijzen naar De Prins (2001).
3. Duidelijke parallellen zijn te trekken met Habermas' toonaangevende noties omtrent de rationalisatie van de leefwereld. In de visie van Habermas is de alledaagse leefwereld des te rationeler naarmate daarbinnen de handelingscoördinatie steeds sterker afhankelijk wordt van rationeel beargumenteerde overeenstemming tussen de deelnemers, dus van de communicatieve rationaliteit. Dit houdt, vereenvoudigd gesteld, in dat specifieke werkelijkheidsopvattingen, normen en identiteiten die voorheen boven elke identiteit stonden, hoe langer hoe minder de communicatie structureel inperken. Mythische en godsdienstige wereldbeelden of traditionele overtuigingen, begrepen in de (vroeg)moderne periode de mogelijkheden van het talig overleg of communicatief handelen. Ze trokken systematische 'communicatieblokkades' op door, letterlijk, welbepaalde overtuigingen boven elke discussie te verheffen. Ook legden ze het potentiële spel van woord en wederwoord, argument en tegenargument sterk aan banden. Rationalisatie van de leefwereld is daarom synoniem met het vervluchten van communicatieblokkades. Er komt als het ware steeds meer ruimte in het communicatieve handelen voor het zelf voortbrengen van *Verständigung* of overeenstemming. Deze opvattingen van Habermas zijn te zien als fundamentele aanvulling van Webers eenzijdige nadruk op doelrationalisatie (zie Laermans 1996: 302 e.v.).

BIBLIOGRAFIE

- Baert, H. & M. Smet (eds.) (1988), *Management: taboe of belofte? Management in kleinschalige welzijnsorganisaties*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Brouns, M. & J. De Bruijn (1995), Professionalisering en emotional labour; continuïteit en verandering. In J. Van Dijck e.a. (eds.), *Veranderde arbeidsrelaties. Baas over de eigen (loop)baan*, Houten: Educatieve Partners Nederland BV., 252-264.

- De Jonge, J. & J.A. Landeweerd (1993), Toetsing van de job demand-control benadering bij werknemers in de gezondheidszorg. Een secundaire data-analyse, *Gedrag en Organisatie*, 2, 79-92.
- De Jonge, J. & M.A.J., Kompier (1997), A critical examination of the Demand-Control-Support Model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4, 235-258.
- Declercq, A. (1998), In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden, *Tijdschrift voor Sociologie*, 4, 393-420.
- Demarest, S., H. e.a. (1998) *De gezondheid van de bevolking in België. Gezondheidsenquête 1997*. Brussel: Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid WIV.
- De Prins, P. (2001), *Zorgen om zorg(arbeid). Een vergelijkend onderzoek naar oorzaken van stress en maatzorg in Vlaamse rusthuizen*. Leuven/Leusden: Acco.
- De Sitter, L.U. (1981), *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*. Deventer: Kluwer.
- De Sitter, L.U. e.a. (1986), *Het flexibele bedrijf. Integrale aanpak van flexibiliteit, beheersbaarheid, kwaliteit van de arbeid, productie-automatisering*. Deventer: Kluwer.
- De Sitter, L.U. (1994), *Synergetisch produceren*. Assen: Van Gorcum.
- Doorewaard, H. (2000), *De andere organisatie... en wat liefde er nou mee te maken heeft?* Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Finemam, S. (1993), Organizations as Emotional Arenas. In S. Fineman (ed.), *Emotions in organizations*. London: Sage.
- Gastelaars, M. (1997), 'Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Goffman, E. (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, New York: Doubleday Anchor Books.
- Habermas, J. (1982), *Theorie des kommunikativen Handelns. (I) Handlungsrationilität und gesellschaftlichen Rationalisierung; (II) Zur kritik der functionalistischen Vernunft*. Frankfurt am main: Suhrkamp.
- Janssens-Van Bael, D., D. Wijngaerts & J. Geluck (1981), *Profiel van het opvoederberoep: taakomschrijving en beroepsstatuut van de opvoeders in instellingen*. Brussel: Nationaal Onderzoeksprogramma in de sociale wetenschappen.
- Karasek, R. (1979), Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Design, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. & T. Theorell (1990), *Healthy work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basis Books.
- Koeter, M.W. & J. Ormel (1991), *General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking en handleiding*. Lisse: Swets Test Services.
- Kristensen, T.S. (1996), Job stress and cardiovascular disease: A theoretical critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3: 246-260.
- Kunneman, H. (1996), *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Boom/Amsterdam: Meppel.
- Laermans, R. (1996), Rationalisatie van de leefwereld (I): secularisatie en kolonisatie. In J. Van Hoof & J. Van Ruysseveldt (eds.), *Sociologie en de moderne samenleving. Maatschappelijke veranderingen van de industriële revolutie tot in de 21 ste eeuw*. Boom: Open Universiteit, 289-312.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Luhmann, N. (1972), *Funktionen und Folgen formaler Organisation*. Berlin: Duncker & Humlot.
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme. Grundrib einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Luhmann, N. (1992), Organisation, pp. 165-185 in W. Kupper & G. Ortmann (eds), *Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maslach, C. (1982), *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs/New York: Prentice-Hall.
- Maslach, C. & S.E. Jackson (1986), *MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Mayo, E. (1945), *The social problems of an industrial civilization*. Boston: Division of Research. Graduate School of Business Administration. Harvard University.
- Nievaard, A.C. (1996), *Instellingsculturen in verpleeghuizen; drie perspectieven van managers*. Amsterdam: Paper sociaal-wetenschappelijke studiedagen.
- Steyaert, S., F. Janssens & S. Hellings (1998), *Werkdruk en arbeidsorganisatie in het onderwijs*. Brussel: STV-informatiedossier.
- Van Den Audenaerde, K., E. Henderickx, P. De Prins, R. Janvier & J. Bundervoet (2001), *Kwaliteit van de arbeid in de Bijzondere Jeugdbijstand*. Antwerpen/Leuven: onderzoeksrapport voor de Vlaamse Gemeenschap (Programma Beleidsgericht Onderzoek).
- Van Den Berg, J. en Tillaert, H. (1986), *Nieuwewerknemers*. Nijmegen: ITS.
- Van Der Doef, M.P. & S. Maes (1999) The Job Demand-Control(-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13 (2), 87-114.
- Vlerick, P. (1994), *Onderzoek naar de antecedenten en gevolgen van burnout bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.