

The moment of truth

Een explorierend onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker



09-08-2012

Utrecht, USBO

Margrit Kemper

Studentnummer: 3811832

The moment of truth

Een explorerend onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker.

Afstudeerscriptie Master Communicatie, Beleid en Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap

Universiteit Utrecht

Margrit Kemper

Studentnummer: 3811832

Soesterberg

Scriptiebegeleider: dr. M.H. Winnubst

Tweede lezer: drs. I.Y.E. van Veenendaal

09-08-2012

Inhoudsopgave

| | |
|---|--------------|
| Voorwoord | p. 4 |
| Samenvatting | p. 5 |
| 1. The moment of truth | p. 7 |
| 1.1 Aanleiding | p. 7 |
| 1.2 Onderwerp & doelstelling | p. 9 |
| 1.3 Relevantie | p. 10 |
| 1.4 Hoofdvraag & deelvragen | p. 11 |
| 1.5 Onderzoekspostionering | p. 11 |
| 1.6 Leeswijzer | p. 12 |
| 2. De zorgmarkt en kwaliteit van zorg | p. 13 |
| 2.1 Bestuurlijke ontwikkelingen in de zorgsector | p. 13 |
| 2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen | p. 15 |
| 2.3 Kwaliteit van zorg, het wettelijke kader | p. 18 |
| 2.4 Samenvatting | p. 19 |
| 3. Kwaliteit van zorg en public service motivation | p. 21 |
| 3.1 Kwaliteit van zorg | p. 21 |
| 3.2 Public Service Motivation in de zorg | p. 29 |
| 4. Methode | p. 37 |
| 4.1 Onderzoekspostionering | p. 37 |
| 4.2 Onderzoeksmethoden | p. 38 |
| 4.2.1 Literatuuronderzoek | p. 38 |
| 4.2.2 Narratieve analyse | p. 39 |
| 4.2.3 Interviews | p. 40 |
| 4.3 Dataverzameling & data-analyse | p. 42 |
| 4.4 Betrouwbaarheid & validiteit | p. 43 |
| 5. Resultaten | p. 45 |
| 5.1 Welke betekenis geeft de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg? | p. 45 |
| 5.1.1 Wat verstaat de zorgmedewerker onder kwaliteit van zorg? | p. 45 |
| 5.1.2 Wordt kwaliteit van zorg op dit moment geleverd? | p. 47 |
| 5.1.3 Is het meten van kwaliteit van zorg representatief voor de geleverde kwaliteit van zorg? | p. 53 |
| 5.1.4 Samenvatting | p. 55 |
| 5.2 Welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van de zorgmedewerker om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg? | p. 55 |
| 5.2.1 Is er sprake van PSM onder zorgmedewerkers? | p. 56 |
| 5.2.2 Op grond van welke motieven is de zorgmedewerker in de ouderenzorg terecht gekomen? | p. 57 |
| 5.2.3 Betekent een PSM-fit dat de zorgmedewerker meer kwaliteit van zorg levert? | p. 58 |
| 5.2.4 Samenvatting | p. 62 |
| 6. Conclusie | p. 63 |
| 6.1 Beantwoording deelvragen | p. 63 |
| 6.2 Welke relatie is er tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker? | p. 65 |
| 7. Discussie | p. 66 |
| Literatuurlijst | p. 69 |
| Bijlage I: Lijst met algemene vragen | p. 73 |
| Bijlage II: Respondentenlijst | p. 75 |

Voorwoord

Met betrekking tot het onderwerp van mijn scriptie wist ik één ding zeker: Ik wil onderzoek doen in de zorgsector. Dit onderzoek is voor mij de afsluiting van vijf jaar studeren en ik vond het belangrijk om onderzoek te doen naar iets wat mij heel erg interesseert en bezighoudt in het dagelijkse leven.

Ik heb mij dan ook met veel plezier de afgelopen maanden verdiept in de zorg, in het bijzonder de kwaliteit van zorg in de ouderenzorg. Kwaliteit van zorg was voor mij een abstract begrip. Na dit onderzoek is dit begrip voor mij ingekleurd door zowel de literatuur die ik heb gelezen, maar vooral door de personen waar ik mee heb gesproken. Ik hoop deze inkleuring door middel van deze scriptie aan u, de lezer, over te dragen.

Ik heb in deze periode vooral geleerd om mijn interesse en motivatie om te zetten in een gestructureerde wetenschappelijke houding en op deze wijze de antwoorden op mijn vragen te zoeken. Zowel op studie, maar ook op persoonlijk gebied, heb ik hier enorm veel van geleerd en ben ik trots op het resultaat.

Mijn dank gaat dan ook allereerst uit naar mijn scriptiebegeleidster voor haar begeleiding die van grote waarde is geweest voor deze scriptie. Ook wil ik mijn studiegenootjes bedanken voor onze gezellige studeerdagen, tips en steun. Daarnaast wil ik graag mijn ouders en oma bedanken voor hun steun, hulp en onvoorwaardelijk vertrouwen! Een speciaal dankwoord gaat uit naar mijn vriend en tweelingzusje, voor het ontladen, opladen en daardoor met volle moed weer door kunnen gaan met het werken aan dit onderzoek.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van mijn scriptie!

Margrit Kemper

Samenvatting

De aanleiding van dit onderzoek (*The moment of truth. Een explorerend onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker.*) is dat er op dit moment veel ontwikkelingen plaatsvinden in de zorgsector. Zo stijgt bijvoorbeeld de vraag naar zorg, is een tendens waarneembaar van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg en is de marktwerking in 2006 in de zorgsector ingevoerd. De vraag is echter of deze ontwikkelingen de kwaliteit van zorg ten goede komen.

Kwaliteit van zorg kan vanuit diverse perspectieven bekeken worden. In dit onderzoek staat het concept van *'the moment of truth'* centraal. Dit concept is door Normann (1978) ontwikkeld in het kader van de publieke dienstverlening en houdt in dat kwaliteit in *'the moment of truth'* gezamenlijk wordt gecreëerd in het contact tussen de vertegenwoordiger van een organisatie en de cliënt. In het kader van dit onderzoek betekent dit dat de zorgmedewerker en de cliënt samen in *'the moment of truth'* kwaliteit van zorg creëren. Omdat het in de ouderenzorg naast inhoudelijk/technisch goede zorg vooral draait om het contact tussen zorgmedewerker en cliënt en *'the moments of truth'* ontelbaar zijn, heb ik specifiek voor de ouderenzorg gekozen als onderzoeksgebied. Daarnaast richt dit onderzoek zich op het perspectief van de zorgmedewerker, omdat ik de zorgmedewerker beschouw als de schakel tussen het gevoerde kwaliteitsbeleid van een zorginstelling en de perceptie van kwaliteit van zorg door de cliënt. In *'the moment of truth'* is de zorgmedewerker niet alleen een vertegenwoordiger van de zorgorganisatie, maar levert de zorgmedewerker ook een persoonlijke bijdrage in de vorm van vaardigheden en motivatie. De doelstelling van dit onderzoek is om te exploreren wat nu echt speelt op het gebied van kwaliteit van zorg en welke rol de motivatie van de zorgmedewerker hier in speelt. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt: *Wat is de relatie tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg werkzaam te zijn vanuit de optiek van de zorgmedewerker?*

Door middel van een literatuuronderzoek is onderzocht wat kwaliteit van zorg is. Voor het begrip kwaliteit van zorg is de definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine gebruikt (2001). Uit deze definitie volgen de vier kernaspecten van kwaliteit van zorg, dit zijn *effectiviteit, vraaggerichtheid, veiligheid* en *toegankelijkheid*. Daarnaast is ook onderzocht op welke manier kwaliteit van zorg gemeten kan worden. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het meten van kwaliteit van zorg, omdat dit onderzoek zich richt op de perceptie van de zorgmedewerker van *'the moment of truth'*. Daarnaast is het concept van *public service motivation* in dit onderzoek gebruikt om de motivatie van de zorgmedewerker te onderzoeken. *Public service motivation* houdt de motivatie in om bij te willen dragen aan de publieke zaak (Perry & Wise, 1990). *Compassion*, een van de dimensies van public service motivation, lijkt van toepassing te zijn op de zorgmedewerker omdat deze dimensie inhoudt dat iemand gemotiveerd is om andere personen of groepen in de maatschappij te helpen (Pandey &

Stayzk, 2008). Ook is onderzocht welke motieven mogelijk ten grondslag kunnen liggen aan de motivatie van de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn. Mogelijke motieven zijn achtereenvolgens rationale motieven (Perry & Wise, 1990), instrumentele motieven, waarde-gebaseerde motieven en motieven gebaseerd op identificatie (Kim & Vandenabeele, 2009). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat een *match* tussen een persoon en zijn werkomgeving (*person-organization fit*) een positieve invloed kan hebben als het gaat om de bereidheid zich extra in te spannen voor de werkzaamheden (Leisink & Steijn, 2009). Met name een *match* tussen een persoon en zijn baan (*person-job fit*) en een persoon en de organisatie (*person-organization fit*) blijken van groot belang te zijn.

Op basis van diepte-interviews met zorgmedewerkers is onderzocht welke betekenis de zorgmedewerker geeft aan kwaliteit van zorg en welke waarden ten grondslag liggen aan de motivatie van de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn. Uit dit onderzoek volgt dat de respondenten het kernaspect *vraaggerichtheid* het meest belangrijk vinden als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg. Daarnaast benoemen zij ook het kernaspect *veiligheid*. Positieve ontwikkelingen die worden genoemd zijn de kleinschalige woonvormen voor ouderen en het belevingsgericht werken. De respondenten zijn het niet eens over de vraag of er sprake is van een personeelstekort. Tijd en aandacht zijn volgens de respondenten twee factoren die er in 'the moment of truth' toe doen. De meeste zorgmedewerkers werken in de zorg omdat zij anderen (in dit geval ouderen) willen helpen. Twee respondenten zijn in de zorg gaan werken vanuit rationale overwegingen (loon en zelfstandigheid) maar werken nu inmiddels, evenals de overige respondenten, omdat zij andere mensen willen helpen (op basis van identificatie). Bij alle respondenten is sprake van een *person-job fit*, maar niet van een *person-organization fit*. Deze uitkomst heeft echter geen invloed op de bereidheid van de respondenten om zich voor hun werkzaamheden in te zetten. De *person-group fit* (de *match* tussen een werknemer en zijn of haar team) blijkt wel van groot belang te zijn als het gaat om de bereidheid zich extra in te spannen. Op het moment dat een team gemotiveerd is en goed op elkaar is ingespeeld, zijn de werknemers meer bereid zich extra in te spannen en heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van zorg.

De conclusie van dit onderzoek is dat er een relatie is tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg werkzaam te werken. De motivatie om voor anderen te zorgen (de ouderen) en een gemotiveerd samenwerkend team zijn twee factoren die van positieve invloed zijn op de kwaliteit van zorg. De motivatie van de respondenten om zich in te zetten voor de ouderen op het gebied van *effectiviteit*, *vraaggerichtheid* en *veiligheid* in een prettige werksfeer (de aanwezigheid van een *person-group fit*) levert een setting op die kan leiden tot kwalitatief goede 'moments of truth'.

1. The moment of truth: een inleiding

In het onderstaande wordt ingegaan op de aanleiding van dit onderzoek, waarna het onderwerp en de doelstelling van dit onderzoek worden geformuleerd. Daarna worden de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek besproken en volgen de hoofdvraag en deelvragen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer.

1.1 Aanleiding

De zorgsector is op dit moment aan vele veranderingen onderhevig. Allereerst vindt op verschillende terreinen een groei plaats in de vraag naar zorg. Zo neemt in de ouderenzorg de vraag naar zorg toe vanwege de vergrijzing (SCP, 2010). Ook is een groei waarneembaar in de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten. Oorzaken van deze groei in de vraag zijn onder andere de vergrote toestroom van jongeren en een verkleinde uitstroom vanwege de hogere levensverwachting van verstandelijk gehandicapten (SCP, 2010).

Sinds 2006 is de overheid overgestapt naar een andere inrichting van de zorgsector; de invoering van marktwerking. De belangrijkste motivatie hiervoor kan gevonden worden in kostenbeheersing (Boot, 2010, p. 130). Door private prikkels in de zorg op te nemen, is het de bedoeling van de overheid dat het winst oogmerk de zorginstellingen prikkelt om tegen lage prijzen hoge kwaliteit te leveren. De concurrentie moet er vervolgens voor zorgen dat de prijzen zo laag mogelijk blijven (VWS, 2011).

De marktwerking die de overheid voor ogen heeft, werkt (nog) niet optimaal. Wil men namelijk spreken van een marktwerking, dan moet er sprake zijn van een vrije toegang tot de zorg van zorgaanbieders en zorgvragers, een vrije keuze van de zorgvrager en een directe ruilrelatie (Poiesz & Caris, 2010, pp. 118-120). Aan deze voorwaarden is echter nog niet voldaan. De toegang tot de zorg is voor zowel de zorgaanbieder als de zorgvrager niet vrij; een zorginstelling dient aan allerlei regelgeving te voldoen en de zorgvrager is vaak nog beperkt in toegang vanwege bijvoorbeeld een onafhankelijke indicatie die gegeven is. Ook is niet altijd sprake van een vrije keuze van de zorgvrager; de zorgvrager heeft vaak te maken met te weinig informatie met betrekking tot alternatieven, of een teveel aan informatie, waarbij de zorgvrager juist weer afhaakt. Tot slot kan men ook niet spreken van een directe ruilrelatie; tussen zorgvrager en zorgaanbieder zitten meerdere relaties verborgen. De opsplitsing van de ruilrelatie heeft als consequentie dat de marktwerking wordt geremd. Daarbij geldt ook dat men over het algemeen vindt dat zorg niet iets is wat afhankelijk moet zijn van een marktwerking. De marktwerking van de zorg is dus beperkt (Poiesz & Caris, 2010, pp.118-120).

Naast de intrede van de marktwerking is een focusverandering waarneembaar in beleid, van een aanbodgestuurde zorgsector naar een vraaggestuurde zorgsector (Verbeek, 2002). Het aanbod wordt steeds meer aangepast op de zorgvrager. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen vraaggericht en vraaggestuurde zorg. Vraaggerichte zorg houdt in dat het aanbod van zorg zoveel mogelijk wordt afgestemd op de behoeften van de zorgvrager. Vraaggestuurde zorg houdt in dat het aanbod van zorg wordt aangestuurd door de zorgvrager (Verbeek, 2002, pp. 11-12). De ontwikkelingen van de marktwerking kunnen consequenties hebben als het gaat om de kwaliteit van zorg. Betekent meer vraaggerichte zorg, dat de kwaliteit van zorg ook beter wordt? Of zorgen de druk en de diversiteit van de vraag juist voor een kwaliteitsvermindering?

Kwaliteit van zorg kan vanuit verschillende invalshoeken bekeken worden. Vanuit de overheid gaat het bij kwaliteit van zorg voornamelijk om de betaalbaarheid en toegankelijkheid voor burgers. Vanuit de cliënt is kwaliteit van zorg te definiëren als een zorgaanbod die aansluit op de hulpvraag (Boot, 2010, p. 190). De ervaring van de hulp die gegeven wordt, in de vorm van de interactie tussen de zorgmedewerker en de cliënt, is voor de cliënt allesbepalend als het gaat om kwaliteit van zorg. Deze interactie wordt ook wel *'the moment of truth'* genoemd (Normann, 1978). Het begrip *'the moment of truth'* is in 1978 voor het eerst door Normann beschreven in het kader van de publieke dienstverlening en vormt een bekend concept in de literatuur.

Normann (1991) gebruikt voor het beschrijven van kwaliteit een metafoor van het stierenvechten:

THE MOMENT OF TRUTH



'We could say that the perceived quality is realized at the moment of truth, when the service provider and the service customer confront one another in the arena. At that moment they are very much on their own. What happens then can no longer be directly influenced by the company. It is the skill, the motivation and the tools employed by the firm's representative and the expectations and behaviour of the client which together will create the service delivery process.' (Normann, 1991, pp. 16-17).

Juist in het contact tussen een vertegenwoordiger van een organisatie en de cliënt uit zich volgens Normann (1991) de kwaliteit van de dienstverlening. Bij toepassing van dit concept op de zorgsector betekent dit dat in het contact tussen de zorgmedewerker en de cliënt kwaliteit van zorg wordt gecreëerd. Het menselijke contact kan worden gezien als het visitekaartje van de zorginstelling. Een relevante vraag is hoe we kunnen weten of kwaliteit van zorg in *'the moment of truth'* daadwerkelijk wordt geleverd.

Om tegemoet te komen aan de wens van het leveren van kwaliteit door zorginstellingen zijn er diverse

methoden ontwikkeld om kwaliteit te meten. Zorginstellingen die over kwaliteitscertificaten beschikken laten op deze manier zien dat zij een bepaalde kwaliteit leveren. Deze certificaten zijn een uitvloeisel van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ), die zorginstellingen verplicht om de kwaliteit van de instelling te bewaken, beheersen en verbeteren. Een zorginstelling moet ten minste aan vier eisen voldoen, te weten; verantwoorde zorg leveren, een op kwaliteit gericht beleid bevatten, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag. Zorginstellingen gebruiken deze informatie in hun communicatie naar (potentiële) cliënten, bijvoorbeeld op hun website. Zij laten zien hoe zij scoren op het leveren van kwaliteit in de zorg. Maar wat zeggen de kwaliteitscertificaten nu echt over de kwaliteit van zorg, dat wil zeggen over hoe de interactie tussen mensen gestalte krijgt in de zorg en hoe de zorg wordt gewaardeerd?

De mate van kwaliteit die zorginstellingen leveren is tegenwoordig voor de burger te vinden via het internet. Zo heeft bijvoorbeeld het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een online zorgportal (www.kiesbeter.nl) gemaakt waarop verschillende kwaliteitskaarten te vinden zijn van zorginstellingen. Hier zijn vooral onderzoeken naar cliëntervaringen en de ervaringen van naasten van cliënten te vinden waarbij de focus ligt op de evaluatie van ‘*the moment of truth*’.

Onderzoek naar de uiteindelijke kwaliteitsbeleving van de cliënt is er in voldoende mate. Er is echter nog weinig (kwalitatief) onderzoek naar de stem van zorgmedewerker en wat hij of zij vindt over de door haar of hem geleverde kwaliteit van zorg, die mede wordt beïnvloed door de eigen motivatie.

1.2. Onderwerp & doelstelling

Met het oog op de grootschalige veranderingen in de gezondheidszorg en kwaliteitsbehoud en – verbetering in de zorg is het van groot belang om aandacht te schenken aan de zorgmedewerker. Dit onderzoek richt zich op de betekenisgeving van de zorgmedewerker. Gebaseerd op het concept van ‘*the moment of truth*’ beschouw ik de zorgmedewerker als de schakel tussen de zorginstelling en het gevoerde kwaliteitsbeleid en de perceptie van kwaliteit van zorg door de cliënt. Kwaliteitsbeleid kan op theoretisch niveau goed in elkaar zitten, maar als dit niet leidt tot een goede ‘*moment of truth*’, is het gevoerde beleid niet effectief. Bij het denken over kwaliteit van zorg kan het een oplossing zijn om te beginnen bij microsituatie van ‘*the moment of truth*’ (Normann, 1991, p. 114). In deze microsituatie vertegenwoordigt de zorgmedewerker de zorginstelling, maar levert zelf ook een persoonlijke bijdrage. De zorgmedewerker heeft in de interactie met de cliënt te maken met wat *moet* (vanuit de organisatie) en wat *gebeurt* (*the moment of truth*). De betekenisgeving van de zorgmedewerker over hoe het gevoerde kwaliteitsbeleid in ‘*the moment of truth*’ gestalte krijgt, kan nuttige informatie voor zorginstellingen opleveren.

De aanname in dit onderzoek is dat de motivatie van de zorgmedewerker gerelateerd is aan de door

hen geleverde kwaliteit van zorg. Vaak is er bij medewerkers in de publieke sector sprake van een ‘*public service motivation*’, een begrip dat door Perry & Wise (1990) ontwikkeld is en waar het volgende onder verstaan wordt:

‘an individual’s predisposition to respond to motives grounded primarily or uniquely in public institutions and organizations’ (p. 268)

De drijfveren om bij te dragen aan de maatschappij, op basis van democratische waarden en om de medemens te helpen kunnen belangrijke gronden vormen voor de motivatie van zorgmedewerkers. Uit onderzoek is gebleken dat medewerkers uit de publieke sector met een hoge score op deze motivatie, beter presteren (Perry and Wise, 1990) en een betere kwaliteit leveren met betrekking tot hun werkzaamheden. In dit onderzoek wordt de motivatie van zorgmedewerkers op basis van het concept *public service motivation* geoperationaliseerd. De doelstelling van dit onderzoek is om te exploreren wat nu echt speelt op het gebied van kwaliteit van zorg en welke rol de motivatie van de zorgmedewerker hier in speelt. Welke relatie is er tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker?

1.3 Relevantie

In deze paragraaf worden de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek beschreven. Wat is de bijdrage van dit onderzoek?

Maatschappelijke relevantie

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de zorgsector omdat deze sector zich op dit moment richt op cliëntgerichtheid en daarmee op de kwaliteit van zorg. De vraag hoe deze kwaliteit verhoogd kan worden speelt een grote rol. Ik ga mij in dit onderzoek richten op de zorgmedewerker die een bijdrage aan deze kwaliteit levert (*the moment of truth*) omdat hij rechtstreeks contact heeft met de cliënt. Dit zal vorm krijgen in interviews waarin ik respondenten zal vragen naar motivatie en hoe zij waarde geven aan het werk als zorgmedewerker en kwaliteit van zorg. De resultaten uit dit onderzoek kunnen een bijdrage leveren het denken over kwaliteitsbehoud en –verbetering in de zorg.

Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke bijdrage van dit onderzoek is het presenteren van een andere invalshoek van onderzoek op kwaliteit in de gezondheidszorg met oog op kwaliteitsbehoud en -verbetering. Bij kwaliteitseisen in de zorg wordt vaak topdown besloten wat inhoudelijke eisen zijn en hoe deze vorm moeten krijgen (vanuit de wet en vanuit de top van een organisatie). Bij onderzoek naar de uitkomsten van de kwaliteit wordt juist weer gekeken naar de cliënt; hoe ervaart hij de dienstverlening? De bijdrage van dit onderzoek is inzicht in de beleving van de zorgmedewerker; hoe geeft de

zorgmedewerker betekenis aan de werkzaamheden en kwaliteit van zorg? Welke rol speelt de eigen motivatie van de zorgmedewerker hier in?

1.4. Hoofdvraag & deelvragen

In deze paragraaf volgen de hoofdvraag en deelvragen die in dit onderzoek centraal staan.

Hoofdvraag

Welke relatie is er tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker?

Deelvragen

1. Met welke belangrijke ontwikkelingen heeft de zorgsector te maken?
2. Wat is kwaliteit van zorg?
3. Wat wordt van de zorgmedewerker in Nederland gevraagd als het gaat om kwaliteit van zorg?
4. Welke betekenis geeft de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg?
5. Welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van de zorgmedewerker om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg?

De bovenstaande deelvragen worden beantwoord met behulp van een literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek. Door middel van een literatuuronderzoek wordt eerst de context geschetst van bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen die plaatsvinden in de zorgsector. Daarmee wordt een antwoord gegeven op deelvraag 1 (zie hoofdstuk 2). Daarna worden door middel van een literatuuronderzoek de concepten kwaliteit van zorg en *public service motivation* uitgewerkt. Met betrekking tot kwaliteit van zorg wordt nagegaan wat dit concept inhoudt en vanuit welke perspectieven dit concept bekeken kan worden. Vervolgens geef ik antwoord op de deelvragen 2 en 3 (zie hoofdstuk 3). Op basis van een literatuuronderzoek is een topiclijst met vragen opgesteld die de basis vormt voor het empirisch onderzoek, te weten diepte interviews met zorgmedewerkers (zie bijlage I). Met behulp van de onderzoeksresultaten wordt in hoofdstuk 5 antwoord gegeven op de deelvragen 4 en 5. Tot slot wordt de hoofdvraag, op basis van de beantwoording van de deelvragen, in de conclusie (zie hoofdstuk 6) beantwoord.

1.5. Onderzoekspostionering

Dit onderzoek is een kwalitatief explorierend onderzoek naar de ervaringen van zorgmedewerkers en wordt vanuit een interpretatieve benadering uitgevoerd. Dit betekent dat ik er vanuit ga dat er niet één waarheid is en dat iedere persoon een andere interpretatie heeft van de werkelijkheid (Yanow, 2000). De reden dat ik voor kwalitatief onderzoek heb gekozen is omdat deze manier van onderzoeken mij de kans geeft om diepte interviews te houden. Hierdoor kan ik daadwerkelijk ingaan op wat de

zorgmedewerker bezighoudt als het gaat om kwaliteit van zorg en welke relatie er bestaat tussen kwaliteit van zorg en de motivatie van de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn. Dit onderzoek richt zich op zorgmedewerkers in het algemeen. De bedoeling is om inzichten te verkrijgen in hoe de zorgmedewerker betekenis geeft aan de werkzaamheden die hij of zij uitvoert en de manier waarop dit plaats vindt. Welk verhaal vertellen ze? (Zie ook hoofdstuk 4).

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgsector. Hierbij komen onder andere de invoering van de marktwerking en het (wettelijke) kader van kwaliteit van zorg aan bod. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag welke ontwikkelingen relevant zijn voor de dagelijkse werkzaamheden van de zorgmedewerker. In hoofdstuk 3 volgt het literatuuronderzoek. Hier zal kwaliteit van zorg verder worden onderzocht. Wat houdt kwaliteit van zorg in en welke aspecten kunnen onder kwaliteit van zorg vallen? Ook zal het meten van kwaliteit van zorg worden behandeld. Welke meetmethoden gebruiken we in Nederland als het gaat om kwaliteit van zorg en zijn deze meetmethoden representatief voor kwaliteit van zorg? Daarnaast zal in dit hoofdstuk ook de link worden gelegd tussen kwaliteit van zorg en *public service motivation*. In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord wat *public service motivation* betekent in het kader van kwaliteit van zorg. In hoofdstuk 4 worden de methoden van dit onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk wordt duidelijk vanuit welke onderzoekspositionering dit onderzoek plaatsvindt en hoe het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek vorm hebben gekregen. De resultaten van het empirisch onderzoek worden in hoofdstuk 5 gepresenteerd. Hierbij wordt antwoord gegeven op de vraag welke betekenis de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg geeft en welke waarden ten grondslag liggen aan de motivatie van de zorgmedewerker om in de gezondheidszorg werkzaam te zijn. In hoofdstuk 6 volgt een conclusie, waar de hoofdvraag beantwoord zal worden. Tot slot wordt in de discussie beschreven in welke mate het onderzoek is verlopen zoals verwacht en welke discussiepunten er zijn met betrekking tot de uitkomsten van het onderzoek.

2. De zorgmarkt en kwaliteit van zorg

In dit hoofdstuk worden bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen beschreven die van invloed zijn op de zorgsector. De ingevoerde marktwerking in de zorg en de focus op kwaliteit van zorg staan hierbij centraal. Ook wordt ingegaan op de huidige wet- en regelgeving rondom kwaliteit van zorg. Tot slot volgt in de samenvatting de beantwoording van deelvraag 1: Met welke belangrijke ontwikkelingen heeft de zorgsector te maken?

2.1 Bestuurlijke ontwikkelingen in de zorgsector

Een bestuurlijke ontwikkeling in de zorgsector die van grote invloed is geweest op alle veranderingen die in de zorgsector hebben plaatsgevonden is de marktwerking. Zoals eerder vermeld in de inleiding, heeft de overheid sinds 2006 marktwerking in de zorg ingevoerd. Op deze manier zouden doelen zoals kwaliteit van zorg, klantgerichtheid en doelmatigheid in de zorg beter af te dwingen zijn. Daarnaast kan marktwerking de diversiteit van het aanbod vergroten, omdat zorgaanbieders hun aanbod aanpassen op de wensen van de zorgvrager (Wijnsma & Kimpen, 2010, p. 28). Marktwerking is vanzelfsprekend in sectoren waarin vraag en aanbod bepalend zijn, maar kan een dergelijk concept ook toegepast worden in de zorg? En waar komt de gedachte van een marktwerking in de zorg nu vandaan? In het onderstaande wordt op deze vragen ingegaan.

Om met de laatste vraag te beginnen, de invoering van de marktwerking in de zorgsector kan als een uitvloeisel beschouwd worden van het neoliberalisme. Het neoliberalisme wordt meestal gedefinieerd als een vorm van een politiek-economische organisatie en het begrip zelf vindt zijn oorsprong in de jaren '80 (Murawski, 2011). Kenmerkend voor het neoliberalisme is het terugtrekken van de overheid en het invoeren van de marktwerking (Noordegraaf, 2008, p. 58; Plug, van Twist & Geut, 2003, p. 7). In westerse landen heeft deze beweging geleid tot privatisering van diverse overheidsinstellingen en daarnaast tot een bedrijfsmatige aanpak in de publieke sector, ook wel new public management (NPM) genoemd. NPM staat daarbij voor modernisering van het management in de bestuurspraktijk (Noordegraaf, 2008, p. 85). In de zorgsector heeft het NPM vorm gekregen door marktwerking en maatschappelijke randvoorwaarden te combineren (Noordegraaf, 2008, p. 59). De bedoeling is om de positieve effecten van een marktwerking, zoals een afstemming tussen het zorgaanbod en de zorgvraag en een juiste prijs-kwaliteitverhouding, te combineren met randvoorwaarden. Een randvoorwaarde is bijvoorbeeld dat zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn.

Onder het marktmechanisme verstaan Poiesz en Caris (2010) *'dat vraag en aanbod corrigerend en stimulerend op elkaar (kunnen) reageren en dat vraag en aanbod dus niet als afzonderlijke entiteiten worden beschouwd'* (p. 115). De marktwerking dient op een zodanige manier te werken dat zorgvragers in staat zijn de kwaliteit en de prijs van het zorgaanbod te kunnen beoordelen.

Zorgaanbieders reageren hierop door een zorgaanbod te doen dat aan deze kwaliteitsprijsverhouding voldoet. De aanbieder is hierbij degene met het risico; biedt hij iets aan wat niet aanslaat, dan zal hij eventueel de markt moeten verlaten (Poiesz & Caris, 2010, p. 115). De concurrentie, die door de marktwerking ontstaat tussen verschillende zorgaanbieders moet onder andere leiden tot een zorgsector waar het aanbod op de vraag is aangepast, en waar kwaliteit voor een redelijke prijs geleverd wordt. Voordat de marktwerking en de daarbij behorende concurrentie tussen zorgaanbieders in Nederland werd ingevoerd, stond samenwerking vooral centraal in de zorgsector. Door de invoering van de marktwerking levert de aanwezigheid van concurrentie in de zorgsector in combinatie met samenwerking in de zorgsector een spanningsveld op (Putters, den Breejen & Frissen, 2009). Hieronder zal ik beide begrippen toelichten en uitleggen wanneer dit spanningsveld ontstaat.

Samenwerking tussen zorgaanbieders is een fenomeen dat al langer in de zorgsector gebruikelijk is. Het samenwerken kan diverse voordelen opleveren. Zo kan men op deze manier een groter marktaandeel verkrijgen en door middel van het aaneenschakelen van diverse instellingen een zorgvrager altijd passende zorg bieden. Ook zorginhoudelijk is samenwerking tussen zorgaanbieders interessant; door het delen van kennis zal de specialistische kennis in een instelling vele malen groter zijn. Een te ver gaande vorm van samenwerking tussen diverse zorginstellingen kan echter ook leiden tot een te groot marktaandeel, wat een spanningsveld oplevert met de concurrentie in de zorgsector. De positieve effecten van concurrentie worden dan aangetast (Putters et al., 2009, p. 11). Door middel van concurrentie is het de bedoeling dat zorgaanbieders gestimuleerd worden betere zorg te leveren, tegen gepaste prijzen. Op het moment dat een zorginstelling deze dienst niet kan leveren, 'prijs' de instelling zichzelf uit de markt. De concurrentie tussen zorginstellingen levert voor de zorgvrager een beter aanbod van kwaliteit van zorg tegen een gepaste prijs op. In de thuiszorg kan het bijvoorbeeld handig zijn als diverse zorginstellingen in een provincie samenwerken, zodat de cliënt zo veel mogelijk op het gewenste moment de juiste zorg kan krijgen. Gaat deze samenwerking tussen zorginstellingen te ver, dan verdwijnt voor de cliënt de keuze uit diverse zorginstellingen met verschillende prijs/kwaliteitsverhoudingen. Voor de zorginstellingen kan dan de prikkel verdwijnen om betere zorg tegen betere prijzen aan te bieden.

Het is belangrijk om een balans te vinden tussen vormen van samenwerking en concurrentie in de zorgsector, zodat zowel de voordelen van samenwerking en de voordelen van concurrentie kunnen worden benut. Om deze reden vindt toezicht en controle op de marktwerking en op de samenwerking in de zorg plaats door een aantal overheidsorganen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de kwaliteit van zorg, de veiligheid en toegankelijkheid van zorg en bewaakt daarnaast ook de rechten van patiënten en cliënten. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met het toezicht op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en op het toezicht op de concurrentie en de marktwerking, de regulering van de marktwerking (VWS, 2011). Tot slot houdt de

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toezicht op de marktwerking op het gebied van verboden vormen van samenwerking.

In de discussie over het feit of er echt sprake is van marktwerking in de zorg, is men in de literatuur eenduidig. Er kan in ieder geval niet worden gesproken van een vrije markt (Boot, 2010; Putters et al, 2009, Poiesz & Caris, 2010). Bepaalde concepten van marktwerking worden in de zorgsector toegepast, maar tegelijkertijd is men gebonden aan wet- en regelgeving. In dit verband wordt ook wel gesproken van een gereguleerde marktwerking (Boot, 2010). De situatie van een gereguleerde marktwerking leidt volgens Putters, Frissen en Foekema (2006) tot een regelparadox: De overheid treedt in eerste instantie terug om de marktwerking te stimuleren (deregulering en decentralisatie), maar omdat de overheid vervolgens weer toezicht en controle uitoefent omdat zorginstellingen zich enkel vrij mogen bewegen binnen de wettelijk gestelde kaders, vindt er eigenlijk weer *recentralisatie* en *reregulering* plaats (p. 13). De sturing van de overheid aan de ‘voorkant’ neemt af door middel van het invoeren van flexibele regelgeving. Omdat de overheid aan de ‘achterkant’ toezicht en controle uitvoeren, kan de vraag worden gesteld of deze verschuiving van sturing vooraf naar toezicht achteraf nu wel leidt tot flexibiliteit en een vermindering van de bureaucratie (Den Breejen, Meurs, Putters & Meems, 2008). De doelen van het invoeren van de marktwerking, verzelfstandiging en deregulering, lijken op deze manier niet te worden behaald.

Naast de vraag of er sprake is van marktwerking in de zorg, is de vraag gerechtvaardigd of de kwaliteit van zorg voor de cliënt verbetert. Of verliest men op deze manier uit het oog waar het werkelijk om draait? Heeft de zorgvrager baat bij (gedeeltelijke) marktwerking? Als gekeken wordt naar verpleeg- en verzorgingshuizen, waar mensen juist niet patiënt zijn, maar vooral bewoner, moet er een ‘thuis’ kunnen worden geboden. In deze context zijn de ‘*moments of truth*’ ontelbaar, en gaat het naast een goede technisch/ inhoudelijke zorg vooral om de aandacht en het contact tussen zorgverlener en bewoner. Een relevante vraag in dit onderzoek is hoe de zorgverlener, die het beleid van een instelling uitvoert, zich binnen deze kaders beweegt en hoe de zorgverlener betekenis geeft aan kwaliteit van zorg. Ook kan de vraag gesteld worden of in een zorgmarkt, met name ouderen, weten dat ze een keuze hebben en daarnaast of zij wel kiezen voor ‘goede’ kwaliteit, als tegen een lagere prijs ook ‘minder goede’ kwaliteit wordt aangeboden. Met andere woorden, kunnen in de toekomst alleen nog ouderen die veel geld hebben kwaliteit van zorg betalen?

2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Naast een bestuurlijke ontwikkeling zoals marktwerking zijn er ook diverse maatschappelijke ontwikkelingen die voor spanningsvelden kunnen zorgen in de zorgsector. Putters et al. (2009) onderscheiden onder andere de volgende ontwikkelingen; de vergrijzing, de individualisering, immigratie, mobiliteit en informatisering. In het kader van dit onderzoek zal ik op drie van de vijf

geschetste ontwikkelingen, namelijk de vergrijzing, de individualisering en de informatisering nader ingaan. Deze ontwikkelingen hebben met name invloed op de vraag naar zorg, zowel als het gaat om de kwantiteit als de kwaliteit.

De vergrijzing is een ontwikkeling die van grote invloed is op de zorgvraag. De precieze gevolgen van de vergrijzing voor de zorgsector zijn op dit moment nog niet volledig te overzien. Omdat mensen steeds ouder worden kan in ieder geval verwacht worden dat de zorgvraag zal toenemen. Ook zullen ziekten die bij ouderen frequenter voorkomen (men kan hierbij denken aan chronische aandoeningen, zoals artrose) door de vergrijzing een groter deel gaan vormen van de zorgvraag (Putters et al., 2009). De kans op medicatiegebruik en gebruik van andere vormen van zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie en thuishulp) nemen toe naarmate mensen ouder worden. Omdat een relatief groter deel van Nederland behoort en gaat behoren tot de ‘ouderen’, zullen deze kosten alleen maar verder stijgen. De kosten voor gezondheidszorg zullen door de vergrijzing toenemen (Putters et al., 2009). Omdat een relatief groter deel van de bevolking zorg nodig heeft, betekent dit ook een verhoging van de werkdruk voor de zorgmedewerker. Een consequentie kan zijn dat de tijd die een zorgmedewerker krijgt voor een cliënt, aanzienlijk moet worden verkort. Uit de onderhandelingen tussen de zorgwerkgevers en de Abvakabo FNV blijkt dat er onder zorgmedewerkers in de langdurige zorg grote onrust heerst met betrekking tot deze werkdruk en dat de werkdruk een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg. In het Convenant Investerings Langdurige Zorg 2011-2015, opgesteld en ondertekend door de overheid, belangenorganisaties en zorgaanbieders en –ondernemers, wordt het belang van het aannemen van extra zorgmedewerkers erkend. In dit convenant wordt ter bevordering van de kwaliteit van zorg extra middelen ter beschikking gesteld door het kabinet, zodat extra zorgmedewerkers kunnen worden aangenomen en zij extra scholing kunnen krijgen. Hiertoe worden 15.000 zorgmedewerkers aangenomen. Om te kijken of dit daadwerkelijk gebeurt, is 1 januari 2012 een nulmeting uitgevoerd (VWS, 2011). Omdat dit convenant nog niet lang van toepassing is, valt nog niet veel te zeggen over de uitvoering hiervan in de praktijk.

Naast de vergrijzing neemt ook de individualisering in de maatschappij toe. Individualisering is op te vatten als *‘een groeiende autonomie van het individu ten opzichte van zijn directe omgeving en die zijn weerslag heeft gekregen in de sociale organisatie van de samenleving’* (SCP, 2011, p. 29). In de zorg leidt de individualisering tot een verzorging op maat; een speciaal zorgprogramma afgestemd op de wensen en behoeften van het individu. De keuze voor een bepaalde vorm van zorg, of de keuze voor een instelling wordt steeds meer geacht een eigen keuze van het individu te zijn (Putters et al., 2009). Putters et al. (2009) stellen dat de individualisering een negatieve invloed kan hebben op de solidariteit. Solidariteit betekent dat men het collectieve belang voor het eigen belang stelt. Op het moment dat men alleen oog heeft voor de eigen belangen, zal de traditionele verzorgingstaat gebaseerd op solidariteit zoals wij deze nu kennen mogelijk verdwijnen. Voor de zorgmedewerker is deze

individualisering een ontwikkeling waar ze dagelijks mee te maken hebben. Enerzijds staat de cliënt centraal en moet zo veel mogelijk worden ingegaan op de wens van de cliënt, anderzijds is het niet mogelijk om aan de diversiteit van alle wensen van de cliënt te voldoen. Als bewoners van een verzorgingshuis bijvoorbeeld uiteenlopende wensen hebben als het gaat om dagactiviteiten, is het onmogelijk om al deze activiteiten te organiseren. De zorgmedewerker wordt daardoor vaak geconfronteerd met wat *niet* kan. Daarnaast is de zorgmedewerker de professional, maar onder invloed van de individualisering zal men soms moeten toegeven aan de wensen van de cliënt hoewel dit misschien niet altijd in het belang van de cliënt is. Zo kunnen sommige ouderen wellicht gewend zijn 's avonds 'een paar borreltjes' te drinken. Maar waar wordt dan de grens gelegd? Als het er op aankomt, moet de zorgmedewerker dan afgaan op de eigen professionaliteit of toch aan de wensen van de cliënt voldoen?

De derde belangrijke ontwikkeling is de informatisering. De informatisering heeft onder invloed van technologische ontwikkelingen een grote sprong gemaakt. Op internet is veel informatie te vinden over ziekten, behandelingen en diverse zorginstellingen. Dit kan voordelen opleveren; de patiënt kan op internet informatie verkrijgen van andere patiënten die hun ervaringen op internet delen. Op deze manier zou de patiënt een betere keuze kunnen maken als het gaat om behandeling of een zorginstelling (Putters et al., 2009). Een zorginstelling die goede kwaliteit levert, trekt dan meer patiënten aan. Kwaliteit leveren loont dan voor een zorginstelling, waardoor andere zorginstellingen ook meer gestimuleerd raken om deze kwaliteit te leveren. De informatisering zorgt dan voor een belangrijke voorwaarde voor het optimaliseren van de voordelen van concurrentie: transparantie in de prijs-kwaliteitverhouding van zorginstellingen. Daarnaast zijn burgers inhoudelijk veel beter geïnformeerd met betrekking tot diverse gezondheidsvragen. De huisarts of specialist is niet langer de autoriteit op het gebied van gezondheidsinformatie en in sommige gevallen is een bezoek aan een huisarts niet noodzakelijk meer. Adviezen worden niet zonder meer aangenomen en de burger weet beter wat hij of zij wil. De toegankelijkheid van informatie op het internet kan echter ook negatieve kanten hebben. Omdat er zoveel informatie toegankelijk is voor de burger, kan de vraag gesteld worden of de kwaliteit van deze informatie wel goed is. De veelheid aan informatie op internet, zowel qua inhoudelijke informatie over behandelingen en ziekten als ervaringen van cliënten met zorginstellingen, kan elkaar tegenspreken. Hoe moet men dan weten welke informatie juist is? In dit verband spreken Putters et al. (2006) van een informatieparadox: Steeds meer informatie over de gezondheidszorg is beschikbaar via internet, maar deze informatie is niet altijd even begrijpelijk of toegankelijk voor iedereen (p.10). Tot slot hebben technische en wetenschappelijke ontwikkelingen gezorgd voor nieuwe mogelijkheden en uitdagingen; nieuwe medicijnen en behandelingen worden ontdekt, waardoor de gezondheidstoestand van Nederlanders steeds verder verbeterd. Dit gaat echter niet zomaar; de ontwikkelingen gaan vaak gepaard met hoge kosten (SCP, 2011) en ook belandt men bij enkele ethische vraagstukken (bijvoorbeeld met betrekking tot euthanasie en transplantatie), die

niet eenvoudig zijn op te lossen (Putters et al., 2009, p. 17).

De hierboven geschetste maatschappelijke ontwikkelingen zorgen voor nieuwe uitdagingen in de gezondheidszorg. De vergrijzing heeft als gevolg dat de vraag naar zorg toeneemt. De individualisering voegt hier een extra complexiteit aan toe: iedereen wil zorg op maat. De diversiteit in het aanbod van zorg neemt daardoor toe. Tot slot leidt de informatisering tot burgers die veel weten, maar misschien wel onvolledig zijn geïnformeerd. Van de zorgmedewerker wordt verwacht dat zij met deze ontwikkelingen omgaan en kwaliteit van zorg leveren. Omdat dit onderzoek zich richt op kwaliteit van zorg, is het allereerst van belang om het systeem rondom kwaliteit van zorg te verkennen.

2.3 Kwaliteit van zorg, het wettelijke kader

Deze paragraaf richt zich op de verkenning van het wettelijke systeem rondom kwaliteit van zorg in Nederland. Een van de belangrijkste doelen van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg is dat kwaliteit van zorg wordt geleverd. Hierbij neem ik als startpunt de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). In deze paragraaf zal allereerst de Kwaliteitswet aan de orde komen, waarna ik mij zal richten op kwaliteitseisen die in de Kwaliteitswet gesteld worden. Wat verstaat de wetgeving in Nederland onder kwaliteit van zorg? Daarnaast zal ik bespreken welke normen en criteria in de ouderenzorg worden gehanteerd als het gaat om kwaliteit van zorg.

Kwaliteitswet Zorginstellingen

In 1996 is de Kwaliteitswet in de gezondheidszorg in werking getreden. Deze wet is bedoeld voor zorginstellingen. De bedoeling is dat de open normen zoals gegeven door de Kwaliteitswet door zorginstellingen zelf nader worden ingevuld. Alle zorginstellingen vallen onder de Kwaliteitswet, onder zorginstelling verstaat de Kwaliteitswet ‘het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg’ (artikel 1 sub b KWZ). De eisen die aan zorginstellingen gesteld worden betreffen; het aanbieden van verantwoorde zorg; het op een zodanige manier organiseren van de zorgverlening (personele en materiële middelen, verdeling van verantwoordelijkheid) dat dit redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg; het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg en het jaarlijks, door middel van een jaarverslag, verantwoording afleggen van het gevoerde kwaliteitsbeleid. De eerste eis, het aanbieden van verantwoorde zorg betekent dat de zorg doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht is en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (Kedzierski, 2001). De open normen zijn bewust gegeven, de bedoeling is dat verdere invulling wordt gegeven door zowel de zorginstelling, de zorgverzekeraar en patiënten-/consumentenorganisaties. Per sector kan men dan tot een gedeelde visie op verantwoorde zorg komen op basis waarvan normen en indicatoren kunnen worden ontwikkeld, die gebruikt kunnen worden voor metingen ter beoordeling van het leveren van verantwoorde zorg (Boot, 2010, p. 204).

Invulling kwaliteit van zorg in de ouderenzorg

Het zelf invullen van de eisen gesteld door de wetgever geeft instellingen een grote vrijheid. Maar men heeft er wel degelijk baat bij als diverse begrippen op dezelfde manier worden geïnterpreteerd. Op deze manier wordt het meten van kwaliteit mogelijk, en is er voor de consument en de zorgverzekeraar eenduidige, inzichtelijke informatie beschikbaar over de kwaliteit van een instelling. De Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) is in 1994 opgericht met als doelstelling het organiseren van een samenhangend kwaliteitsbeleid en kwaliteitsborging in de zorg. Het begrip 'verantwoorde zorg', afkomstig uit de eerste eis van de Kwaliteitswet wordt door de HKZ ingevuld met normen, met als doeleinde de kwaliteit toetsbaar te maken. De HKZ geeft dan ook certificaten uit aan zorginstellingen, die aan bepaalde certificatieschema's voldoen.

In de zorgsector wordt door middel van prestatie-indicatoren kwaliteit van zorg gemeten. Een waarde toekennen aan een bepaalde indicator gaat via normen of criteria. Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T) is het kwaliteitskader wat in 2010 is gesteld voor de langdurige en/of complexe zorg die geleverd wordt door zorgorganisaties in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg.¹ Het belangrijkste doel van het kwaliteitskader in deze sector is om de kwaliteit van het leven van de cliënt te verbeteren. In dit rapport komen zowel de normen aan bod welke zijn gevormd ter invulling van 'verantwoorde zorg', die volgens de Kwaliteitswet geleverd moeten worden, en anderzijds de meetinstrumenten. Onder verantwoorde zorg verstaat men in de VV&T kwaliteit van leven dat inhoudt dat de cliënt tot op reële hoogte de eigen regie in handen houdt en waar de zorginstelling de individuele inkleuring van het leven zoveel mogelijk moet respecteren. De zorgaanbieder heeft daarbij een hoge mate van verantwoordelijkheid. Onder kwaliteit van leven worden de volgende normen verstaan; lichamenlijk welbevinden en gezondheid, woon en leef situatie, participatie en mentaal welbevinden. De voorwaarden die het mogelijk maken om de verantwoorde zorg en dus kwaliteit van leven te kunnen bieden zijn de kwaliteit van de zorgorganisatie, de kwaliteit van zorgverleners en zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid.

2.4 Samenvatting

Met betrekking tot de vraag met welke belangrijke ontwikkelingen de zorgsector te maken heeft (deelvraag 1) kan het volgende geconcludeerd worden. De zorgsector heeft te maken met een aantal belangrijke ontwikkelingen zoals de marktwerking, de vergrijzing, de individualisering en de informatisering. Een bestuurlijke ontwikkeling is dat sinds 2006 de marktwerking in de zorgsector is ingevoerd. Op grond van het literatuuronderzoek volgt dat men (nog) niet kan spreken van een volledige marktwerking. Dit betekent dat er geen sprake is van een vrije markt waar zorgaanbieder en zorgvrager vrij op elkaar inspelen.

¹ <http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/27-08-2010%20Handboek%20kwaliteitskader%20VZ%20VVT.pdf> Datum raadpleging: 30-07-2012

De vergrijzing, de individualisering en de informatisering zijn drie maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgvraag. De vergrijzing zorgt voor een hogere werkdruk voor de zorgmedewerker; er komen steeds meer ouderen die zorg nodig hebben maar het aantal zorgmedewerkers neemt relatief niet toe. De individualisering heeft als gevolg dat de cliënt steeds meer zorg op maat wenst en dat de diversiteit van de vraag naar zorg toeneemt. Tot slot is de informatisering een maatschappelijke ontwikkeling die van invloed is op de zorgvraag. Er is steeds meer informatie beschikbaar over verschillende zorginstellingen, waardoor de cliënt via internet zorginstellingen kan vergelijken. Daarnaast is er ook steeds meer informatie beschikbaar over medicijnen en ziektebeelden. Een kanttekening hierbij is dat deze informatie niet altijd van hoge kwaliteit hoeft te zijn. De informatisering beïnvloedt de zorgvraag, omdat de zorgvrager meer geïnformeerd is en nu zelf meer keuzes maakt ten opzichte van behandeling en verzorging.

3. Kwaliteit van zorg en public service motivation

Dit hoofdstuk omvat de uitkomsten van een literatuuronderzoek naar twee concepten die de theoretische basis vormen in dit onderzoek, kwaliteit van zorg en public service motivation. Eerst wordt ingegaan op wat onder kwaliteit van zorg kan worden verstaan, en hoe we kunnen weten of kwaliteit van zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Hierna wordt antwoord gegeven op de deelvragen 2 en 3. Met behulp van het concept public service motivation zal de relatie tussen de motivatie om in de zorg te werken en kwaliteit van zorg gelegd worden. Vervolgens werk ik de vraag uit wat public service motivation betekent in het kader van kwaliteit van zorg.

3.1 Kwaliteit van zorg

In deze paragraaf zal het begrip kwaliteit van zorg aan de orde komen. Allereerst zullen verschillende definities en aspecten van kwaliteit van zorg worden beschreven. Daarnaast zal het meten van kwaliteit van zorg aan de hand van meetmethoden en prestatie-indicatoren aan bod komen. In deze paragraaf wil ik duidelijk krijgen wat de eisen in Nederland zijn als het gaat om kwaliteit van zorg en wat daarbij gevraagd wordt van de zorgmedewerker.

Definiëring van kwaliteit van zorg

Verschillende spelers in de zorgsector, zoals de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten-/consumentenorganisaties, hebben een specifieke rol en hebben vanuit die rol een eigen kijk op wat de belangrijkste factoren zijn als het gaat om de kwaliteit van zorg. In de literatuur bestaat geen overeenstemming over de definitie van kwaliteit van zorg. Het denken over kwaliteitsbewaking en – bevordering kan onderverdeeld worden in de klassieke en moderne benadering van kwaliteit van zorg. De klassieke benadering bevat principes die zich kenmerken door het richten op de inhoud van kwaliteit van zorg, terwijl de moderne benadering zich meer richt op het proces en het scheppen van de juiste voorwaarden voor het creëren van kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991). De klassieke benadering richt zich op de zorginhoud, waarbij het definiëren, meten en beoordelen van kwaliteit van zorg centraal staan. De moderne benadering vindt zijn oorsprong in bedrijfskundige principes van management en organisatie (zie hoofdstuk 2). Bij de moderne principes staat niet de definitie van kwaliteit van zorg centraal, maar wordt aandacht besteed aan activiteiten die gericht zijn op het kunnen leveren van kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991). Harteloh en Casparie (1991) vinden dat beide benaderingen een belangrijke plaats innemen in de gezondheidssector (p. 15). Dat beide benaderingen belangrijk zijn, blijkt ook uit de Kwaliteitswet, die toeziet op zowel inhoudelijk verantwoorde zorg als procedurele eisen die het leveren van kwaliteit mogelijk maken. In dit onderzoek wordt uitgegaan van een combinatie van beide benaderingen. Ik richt mij in dit onderzoek op zowel de inhoud van kwaliteit van zorg als op aspecten die het leveren van kwaliteit van zorg mogelijk maken. Hieronder zal ik eerst ingaan op de klassieke principes, waarbij verschillende

manieren van het definiëren van kwaliteit van zorg aan bod komen. Vervolgens komt een definitie van kwaliteit van zorg aan bod waarbij mijns inziens zowel de klassieke benadering als de moderne benadering is verwerkt.

De klassieke principes worden onder andere vertegenwoordigd door de gezondheidswetenschapper Donabedian, die beschouwd kan worden als de belangrijkste grondlegger van de wetenschappelijke, systematische beschrijving van kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991). De meest gebruikte definitie van kwaliteit van zorg in de wetenschappelijke literatuur is van zijn hand; *'its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society'* (Donabedian, 1980, p. 22). Kwaliteit van zorg heeft volgens Donabedian (1980) te maken met wat vooraf verwacht wordt van de zorg en hoe de uitkomst van zorg daadwerkelijk is. Het gaat daarbij niet om de gezondheidsstatus op één bepaald moment, maar om de verbeteringen die door de gezondheidszorg bewerkstelligd worden en het verschil dat dit maakt voor een persoon (Harteloh & Casparie, 1991, p. 27).

Definities van kwaliteit van zorg kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. Zo kan allereerst het onderscheid worden gemaakt tussen een prescriptieve en een descriptieve definitie van kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991, p. 32). Bij een prescriptieve benadering van een begrip volgt een bewering die een handeling aanbeveelt, suggereert of voorschrijft. Uit een descriptieve definiëring volgt een beschrijving van de betekenis van een begrip. Bij het begrip kwaliteit van zorg kan dit leiden tot twee uitkomsten. Een prescriptieve definitie van kwaliteit van zorg leidt tot het focussen op verbetering totdat de 'behoorde' status is bereikt. Een descriptieve uitleg van kwaliteit van zorg leidt tot een vergelijking tussen de omschrijving en de 'waarheid' over het begrip. Godmundsson en Maack (1991) beargumenteren dat een descriptieve definitie om deze reden een goede basis kan zijn voor wetenschappelijk onderzoek rondom kwaliteit van zorg en dat een prescriptieve definitie goed gebruikt kan worden voor de praktijk in zorginstellingen in het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering (Harteloh & Casparie, 1991, p. 33). Het onderscheid tussen een prescriptieve en descriptieve definitie kan van belang zijn bij het interpreteren van de definitie die de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg geeft. Beschrijft de zorgmedewerker kwaliteit van zorg als een benadering van de waarheid (descriptief), of als een situatie die 'zou moeten zijn' (prescriptief)? Omdat de zorgmedewerker aan een instelling is verbonden, zou de verwachting zijn dat de zorgmedewerker vanuit de werkzaamheden het begrip kwaliteit van zorg op een prescriptieve manier duidt. Dit zou kunnen betekenen dat de zorgmedewerker betrokken is bij het proces van kwaliteitsverbetering en -ontwikkeling.

De oorsprong van de tweedeling prescriptief/descriptief komt voort uit de discussie over objectgebonden of subjectgebonden kwaliteit. Als kwaliteit een kenmerk of een eigenschap is van het

voorwerp van beschouwing, betekent dit dat kwaliteit onafhankelijk is van andere zaken zoals een beschouwer, tijd of plaats. Kwaliteit wordt op dat moment gezien als een kenmerk van een object, in dit geval zorg, en valt hierdoor onder een descriptieve benadering (Harteloh & Casparie, 1991, p. 29). Als kwaliteit subjectgebonden is, betekent dit dat kwaliteit altijd afhankelijk is van omstandigheden, zoals tijd, plaats en voorkeur. Kwaliteit is daarbij een abstract begrip, wat voornamelijk bestaat in de hoofden van degenen die aan kwaliteit betekenis geven; de subjecten (Harteloh & Casparie, 1991, p. 29). In het kader van de interpretatieve benadering die in dit onderzoek wordt gehanteerd, wordt uitgegaan van de subjectgebonden betekenis van kwaliteit van zorg. In dit onderzoek staat immers centraal hoe de zorgmedewerker betekenis geeft aan kwaliteit van zorg en diverse aspecten hiervan. Er is niet één waarheid; ieder geeft zijn eigen betekenis en kan de werkelijkheid anders interpreteren.

In dit onderzoek zal voor kwaliteit van zorg de definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) worden gebruikt: *'Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'* (2001). In deze definitie valt op dat vier thema's uitdrukkelijk aan de orde komen; effectiviteit (*desired health outcomes*), vraaggerichtheid (*for individuals and populations*), veiligheid (*consistent with current professional knowledge*) en toegankelijkheid (*the degree to which*). Deze vier aspecten staan in de literatuur bekend als de vier kernaspecten van kwaliteit van zorg (Westert, Berg, Koolman & Verkleij, 2008). De bovenstaande definitie van kwaliteit van zorg van het IOM wordt in dit onderzoek gebruikt, omdat het zowel aspecten bevat die afkomstig zijn van de klassieke benadering (inhoud van kwaliteit van zorg), als aspecten die afkomstig zijn van de moderne benadering (procedurele eisen die kwaliteit van zorg mogelijk maken). De kernaspecten die voortvloeien uit deze definitie zijn mijns inziens representatief voor de eisen die in Nederland aan kwaliteit van zorg gesteld worden, omdat de Kwaliteitswet toeziet op zowel inhoudelijke eisen als procedurele eisen die het leveren van kwaliteit van zorg mogelijk maken. De kernaspecten worden hieronder toegelicht.

Effectiviteit

Van effectiviteit kan gesproken worden als de doelen van de zorg daadwerkelijk behaald worden. De doelen van zorg kunnen verschillen. Zo zal bij curatieve zorg het doel herstel of verlichting zijn, terwijl in de langdurige zorg - bijvoorbeeld in de ouderenzorg - het doel is mensen te ondersteunen en kwaliteit van leven te bieden (Westert et al., 2008, p. 26). Het doel van zorg kan daarnaast gericht zijn op preventie: door het geven van een griepvaccinatie is het de bedoeling dat het krijgen van griep geen kans krijgt. Een relevante vraag in dit onderzoek is of aan ouderen kwaliteit van leven kan worden geboden in de zorginstelling, met andere woorden of zorg effectief is als het gaat om de geboden kwaliteit van zorg.

Vraaggerichtheid

De overheid definieert vraaggerichtheid als zorg die tegemoet komt aan de behoeften van de cliënt en die de cliënt op grond van zijn verzekering mag verwachten (VWS, 2011).² Vraaggerichtheid in de zorg is aanwezig op macro, meso en microniveau. In het systeem (macroniveau) moet vraaggerichtheid in de zorg verankerd zijn in wet- en regelgeving, hetgeen in Nederland het geval is. Uit de Kwaliteitswet volgt de eis van cliëntgerichtheid (zie paragraaf 2.3). Daarnaast moeten instellingen (mesoniveau) zorg aanbieden die gebaseerd is op de wensen van de cliënt. De gehele instelling moet gericht zijn op de cliënt en de instelling moet ervoor zorgen dat alle medewerkers dit belang goed voor ogen hebben. De vraaggerichtheid op microniveau vindt plaats in de interactie tussen zorgmedewerker en cliënt. Het gaat dan vooral om de communicatie tussen zorgmedewerker en cliënt. Ten eerste moet de cliënt op een volledige wijze worden voorzien van informatie, zodat de cliënt een goede keuze voor zichzelf kan maken. Wanneer deze informatieoverdracht op een juiste manier plaatsvindt, wordt de cliënt gestimuleerd om wensen kenbaar te maken. In de langdurige zorg kan onder vraaggerichtheid worden verstaan de mate waarin cliënten de mogelijkheid wordt gegeven zo veel mogelijk hun leven zelf in te richten (VWS, 2011). Relevante vragen in dit onderzoek zijn of het verpleeg- of verzorgingshuis een zorgaanbod heeft dat gericht is op de wensen van de bewoners en of deze bewoners in de gelegenheid worden gesteld om zelf hun leven in te richten.

Veiligheid

Het kernaspect veiligheid houdt de verzekering in dat de cliënt geen schade wordt toegebracht. Onder schade valt zowel fysieke schade als psychische schade. Beide vormen kunnen tijdelijk of permanent voorkomen, ofwel het overlijden van de cliënt tot gevolg hebben. Factoren die de veiligheid in gevaar kunnen brengen zijn fouten in het zorgsysteem of het niet naleven van de professionele standaarden (Westert et al., 2008, p. 26). Dit blijkt bijvoorbeeld uit het meldpunt misstanden in de zorg dat in april 2012 door de AbvaKabo FNV geopend is. In drie weken tijd werden ruim 1000 misstanden gemeld door zorgmedewerkers. Een vaak voorkomende misstand is, zo blijkt uit de meldingen, dat zorgmedewerkers vanwege een personeelstekort bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis niet konden douchen of toiletteren. Ook leidt het personeelstekort vaak tot onrust en angst bij bewoners en worden fouten gemaakt in de medicatie toediening.³ Relevante vragen in dit onderzoek zijn of de veiligheid van cliënten en bewoners kan worden gegarandeerd en welke oorzaken worden aangewezen als veiligheid wel of niet voldoende gegarandeerd kan worden.

Toegankelijkheid

Onder toegankelijkheid in de zorg kan worden verstaan dat *'personen - die zorg nodig hebben - op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening'* (Smits, Droomers & Westert, 2002).

² <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/vraaggerichtheid/indicatoren/> Datum raadpleging: 30-07-2012

³ www.abvakabofnv.nl Datum raadpleging: 30-07-2012

Westert et al. (2008) onderscheiden vier aspecten die een beperking kunnen opleveren als het gaat om toegankelijkheid; kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en vraag van cliënten. Het aantal zorgmedewerkers is een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid in de zorg (Westert et al., 2008). Een tekort aan personeel heeft, naast de hierboven genoemde gevolgen op het gebied van veiligheid, ook invloed op de vier aspecten van toegankelijkheid. Als er niet voldoende zorgmedewerkers zijn worden de kosten hoger voor de cliënt, de reisafstanden kunnen toenemen voor cliënten, de wachttijden worden langer en op deze manier kan het zorgaanbod niet meer voorzien in de behoeften van de cliënt. Een relevante vraag in dit onderzoek is of er een personeelstekort is in verpleeg- of verzorgingshuizen voor ouderen en zo ja, op welke manier dit invloed heeft op de zorgmedewerker en de door de zorgmedewerker geleverde kwaliteit van zorg.

De rol van de zorgmedewerker met betrekking tot de hierboven beschreven vier kernaspecten van kwaliteit van zorg is groot. Effectiviteit in de zorg betekent dat het doel van zorg behaald wordt. In verpleeg- of verzorgingshuizen voor ouderen staat effectiviteit vrijwel gelijk aan vraaggerichtheid op microniveau: het kunnen bieden van kwaliteit van leven houdt hier de mate in waarin bewoners de mogelijkheid hebben om hun eigen leven in te richten. Ook het informeren van cliënten met betrekking tot de mogelijkheden van zorg en het houden aan professionele standaarden behoren tot de taken van de zorgmedewerker. Tot slot is ook de kwantiteit van zorgmedewerkers van belang. Als er niet voldoende zorgmedewerkers zijn, heeft een zorgmedewerker te weinig tijd om de cliënt te bieden wat hij of zij nodig heeft.

Het meten van kwaliteit van zorg

Nu beschreven is wat kan worden verstaan onder kwaliteit van zorg, kan worden gekeken naar hoe kwaliteit van zorg gemeten kan worden. Hierbij zal ik gebruik maken van het model van Donabedian (1980), omdat met dit model een belangrijke basis is gelegd voor het meten van kwaliteit van zorg. Het doel hiervan is om te onderzoeken of de wijze waarop kwaliteit van zorg wordt gemeten representatief is voor de geleverde kwaliteit van zorg in de vorm van *'the moment of truth'*. In de voorbeelden die ik geef, wordt de ouderenzorg als uitgangspunt genomen, omdat in dit onderzoek de betekenisgeving van de zorgmedewerker in de ouderenzorg centraal staat.

In 1980 heeft Donabedian een belangrijke basis gelegd voor het meten van kwaliteit van zorg. Om te kijken of kwaliteit van zorg daadwerkelijk aanwezig is, was Donabedian (1980) van mening dat men enkel door middel van metingen op drie gebieden informatie hierover kon verkrijgen: de *zorgstructuur*, het *zorgproces* en de *zorguitkomst*. Structuur, proces en uitkomst zijn daarbij geen onderdelen van kwaliteit, maar bevatten gedeeltes van informatie die men kan gebruiken om te onderzoeken of diverse aspecten van kwaliteit van zorg goed zijn (Donabedian, 2003, p. 47). Het is

een model dat metingen op het gebied van kwaliteit van zorg mogelijk maakt. In het onderstaande wordt kort ingegaan op het model van Donabedian en wordt een vergelijking gemaakt met het concept van 'the moment of truth'.

De *zorgstructuur* richt zich op alle condities waaronder zorg wordt verleend, zoals de materiële bronnen (gebouwen en materiaal), werknemers (de hoeveelheid, de variëteit en kwalificaties van professioneel en ondersteunend personeel) en het organisatorische karakter van de instelling (type instelling, de aanwezigheid van onderwijs en onderzoek, soorten van supervisie en functioneringsgesprekken en manieren voor het betalen van zorg). Met betrekking tot de *zorgstructuur* kan bijvoorbeeld gemeten worden of zorgverleners een goede, up-to-date opleiding hebben en of de zorginstelling bereikbaar is. Het meten van de *zorgstructuur* kan, in vergelijking met de in dit onderzoek gebruikte definitie van kwaliteit van zorg, informatie opleveren op het gebied van het kernaspect *toegankelijkheid*. Met het *zorgproces* worden alle activiteiten bedoeld die de zorg ondersteunen. Processen zijn vaak waarneembare handelingen, die men goed kan meten en testen. Als voorbeeld hiervan kan het zorgplan worden gebruikt, dat in de ouderenzorg per cliënt gemaakt wordt. In het zorgplan worden de doelen van de zorg zichtbaar (planning), de uitvoering wordt vermeld (rapportage) en tot slot besproken (evaluatie/bijstelling). Daarnaast kunnen ook de lengte van de wachttijden, de doorstroming van cliënten en het aantal cliënten dat behandeld is worden gemeten. Het meten van het *zorgproces* kan informatie opleveren op het gebied van de kernaspecten *vraaggerichtheid* en *veiligheid*. Zijn de processen afgestemd op de cliënten en hun veiligheid? De *zorguitkomst* richt zich op alle veranderingen (zowel gewenst als ongewenst) die zowel bij individuele personen als in de samenleving plaatsvinden als gevolg van de gezondheidszorg (Donabedian, 2003, p. 46). Het meten van de *zorguitkomst* kan informatie opleveren over het kernaspect *effectiviteit*: Is het doel van de zorg behaald? Het structuur-proces-uitkomst model betreft een diagram dat er als volgt uit ziet:

Figuur 3.1a (Bron: Donabedian, 1980)

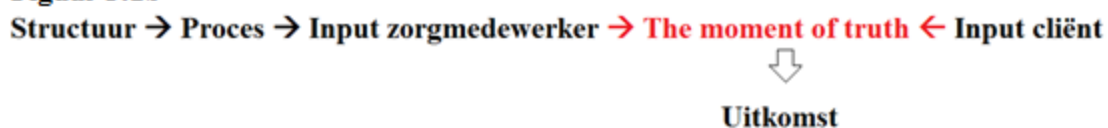
Structuur → Proces → Uitkomst

Structuur heeft invloed op proces, en proces heeft weer invloed op uitkomst. In het model wordt de structuur van een instelling geacht een belangrijke invloed te hebben op hoe personen zich in het systeem gedragen en daarbij op de kwaliteit van zorg die geleverd en ontvangen wordt (Donabedian, 2003, p. 50). Het is in ieder geval een belangrijk aspect, dat iets kan vertellen over de kwaliteit van zorg die een instelling *mogelijk* kan leveren. Een daadwerkelijk oordeel over de mate van kwaliteit van zorg die wordt geleverd, kan niet enkel op basis van structuurkarakterisering worden gebaseerd (Donabedian, 2003, p. 51). Het meten van het *zorgproces* kan meer informatie opleveren over de kwaliteit van zorg die wordt geleverd. Sommige aspecten van een zorgproces hebben door middel van

onderzoek bewezen een bepaalde uitkomst te hebben als het gaat om kwaliteit van zorg (Donabedian, 2003). Het volgen van processen, bijvoorbeeld het gebruik van een zorgplan, staat vaak in directe relatie met de geleverde kwaliteit van zorg. Een groot nadeel is echter dat een proces weinig kan zeggen over de beleving van de cliënt en de bekwaamheid van de zorgmedewerker. Procedures volgen staat niet per definitie gelijk aan het leveren van kwaliteit van zorg. Het kopje koffie wat in een verzorgingshuis wordt geserveerd, kan kwalitatief erg goed zijn, maar als het niet wordt geserveerd met de nodige aandacht en juiste bejegening is het voor de meeste mensen veel minder waard. Hier zijn de factoren van belang die zich richten op de uitkomst. Bij het richten op uitkomst als signalement voor kwaliteit van zorg haalt Donabedian (2003) het *probleem van de attributie* aan (p. 53). Als men namelijk beweert dat zorguitkomsten gelijk zijn aan uitkomsten van het leveren van kwaliteit van zorg, dan betekent dit dat de zorg die gegeven wordt zonder meer verantwoordelijk is voor de uitkomst. Deze relatie is echter niet zo gemakkelijk te leggen. Hoe kan bepaald worden welk aspect precies verantwoordelijk is voor de uitkomst? Een antwoord op deze vraag zou kunnen worden gegeven door vele situaties waarbij zorg wordt verleend te observeren, maar dit zou het *probleem van de attributie* alleen maar verder vergroten. In verschillende situaties zijn verschillende personen betrokken en deze personen kunnen verschillen in medisch, sociaal, psychologisch en genetisch opzicht, die van invloed kunnen zijn op de uitkomst van zorg (Donabedian, 2003, p. 53). Om deze reden is het niet aan te raden dat enkel uitkomstindicatoren worden gebruikt in het meten van kwaliteit van zorg.

Met betrekking tot het meten van kwaliteit van zorg kan het model van Donabedian worden vergeleken met het concept van 'the moment of truth' (zie hoofdstuk 1). 'The moment of truth', gaat uit van een gezamenlijke creatie van kwaliteit van zorg in de interactie tussen de dienstverlener en de cliënt. Omdat het hierbij gaat om het moment dat kwaliteit van zorg wordt geleverd, kan 'the moment of truth' het meest vergeleken worden met de zorguitkomst uit het model van Donabedian. Echter, vaak vindt de beoordeling van kwaliteit van zorg plaats nadat de interactie heeft plaatsgevonden. De input van de zorgmedewerker en de input van de cliënt zijn twee bepalende factoren als het gaat om de uitkomst. Dit is de 'arena' waar zorgmedewerker en cliënt op elkaar zijn aangewezen (zie hoofdstuk 1). Deze twee factoren missen in het model van Donabedian. Als de input van de zorgmedewerker en van de cliënt worden toegevoegd vormt zich het volgende diagram:

Figuur 3.1b



Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te verschaffen in de betekenisgeving van de zorgmedewerker. De zorgmedewerker heeft te maken met de structuur van de organisatie, de diverse processen maar ook de

eigen input (kennis/opleiding en eigen waarden/motivatie). Tegelijkertijd staat de zorgmedewerker in contact met de cliënt, en samen creëren zij 'the moment of truth'. Dit onderzoek levert inzicht op in het perspectief van de zorgmedewerker en draagt hiermee bij aan de 'meting' van kwaliteit van zorg. Een relevante vraag met betrekking tot het meten van kwaliteit van zorg is of de zorgmedewerker vindt dat de huidige meetmethoden van kwaliteit van zorg representatief zijn voor de door hen geleverde kwaliteit van zorg en welke betekenis hij of zij hier aan geeft.

Samenvatting

In deze paragraaf is kwaliteit van zorg nader onderzocht. Op de vraag wat kwaliteit van zorg is (deelvraag 2) kan geconcludeerd worden dat kwaliteit van zorg een moeilijk grijpbaar concept is en altijd in ontwikkeling is. Kwaliteit van zorg is subject gebonden en kan vanuit verschillende perspectieven bekeken worden, bijvoorbeeld vanuit de overheid, zorginstellingen, zorgmedewerkers en cliënten. In dit onderzoek ga ik uit van het perspectief van de zorgmedewerker en staat het concept van 'the moment of truth' centraal. Dit concept gaat ervan uit dat de zorgmedewerker en de cliënt samen in 'the moment of truth' kwaliteit van zorg creëren. De zorgmedewerker vertegenwoordigt de organisatie, maar neemt in 'the moment of truth' ook zijn eigen motivatie en kundigheid mee. In dit onderzoek is de definitie van kwaliteit van zorg van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) gebruikt. Deze definitie omvat de vier kernaspecten van kwaliteit van zorg, namelijk *effectiviteit*, *vraaggerichtheid*, *veiligheid* en *toegankelijkheid*. De definitie van het IOM is representatief voor de eisen die op grond van de Kwaliteitswet in Nederland worden gesteld. Zowel de definitie van het IOM als de Kwaliteitswet richten zich op inhoudelijke en procedurele eisen aan kwaliteit van zorg. Uit de Kwaliteitswet volgt dat een zorginstelling aan vier eisen moet voldoen; het leveren van verantwoorde zorg (inhoudelijke eis aan kwaliteit van zorg), een op kwaliteit gericht beleid voeren, het hanteren van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag (procedurele eisen aan kwaliteit van zorg).

Op de vraag wat er in Nederland van de zorgmedewerker wordt gevraagd als het gaat om kwaliteit van zorg (deelvraag 3) kan geconcludeerd worden dat er van de zorgmedewerker in Nederland steeds meer gevraagd wordt als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg. Als men kijkt naar de kernaspecten van kwaliteit van zorg (*effectiviteit*, *vraaggerichtheid*, *veiligheid* en *toegankelijkheid*) valt op dat de zorgmedewerker hier een grote rol in speelt. Zo moet de zorgmedewerker *effectieve* zorg leveren (in het kader van de ouderenzorg betekent dit dat ouderen kwaliteit van leven moet kunnen worden geboden), de zorgmedewerker moet *vraaggericht* zijn (het informeren van de cliënt en een cliëntgerichte aanpak moeten in de dagelijkse werkzaamheden centraal staan), de zorg die geleverd wordt moet *veilig* zijn (de zorgmedewerker moet toezien op juist medicijngebruik en een juiste toepassing van procedures en protocollen) en tot slot moet de zorg *toegankelijk* zijn. Er kan geconcludeerd worden dat aan het kernaspect *toegankelijkheid* op dit moment niet voldoende wordt voldaan. Er is sprake van een personeelstekort, dit betekent dat de zorgzwaarte voor de

zorgmedewerker toeneemt. Er moet meer werk worden verricht met minder handen aan het bed. Zorg kan niet altijd geleverd worden op het moment dat het nodig is en daarnaast kan men niet altijd voldoen aan de diverse zorgvraag van cliënten. Er is minder ruimte om echt de tijd te nemen voor de cliënt. Van de zorgmedewerker wordt verwacht dat hij inspeelt op deze bovenstaande eisen (*effectiviteit, vraaggerichtheid, veiligheid en toegankelijkheid*) en in 'the moment of truth' kwaliteit van zorg levert.

3.2 Public Service Motivation in de zorg

In deze paragraaf komt het begrip *public service motivation* aan de orde. Zoals in de vorige paragraaf duidelijk is geworden heeft de zorgmedewerker een belangrijke rol in het leveren van kwaliteit van zorg. Er wordt op dit punt veel van de zorgmedewerker verwacht. In deze paragraaf ga ik in op de motivatie van de zorgmedewerker. Wat drijft de zorgmedewerker en wat vindt de zorgmedewerker belangrijk bij het werken in de zorg? En welke invloed heeft dit volgens de zorgmedewerker op de kwaliteit van zorg? Om deze vragen te kunnen beantwoorden gebruik ik het concept *public service motivation* (PSM). PSM is een bekend motivatieconcept in de wetenschappelijke literatuur en geldt voor werknemers in de publieke sector. In de literatuur is de relatie tussen PSM en werkprestaties gelegd. Werknemers in de publieke sector die een hoge score op PSM hebben, presteren beter (Perry & Wise, 1990). Ook in het domein van de gezondheidszorg, dat in essentie gericht is op het helpen van en zorgen voor mensen, lijkt dit concept toepassing te vinden (Kim & Vandenabeele, 2009; Pandey & Stazyk, 2008; Lyons, Duxbury & Higgins, 2006). In de zorgsector is het goed presteren het leveren van kwaliteit van zorg, dat wordt beïnvloed door de motivatie van de zorgmedewerker.

Allereerst zal ik een beknopt overzicht geven van definities van PSM en de voor dit onderzoek belangrijke bevindingen van PSM. Daarna zal ik ingaan op welke motieven mogelijk van toepassing zijn op de zorgmedewerker en zijn of haar motivatie om in de zorg werkzaam te zijn. Verder zal ik ingaan op het begrip *person-environment fit* in combinatie met PSM. De vraag die aan de orde komt is wat voor betekenis *person-environment fit* heeft als het gaat om de individuele prestaties van de zorgmedewerker. Hierbij zal de relatie worden gelegd tussen PSM en kwaliteit van zorg.

Definiëring van public service motivation

De term *public service motivation* is voor het eerst gedefinieerd door Perry en Wise (1990) als: 'an individual's predisposition to respond to motives grounded primarily or uniquely in public institutions and organizations' (p. 368). Perry en Wise (1990) veronderstellen dat de motivatie van werknemers in de publieke sector beduidend anders van aard is dan van werknemers in de private sector. De oorzaak zou liggen in het feit dat werknemers in de publieke sector willen bijdragen aan de publieke zaak. Andere factoren, zoals de hoogte van het loon en baanzekerheid, spelen niet zo'n grote rol. In 1996 presenteert Perry een kwantitatief onderzoeksmodel dat de mate van PSM kan bepalen. In dit model

onderscheidt Perry zes verschillende dimensies, *attraction to policy making, commitment to the public interest, social justice, civic duty, compassion* en *self-sacrifice* (1996). Deze dimensies worden later teruggebracht naar vier dimensies; *attraction to policy making, commitment to the public interest/civic duty, compassion* en *self-sacrifice* (Perry, 1997). In zijn onderzoek beargumenteert Perry (1996) dat de mate van PSM invloed heeft op de werkkeuze, het presteren op de werkvloer en de effectiviteit van de gehele organisatie. Volgens Pandey en Stayzk (2008) is *compassion* een dimensie die vooral van toepassing lijkt te zijn op medewerkers in de zorg en in het onderwijs in tegenstelling tot de andere dimensies. Dit is aannemelijk aangezien de zorgmedewerker in zijn of haar werkzaamheden niet zozeer te maken heeft met politiek en beleid, maar met het zorgen voor anderen. *Compassion* kan worden omschreven als ‘*a public service motive that entails love and concern for others and a desire that others be protected*’ (Kim & Vandenabeele, 2009, p. 10). In dit onderzoek zal voor de bepaling of er sprake is van PSM onder de zorgmedewerkers worden gekeken of de dimensie *compassion* aanwezig is.

In navolging van Perry en Wise definiëren Brewer en Selden (1998) PSM als ‘*the motivational force that induces individuals to perform meaningful public service*’ (p. 417). Rainey en Steinbauer (1999) beschrijven PSM als ‘*a general altruistic motivation to serve the interests of a community of people, a state, a nation or humankind*’ (p. 23). Vandenabeele (2007) definieert PSM als ‘*the belief, values and attitudes that go beyond self-interest or organizational interest, that concern the interest of a larger political entity and that motivate individuals to act accordingly whenever appropriate*’ (p. 547). Tot slot definiëren Perry en Hondeghem (2008) PSM: ‘*an individual’s orientation to delivering services to people with a purpose to do good for others and society*’ (vii). De bovenstaande definities verschillen van elkaar. Zo is de definitie van Brewer en Selden (1998) vrij algemeen; het uitvoeren van ‘*betekenisvolle publieke dienstverlening*’ vanuit de eigen motivatie. Rainey en Steinbauer (1999) vullen de ‘*publieke dienstverlening*’ verder in als de ‘*belangen van een gemeenschap, een staat, een natie of de mensheid*’ en Vandenabeele (2007) beschrijft uitvoeriger waar de motivatie uit bestaat. Volgens Perry en Hondeghem (2008a) komen de definities echter op belangrijke punten overeen: Zij definiëren PSM als de motivatie om ‘*goed te doen*’, zowel voor andere individuen als voor de gehele maatschappij. De kern van het concept PSM is dat het gaat om een intrinsieke motivatie, die is gebaseerd op altruïsme (onzelfzuchtigheid) en draait om het welbevinden van anderen en de maatschappij (Kim & Vandenabeele, 2009, p. 5). Omdat het welbevinden van anderen voor de zorgmedewerker in de langdurige verpleging en verzorging van ouderen het hoofddoel is, ben ik – evenals Pandey en Stayzk (2008) – van mening dat PSM van toepassing is op medewerkers in de zorgsector. Daarbij sluit ik mij in dit onderzoek naar de betekenisgeving van de zorgmedewerker aan bij de definitie van Perry en Hondeghem (2008a) omdat uit deze definitie het ‘*goed doen voor anderen*’ expliciet wordt genoemd. De zorgmedewerker is, meer dan de werknemers in andere sectoren in de publieke dienstverlening, direct bezig met het zorgen voor anderen, en daarbij niet

zozeer gericht op het ontwikkelen van beleid of het maken van politieke keuzes. In de definitie van Perry en Hondeghem (2008a) komt deze zorg voor anderen (de dimensie *compassion*) het meest tot uitdrukking en is deze definitie passend voor de beschrijving van PSM in dit onderzoek. Een relevante vraag in het kader van dit onderzoek is of de zorgmedewerker in de zorg is gaan werken omdat hij een motivatie heeft om ‘goed te doen’ voor anderen en voor de maatschappij.

Onderzoek naar public service motivation

In de geschiedenis van het onderzoek naar PSM kan men twee stromingen onderscheiden. De eerste stroming (en de grootste) heeft vooral onderzocht wat de verschillen zijn tussen werknemers in de publieke sector en werknemers in de private sector. Deze verschillen bestaan uit de waarde die gegeven wordt aan diverse vormen van ‘beloning’ (hoogte van het loon, belang van publieke dienstverlening, baanbetrokkenheid en baantevredenheid) (Brewer, Selden & Facer, 2000). De term PSM wordt voor het eerst gebruikt door Rainey (1982) als duiding voor een specifieke motivatie om in de publieke dienstverlening werkzaam te zijn. Uit onderzoek van Wittmer (1991) blijkt dat werknemers in de publieke en hybride sector een hogere waarde geven aan dienstverlening en het helpen van anderen dan werknemers uit de private sector. Werknemers uit de private sector vonden vooral de hoogte van het loon en baanzekerheid de belangrijkste motivatiegronden. Dit wordt echter niet ondersteund in de literatuur. Diverse onderzoeken wijzen uit dat er geen enkel verschil bestaat in de motivatie van publieke en private werknemers (Gabris & Simo, 1995). Een verklaring voor deze verschillende uitkomsten in het onderzoek naar PSM is volgens Brewer et al. (2000) dat de manier van meten van PSM niet altijd hetzelfde is, en dus een grote invloed heeft op de uitkomsten van het onderzoek (p. 255).

De tweede stroming heeft zich voornamelijk gericht op het begrijpen en verklaren van de verschillende dimensies die onder PSM kunnen vallen (Brewer et al., 2000, p. 255). Het gaat daarbij om de invloed van de mate van PSM op diverse onderdelen van het werk. Zo volgt uit een onderzoek van Crum (1999) dat een hoge mate van PSM kan zorgen voor een hogere kans op betere prestaties en een hogere tevredenheid over het werk. Later volgt ook dat een hoge mate van PSM een positieve uitwerking heeft op individuele prestaties (Naff & Crum, 1999; Alonso & Lewis, 2001). Daarnaast is in het onderzoek naar de onderdelen van PSM ook steeds meer aandacht voor de verschillende sectoren van de publieke dienstverlening. Hoe verschilt de motivatie van een beleidsmedewerker bij de gemeente van de motivatie van bijvoorbeeld een zorgmedewerker? Uit onderzoek naar de aanwezigheid van PSM in diverse sectoren in de publieke dienstverlening volgt dat medewerkers in de gezondheidszorg relatief hoog scoren op het onderdeel *compassion*. (Pandey & Stazyk, 2008; Lyons, Duxbury & Higgins, 2006). In dit onderzoek wordt de relatie onderzocht tussen PSM en kwaliteit van zorg, daarmee sluit ik mij aan bij het onderzoek dat gedaan wordt in de tweede stroming. Wat betekent de aanwezigheid van PSM voor het leveren van kwaliteit van zorg?

Motieven om werkzaam te zijn in de zorg

De motieven om werkzaam te zijn in de publieke sector kunnen volgens Perry en Wise (1990) worden onderverdeeld in rationele motieven, normatieve motieven en affectieve motieven. Rationele motieven betekent dat mensen zich willen inzetten voor de maatschappij en een belangrijke rol willen spelen in het bepalen van beleid. Dat aan PSM rationele motieven ten grondslag kunnen liggen, is echter geen algemeen geaccepteerd standpunt in de literatuur (Perry & Wise, 1990, p. 368). Rationele motieven kunnen gericht zijn op het nastreven van het eigen belang, welke overeenkomst heeft dit met het dienen van de publieke zaak? Perry en Wise (1990) argumenteren dat bij het werkzaam zijn in de publieke sector op grond van rationele motieven, mensen tegelijkertijd aan hun zelfbeeld kunnen werken maar zich daarnaast wel maximaal kunnen inzetten voor de maatschappij. Kim en Vandenabeele (2009) beargumenteren dat het begrip PSM is gebaseerd op altruïsme en het dienen van het publieke belang. Rationele motieven, gericht op het najagen van eigen belang, vallen per definitie niet onder het dienen van de publieke zaak, ongeacht of dit leidt tot een bijdrage aan het sociale, publieke belang (Wise, 2000). In dit onderzoek ga ik uit van de mogelijkheid dat rationele motieven ten grondslag kunnen liggen aan de motivatie van zorgmedewerkers om in de zorg te werken. Er is een grote vraag naar zorgmedewerkers, en daarbij sluit ik niet uit dat een persoon op grond van rationele overwegingen (de kans op een baan, inkomsten, nabijheid van de werkplaats) kiest voor de functie van zorgmedewerker.

Normatieve motieven zijn gebaseerd op de wens om het publieke belang te dienen en zich in te zetten voor de maatschappij (Perry & Wise, 1990). Waarden die hieraan ten grondslag kunnen liggen zijn patriotisme, plichtsgevoel en loyaliteit aan de staat (Brewer et al., 2000, p. 255). Affectieve motivatiegronden vinden hun basis in de menselijke emotie en worden gekarakteriseerd door de wens en wil om anderen te helpen (Brewer et al., 2000, p. 255). Kim en Vandenabeele (2009) argumenteren dat de normatieve en affectieve motieven zoals beschreven door Perry en Wise (1990) een overlapping met elkaar hebben op het gebied van altruïsme. Normatieve motieven zijn gebaseerd op het nastreven van sociale waarden en normen, terwijl affectieve motieven gebaseerd zijn op het nastreven van de emotionele waarden van een individu. Zowel de normatieve als de affectieve motieven zijn onzelfzuchtig van aard; bij het nastreven van deze waarden staat het 'goed doen' voor anderen of de maatschappij centraal (Kim & Vandenabeele, 2009). Kim en Vandenabeele (2009) stellen op grond van deze kritiek een nieuw model op, waarbij PSM geassocieerd wordt met drie typen van motieven: instrumentele motieven, waardegebaseerde motieven en motieven die hun oorsprong vinden in identificatie (p. 6). Het model van Kim en Vandenabeele (2009) zal hieronder worden toegelicht en als basis fungeren voor het aangepaste model dat ik heb opgesteld (zie figuur 3.2b).

De instrumentele motieven drijven mensen om een manier te kiezen om van betekenis te kunnen zijn voor de publieke dienstverlening. Op welke manier dit inhoud krijgt, maakt niet uit. Dit is een

altruïstisch motief, dat kan leiden tot het werken in de publieke sector, het participeren aan het politieke proces en het actief betrokken zijn bij activiteiten in de gemeenschap die gericht zijn op sociale ontwikkeling. Dit met het doel goed te doen voor anderen en de maatschappij (Kim & Vandenabeele, 2009, p. 7). De waardegebaseerde motieven houden in dat individuen de publieke waarden nastreven door bepaald gedrag en het uitvoeren van diverse acties. De oorsprong ligt in het internaliseren van publieke waarden door individuen. Door het internaliseren van deze waarden, worden de publieke waarden gelijkgesteld aan de eigen waarden. Op het moment dat de publieke waarden gerealiseerd worden, ervaren deze individuen dan ook een gevoel van tevredenheid en succes, omdat deze waarden gelijkstaan aan hun eigen waarden. Publieke waarden kunnen zijn het dienen van het publiek belang, sociale verantwoordelijkheid, democratie, sociale gelijkheid, eerlijkheid, een goed rechtssysteem, neutraliteit en verantwoordelijkheid (Kim & Vandenabeele, 2009, p. 7). De motieven die gebaseerd zijn op identificatie zorgen ervoor dat individuen andere mensen, groepen of objecten willen dienen. De oorsprong hiervan is de identificatie met anderen, zoals de identificatie met kwetsbare mensen/groepen, de gemeenschap en/of het land in het geheel. Op het moment dat men dan een affectieve band aangaat met anderen, ontstaat een emotionele basis voor het gedrag om anderen te dienen (Knoke and Wright-Isak, 1982). Het gevoel van eenheid tussen de anderen en zichzelf is een reden om goed te willen doen en zelfs zichzelf op te offeren voor de geïdentificeerde objecten (Kim & Vandenabeele, 2009, p. 8).

In vergelijking met de oorspronkelijke driedeling in motieven van Perry en Wise (1990) hebben Kim en Vandenabeele (2009) de rationale motieven weggelaten en de overlap tussen normatieve en affectieve motieven verwijderd. De waardegebaseerde motieven kunnen vergeleken worden met de normatieve motieven en de motieven op basis van identificatie vinden overeenstemming met de affectieve motieven. De instrumentele motieven vervangen de rationale motieven. De overlap die volgens Kim en Vandenabeele (2009) bestond tussen de normatieve en de affectieve motieven uit de driedeling van Perry en Wise (1990), onzelfzuchtigheid, is verschoven naar de basis. De wil om anderen te helpen zal in veel gevallen betekenen dat men in zekere mate zichzelf 'minder' helpt. Het loon zal bijvoorbeeld mogelijk lager zijn dan bij ander werk. Zelfopoffering is om deze reden dan ook de fundering waarop de drie motieven gebaseerd zijn (Kim & Vandenabeele, 2009). Het is waarschijnlijk dat mensen, op grond van zelfopoffering, gedrag vertonen dat bedoeld is om 'goed te doen' en het welzijn van de gemeenschap te bevorderen als een manier om hun eigen persoonlijke doel na te streven.

In dit baseer ik mij op het model van Kim & Vandenabeele (2009) omdat uit hun redenering blijkt dat het 'goed doen voor anderen' het belangrijkste motief is waarbij mensen een zekere mate van zelfopoffering accepteren (zie figuur 3.2a). Omdat ik rationale motieven als grondslag voor het werken in de zorgsector echter niet uitsluit (een van de drie motieven zoals beschreven door Perry en Wise

(1990)), en deze rationele motieven niet zijn gebaseerd op zelfopoffering, voeg ik aan het model van Kim en Vandenabeele (2009) dit component toe. Het model ziet er nu als volgt uit (zie figuur 3.2b).

Figuur 3.2a



Figuur 3.2b



Bron: Kim & Vandenabeele, 2009.

Het model van figuur 3.2b zal in dit onderzoek gebruikt worden. Het is daarbij mogelijk dat verschillende motieven van toepassing zijn op één persoon. Op grond van dit model zijn twee verwachtingen opgesteld.

Verwachting 1

Het belangrijkste motief voor de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn, is gebaseerd op identificatie.

Verwachting 2

De zorgmedewerker die voornamelijk in de zorg is gaan werken op basis van identificatie, stelt hogere standaarden als het gaat om kwaliteit van zorg dan de zorgmedewerker die voornamelijk op grond van rationele motieven in de zorg werkzaam is.

De eerste verwachting gaat uit van het vermoeden dat identificatie met ouderen het belangrijkste motief is voor de zorgmedewerker. De hoofdtaak van de zorgmedewerker is het zorgen voor anderen. Uit de omschrijving van de motieven die gebaseerd zijn op identificatie blijkt dat men hierbij een sterke neiging heeft om anderen (zoals zwakkeren) te dienen. De werkzaamheden van de zorgmedewerker sluiten nauw aan bij de wens om anderen te helpen. De tweede verwachting gaat uit van het vermoeden dat de zorgmedewerker die voornamelijk op basis van identificatie in de zorg werkzaam is hogere standaarden stelt als het gaat om kwaliteit van zorg dan zorgmedewerkers die voornamelijk uit rationele motieven werkzaam zijn in de zorg. Op het moment dat anderen helpen de grootste motivatie is voor een zorgmedewerker, zal deze zorgmedewerker meer bezig zijn met de vraag hoe iemand anders (de bewoner in het verpleeg- of verzorgingshuis) het beste kan worden geholpen.

Person-environment fit

Naast de vraag welke motivatie de zorgmedewerker heeft om in de zorg werkzaam te zijn, bestaat ook de vraag wat de huidige omstandigheden in de zorgsector met deze motivatie kunnen doen (zie hoofdstuk 2 en paragraaf 4.1). Naast de direct mogelijke effecten van PSM (bijvoorbeeld dat een hoge mate van PSM kan leiden tot betere individuele prestaties) wordt ook steeds meer aandacht besteed aan inzichten vanuit de organisatiepsychologie (Leisink & Steijn, 2009). Deze benadering wordt de *person-environment fit* genoemd. In relatie met PSM komt het neer op de vraag of iemand zijn motivatie voor de publieke zaak in zijn werk kwijt kan, dit wordt de PSM-fit genoemd (Leisink & Steijn, 2009, p. 11). Leisink en Steijn (2009) noemen als voorbeeld de zorgmedewerker: als een zorgmedewerker teveel papierwerk moet doorwerken, kan de zorgmedewerker gefrustreerd raken omdat hij of zij geen tijd overhoudt om cliënten daadwerkelijk te helpen (p. 11).

De *person-environment fit* wordt in de literatuur beschreven als ‘*the compatibility between an individual and a work environment that occurs when their characteristics are well matched*’ (Kristof-Brown, Zimmerman & Johnson, 2005, p. 281) Op het moment dat tussen de mate van de PSM en de motivatie die men kwijt kan in het werk een *match* optreedt, kan dit een positieve uitwerking hebben als het gaat om de tevredenheid bij het werk, betrokkenheid en de bereidheid zich extra in te spannen (Leisink & Steijn, 2009, p. 11). In het kader van dit onderzoek betekent dit dat zodra een *match* optreedt, een zorgmedewerker een hogere kwaliteit van zorg levert. Hieronder zal de *person-environment fit* in combinatie met PSM nader worden toegelicht en op grond daarvan zal een verwachting worden opgesteld.

Onder *person-environment fit* kunnen vier vormen van een *fit* worden onderscheiden: *person-job*, *person-organization*, *person-vocation* en *person-group* (Kristof-Brown et al., 2005). Hier kan respectievelijk onder worden verstaan de *fit* tussen de persoon en de baan, de persoon en de organisatie, de persoon en de leidinggevende en de persoon en de groep (collega's). Omdat uit onderzoek blijkt dat vooral de *person-job* en *person-organization fit* van invloed zijn op arbeidstevredenheid en inzetbaarheid (in combinatie met PSM), hetgeen relevant is in dit onderzoek, zal ik deze toelichten.

Person-job fit houdt in ‘*the relationship between a person's characteristics and those of the job or tasks that are performed at work*’ (Kristof-Brown et al., 2005, p. 284). Uit onderzoek blijkt dat als een *match* optreedt tussen een persoon en zijn of haar baan, dit van invloed is op de werktevredenheid bij Nederlandse rijksambtenaren (Steijn, 2006b; Steijn, 2008). Onder *person-job fit* vallen twee factoren waar aan voldaan moet worden, wil een *match* optreden. De eerste is dat de eisen die aan een baan gesteld worden overeen moeten komen met de gevolgde opleiding, vaardigheden en kennis. De tweede factor is dat de inhoud van de baan overeen moet komen met de voorkeuren en wensen van een

persoon. Relevante vragen voor de zorgmedewerker in dit onderzoek zijn of de zorgmedewerker zowel de genoten opleiding, vaardigheden en kennis kwijt kan in het werk en of de baan overeenkomt met de wensen van de zorgmedewerker. *Person-organization fit* houdt in ‘*the compatibility between people and entire organizations*’ (Kristof-Brown et al., 2005, p. 285). Er kan van een *match* worden gesproken als de waarden van de persoon en de organisatie overeenkomen. (Kristof-Brown et al., 2005). In het kader van dit onderzoek is een relevante vraag of de zorgmedewerker de waarden van de organisatie deelt. Heeft de zorgmedewerker dezelfde visie op zorg als de organisatie?

Als op beide onderdelen (*person-job* en *person-organization fit*) geen *match* optreedt, kan dit gevolgen hebben als het gaat om de arbeidstevredenheid en de betrokkenheid bij de organisatie. De bereidheid om zich extra voor de organisatie in te zetten is dan laag. Dit kan een direct effect hebben op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. In ‘*the moment of truth*’ speelt de input van de zorgmedewerker een grote rol (zie paragraaf 1.1). Als de zorgmedewerker niet gemotiveerd is om zich volledig in te zetten voor de organisatie en dus voor de cliënt, kan dit mogelijk een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg. Als dit probleem bij meerdere zorgmedewerkers in een organisatie speelt, kan dit een probleem worden voor de gehele organisatie en hun dienstverlening (Leisink & Steijn, 2009, p. 11). Op grond van bovenstaande kan de volgende verwachting worden opgesteld:

Verwachting 3:

Een zorgmedewerker waarbij geen sprake is van een person-job en person-organization fit is minder bereid zich extra in te spannen voor de organisatie.

Als uit dit onderzoek blijkt dat verwachting 3 juist is, betekent dat op grond van de bovenstaande redenering dat de mate van PSM invloed heeft op de geleverde kwaliteit van zorg.

Samenvatting

De mate van PSM (in dit onderzoek de aanwezigheid van de dimensie *compassion*) kan een belangrijke invloed hebben op de uitvoering van werkzaamheden voor medewerkers in de publieke sector. In het kader van dit onderzoek betekent dit dat de mate van PSM mogelijk van invloed is op de geleverde kwaliteit van zorg door de zorgmedewerker. Op basis van de indeling van motieven van Perry en Wise (1990) en Kim en Vandenabeele (2009) heb ik een model ontwikkeld om de motieven van de zorgmedewerker te kunnen toetsen (zie figuur 3.2b). Tot slot is de *PSM-fit* aan de orde gekomen. Op grond van de *person-job* en *person-organization fit* zal onderzocht worden of de zorgmedewerker zijn of haar motivatie kwijt kan in het werk. Aan de hand van drie verwachtingen zal onderzocht worden of PSM van toepassing is in de zorg en welke rol PSM mogelijk kan spelen als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg.

4. Methoden

In dit hoofdstuk komen de methoden van dit onderzoek aan bod. Allereerst komt de onderzoekspositionering aan bod. Vervolgens zullen de onderzoeksmethoden worden toegelicht. Verder zullen ook de dataverzameling en analyse aan bod komen en tot slot de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

4.1. Onderzoekspositionering

De eerste keuze met betrekking tot de wijze waarop een onderzoek kan worden uitgevoerd, is de keuze tussen het uitvoeren van kwalitatief of kwantitatief onderzoek of een combinatie hiervan (Silverman, 2010). Met betrekking tot dit onderzoek heb ik gekozen voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek omdat mijn onderzoek zich richt op hoe een zorgmedewerker betekenis geeft aan kwaliteit van zorg en wat de relatie is met de eigen motivatie van de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn. Kwalitatief onderzoek leent zich voor dit onderzoeksonderwerp omdat kwalitatief onderzoek, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, mij de mogelijkheid geeft om door middel van diepte-interviews de betekenisgeving van de zorgmedewerker te achterhalen. Mijn doel hierbij is om via de verhalen van de zorgmedewerker te exploreren hoe de praktijk van de ouderenzorg er vanuit de visie van de zorgmedewerker uitziet.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd vanuit een interpretatieve benadering. Interpretatieve methoden zijn gebaseerd op de aanname dat we in een sociale wereld leven die gekarakteriseerd kan worden door de mogelijkheid van meerdere diverse interpretaties (Yanow, 2000, p. 5). Interpretatief onderzoek gaat er vanuit dat onze kennis van de werkelijkheid, inclusief het domein van menselijke actie, is gebaseerd op de aanname dat mensen hun eigen sociale werkelijkheid construeren. Theorieën over de werkelijkheid zijn daarbij manieren om betekenis te geven aan de wereld. Gedeelde zienswijzen zijn daarbij geen bewijs van het bestaan van een objectiviteit, maar een vorm van intersubjectiviteit (Walsham, 2006, p. 320). In dit onderzoek ga ik er van uit dat zorgmedewerkers verschillende interpretaties hebben als het gaat om kwaliteit van zorg en vanuit hun eigen motivatie om in de zorg werkzaam te zijn verschillende betekenissen toe te kennen aan diverse aspecten van het werk van een zorgmedewerker.

Het doel van de meeste interpretatieve studies is om te laten zien hoe werkelijkheden worden geproduceerd en behouden door middel van bijvoorbeeld communicatie, verhalen en rituelen (Deetz, 1996, p. 23). In onderzoek met een interpretatieve benadering worden de mensen niet gezien als objecten, maar als actieve betekenisgevers, zoals ook de onderzoeker dat is (Deetz, 1996, p. 24). De basisfunctie van interpretatief onderzoek is *'to translate the interest and concerns of one people into the interests and concerns of another'* (Putnam, Bantz, Deetz, Mumby & Van Maanen, 1993). In het

kader van het denken over kwaliteitsbehoud en –bevordering in de zorgsector wil ik exploreren welke rol de motivatie van de zorgmedewerker speelt als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg.

De betekenis of waarde die mensen aan bepaalde onderdelen van hun leven geven, zijn vaak niet direct te ontdekken (Yanow, 2000, p. 15). Betekenissen kunnen worden onderverdeeld in waarden, overtuigingen en gevoelens. Door middel van *artifacts*, zoals taal, objecten en activiteiten worden deze waarden en betekenissen gecommuniceerd. Deze *artifacts* staan in een symbolische relatie tot de betekenissen die ze belichamen of veroorzaken (Yanow, 2000, p. 14). In dit onderzoek probeer ik er via de *artifact* handelingen van de zorgmedewerker achter te komen hoe de zorgmedewerker betekenis geeft aan het begrip kwaliteit van zorg en welke motivatie hier aan ten grondslag ligt. Door middel van het vragen wat zij ‘doen’ om kwaliteit van zorg te leveren en welke handelingen zij hiertoe uitvoeren probeer ik te onderzoeken wat de zorgmedewerker belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit van zorg.

Bij het interpreteren van de verhalen van de respondenten probeer ik de betekenissen te achterhalen. Een belangrijk punt is echter dat de onderzoeker een eigen interpretatie geeft aan de verhalen. Het is dan mogelijk dat de bedoeling van de respondent niet goed wordt geïnterpreteerd. Deels kan dit ondervangen worden door het handelen naar de interpretatie: Het geven van tussentijdse samenvattingen door de onderzoeker tijdens de interviews kan helderheid scheppen in het testen van de juistheid van de interpretatie (Yanow, 2000, pp 14-17).

4.2 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf komen de methoden die in dit onderzoek gebruikt worden aan bod, te weten een literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek.

4.2.1 Literatuuronderzoek

Om het onderzoeksgebied te verkennen is het van belang om eerst een literatuurstudie uit te voeren. Welk onderzoek is al gedaan naar kwaliteit van zorg? Is de motivatie van de zorgmedewerker eerder in verband gebracht met prestaties op de werkvloer? Bij het starten van het literatuuronderzoek heb ik via zoekmachines op internet gezocht met behulp van de termen ‘kwaliteit van zorg’ en ‘*public service motivation*’.

Met betrekking tot kwaliteit van zorg had ik in eerste instantie geen helder beeld over wat nu het concept kwaliteit van zorg is, in hoeverre dit concept is verweven in wet- en regelgeving en welke plaats ‘kwaliteit van zorg’ heeft op instellingsniveau. Bij het zoeken naar de term ‘kwaliteit van zorg’ met behulp van diverse zoekmachines op internet, kwam ik uit bij de Kwaliteitswet Zorginstellingen, beleidsdocumenten, diverse boeken en wetenschappelijke artikelen. Omdat er veel informatie te vinden is over het concept kwaliteit van zorg moest ik mij beperken tot de voor dit onderzoek

relevante informatie. Mijn doel was om een overzicht te kunnen krijgen over wat nu in Nederland de situatie is als het gaat om kwaliteit van zorg. Ik begon eerst met wat op wettelijk niveau in Nederland van zorginstellingen wordt gevraagd op het gebied van kwaliteit van zorg en hoe deze regelgeving door middel van prestatie-indicatoren en controle toepassing krijgt. Via de Kwaliteitswet kwam ik uit bij de huidige prestatie-indicatoren die in Nederland worden gebruikt in de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T). Bij het onderzoek naar het begrip ‘kwaliteit van zorg’ werd in veel artikelen verwezen naar de auteurs Harteloh en Casparie. Uit de literatuur van Harteloh en Casparie bleek dat Donabedian de belangrijkste grondlegger is van de systematische beschrijving van kwaliteit van zorg en dat zijn definitie één van de meest gebruikte definities is van kwaliteit van zorg. Daarnaast verwezen handboeken en wetenschappelijke artikelen naar de definitie van kwaliteit van zorg van het IOM (2001). De aspecten die uit de definitie van het IOM volgen, staan in de internationale literatuur ook bekend als de kernaspecten van kwaliteit van zorg. Daarnaast heb ik uit diverse handboeken over kwaliteit van zorg (Boot, 2010; Poiesz & Caris, 2010; Putters et al., 2009) meer informatie verkregen over hoe de huidige bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen in de invulling van de huidige zorgsector.

Via mijn scriptiebegeleidster heb ik de tip gekregen onderzoek uit te voeren naar het concept ‘*public service motivation*’, omdat dit een concept is dat de motivatie van medewerkers in de publieke sector betreft. De zoekterm ‘*public service motivation*’ leverde veel wetenschappelijke artikelen op. Uit deze artikelen kon ik een beeld vormen van het concept en de geschiedenis van *public service motivation* en bleek dat Perry en Wise (1990) belangrijke auteurs zijn. Met behulp van de verwijzingen in het artikel van Perry en Wise (1990) ben ik uitgekomen bij enkele andere auteurs - zoals Vandenabeele en Steijn - die ook onderzoek uitvoeren naar *public service motivation*. Op deze manier heb ik relevante artikelen kunnen vinden voor mijn onderzoek. Om grip te krijgen op de literatuur heb ik de meest relevante artikelen en boeken opgezocht totdat ik een beeld had verkregen van de concepten en betrekkelijk weinig ‘nieuwe informatie’ tegenkwam.

4.2.2 Narratieve analyse

Bij het empirisch gedeelte van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de narratieve analyse. Narratief onderzoek kan worden beschouwd als een onderdeel van kwalitatief onderzoek: *een amalgram van interdisciplinaire analytische lenzen, diverse disciplinaire aanpakken, en zowel traditionele als innovatieve methoden, die allen draaien om het belang van biografische gegevens, verteld door degene die ze beleeft* (Chase, 2005, p. 651) De reden dat ik voor de narratieve analyse heb gekozen is omdat deze methode zich richt op het verzamelen van verhalen. Een narratieve analyse neemt als object van onderzoek het verhaal zelf (Riessman, 1993, p. 1). Deze methode sluit goed aan bij mijn vraag naar de betekenisgeving van de zorgmedewerker. Om deze methode te kunnen gebruiken, is het allereerst van belang om te weten wat een ‘verhaal’ nu precies is. Chase (2005)

definieert een verhaal als: *'A narrative may be oral or written and may be elicited or heard during fieldwork, an interview, or a naturally occurring conversation. In any of these situations, a narrative may be (a) a short topical story about a particular event and specific characters such as an encounter with a friend, boss, or doctor; (b) an extended story about a significant aspect of one's life such as schooling, work, marriage, divorce, childbirth, an illness, a trauma or participation in a war or social movement; (c) a narrative of one's entire life, from birth to the present (p. 652).*

Labov en Waletzky (1967) worden gezien als auteurs die laten zien dat de mondelinge verhalen over dagelijkse ervaringen van 'gewone' mensen het waard zijn om te bestuderen (Chase, 2005, p. 655). In het kader van dit onderzoek is het de bedoeling om kleine thematische verhalen van de zorgmedewerker te verzamelen die gaan over diverse (dagelijkse) ervaringen met kwaliteit van zorg en de eigen motivatie om in de zorg werkzaam te zijn. Zo zouden de verhalen bijvoorbeeld kunnen gaan over de motieven van de zorgmedewerker om in de zorg te werken, over de omgang met cliënten of over de praktische invulling van kwaliteit van zorg.

Een narratieve analyse kan op diverse wijzen worden uitgevoerd. In dit onderzoek wordt de thematische analyse toegepast. De thematische analyse legt de focus op 'wat' wordt gezegd, en niet op 'hoe' het wordt gezegd. In de meeste gevallen wordt een thematische analyse toegepast door eerst verhalen te verzamelen, en daarna concepten uit deze verhalen te verzamelen (Riessman, 2005, p. 2). Een nadeel van een narratieve analyse is dat de representatie van de ervaring van de respondent gelimiteerd is. *'Investigators do not have direct access to another's experience'* (Riessman, 1993, p. 8). Er zijn vijf lagen te onderscheiden waarin selectie en interpretatie plaatsvindt (van de ervaring van de respondent zelf, naar de lezer). Riessman (1993) beschrijft dat elke laag een incomplete, gedeeltelijke, selectieve selectie is van de vorige laag. Kortom: Hoe de verhalen uiteindelijk worden gepresenteerd, staat niet één op één met de ervaring van de gebeurtenis door de zorgmedewerker. Met betrekking tot het onderzoek moet rekening worden gehouden met het gegeven dat er in het proces continu interpretatie en selectie plaatsvindt door zowel de verteller (*primary experience, attending, telling*), de onderzoeker (*transcribing, analyzing*), als de lezer (*reading*).

4.2.3 Interviews

Met behulp van diepte interviews zijn de verhalen van de respondenten verzameld (voor dataverzameling en data-analyse zie paragraaf 4.3). In het literatuuronderzoek zijn topics geïdentificeerd en aan de hand van deze topics zijn vragen geformuleerd die relevant zijn in het kader van dit onderzoek. Op grond van deze vragen is een algemene vragenlijst ontworpen (zie bijlage I). Deze vragen zijn niet leidend voor het interview, maar vormen een lijst met onderwerpen die aan bod komen op het moment dat dit niet spontaan gebeurt.

Selectie van de respondenten

Zoals eerder beschreven heb ik als onderzoeksgebied gekozen voor verpleeg- of verzorgingshuizen voor ouderen. In verpleeg- en verzorgingshuizen kent de zorg die wordt geleverd geen tijdslimiet. De zorg is 24 uur per dag in handen van een zorgorganisatie. Meer dan in elke andere sector gaat het niet alleen om de juiste medicatie of diagnose, maar vooral om het echte ‘zorgen voor’. De ‘*moments of truth*’ zijn in de ouderenzorg ontelbaar. Ouderen zijn volledig afhankelijk van de zorg die zij krijgen en het draait voornamelijk om het contact tussen de cliënt en de verzorgende. Omdat in de ouderenzorg dagelijks ontelbare ‘*moments of truth*’ plaatsvinden, is de manier waarop de zorgmedewerker invulling geeft aan zijn werkzaamheden mijns inziens van bepalende aard als het gaat om de kwaliteit van zorg die wordt geleverd.

Via mijn netwerk heb ik ingang bij verschillende organisaties voor ouderen in Zeeland. In Zeeland is het belang van de inrichting van de ouderenzorg zeer groot. Zeeland heeft in grote mate te maken met de vergrijzing en de verwachting is dat in 2025 Zeeland de meest vergrijsde provincie in Nederland zal zijn. Ook wordt in Zeeland gesproken van een dubbele vergrijzing: de groep ‘ouderen’ vormt al een relatief groot deel van de bevolking, en deze groep zal alleen maar toenemen.⁴

Voor het vinden van respondenten heb ik de sneeuwbal methode gebruikt. Bij de sneeuwbal methode gebruikt de onderzoeker de eerste respondenten om in contact te komen met andere respondenten. Via deze respondenten is het de bedoeling vervolgens in contact te komen met nog meer respondenten (King & Horrocks, 2010, p. 34). Met behulp van mijn netwerk ben ik in contact gekomen met een aantal zorgmedewerkers dat werkzaam is bij een zorginstelling op het gebied van verzorging en verpleging van ouderen. Via deze zorgmedewerkers ben ik vervolgens in contact gekomen met andere zorgmedewerkers die ook werkzaam zijn bij een dergelijke zorginstelling. De criteria voor het vinden van respondenten was dat de respondenten werkzaam zijn in de ouderenzorg en direct contact hebben met de cliënt. Daarnaast was het doel om een zo divers mogelijke groep respondenten (in leeftijd en geslacht) te interviewen om op deze manier inzicht te verkrijgen in diverse perspectieven van ‘de zorgmedewerkers’.

Een nadeel van de sneeuwbal methode is volgens King en Horrocks (2010) dat respondenten de neiging hebben andere personen aan te raden die eenzelfde mening delen over het onderwerp van onderzoek (p. 34). De onderzoeker zou dan enkel respondenten verzamelen die dezelfde visie hebben. Om dit te voorkomen, heb ik aan de respondenten gevraagd of zij nog iemand kennen die een andere visie heeft op kwaliteit van zorg, of dat zij nog iemand kennen die tot een andere leeftijdscategorie behoort. Op deze wijze ben ik uitgekomen bij respondenten van diverse leeftijdscategorieën.

⁴ http://www.zeeland.nl/zorg_cultuur_samenleving/zorg/ouderenzorg/ Datum raadpleging: 30-07-2012

Uiteindelijk zijn 16 zorgmedewerkers geïnterviewd over een tijdpad van drie weken. De respondenten zijn allen afkomstig van zorginstellingen die zich richten op de verpleging en verzorging van ouderen in Zeeland. Meer in het bijzonder varieerden de werk- en woonplaatsen van de respondenten in verschillende plaatsen in Walcheren. Van de zestien respondenten zijn zes respondenten verpleegkundigen en tien respondenten algemeen zorgmedewerker. Van de tien algemene zorgmedewerkers hebben twee de functie van ‘speciaal’ zorgmedewerker, omdat hun werkzaamheden zich specifiek richten op het bijstaan van de cliënt. Onder de zestien respondenten bevinden zich elf vrouwen en vijf mannen. De leeftijd van de respondenten varieert tussen de 19 en 61 jaar.

Interview setting

Bij het afspreken met de respondenten heb ik aan hen de keuze gelaten welke locatie de voorkeur had. Van de zestien respondenten heb ik drie personen bij hen thuis geïnterviewd, acht personen in een rustig café en vijf personen op hun werk geïnterviewd.

4.3 Dataverzameling en data-analyse

Riessman (1993) onderscheidt verschillende stadia bij de narratieve analyse. Allereerst moet de onderzoeker beslissen op welke manier het verhalen vertellen door middel van interviews vorm kan krijgen. Daarnaast moet beslist worden op welke manier de interviews zullen worden getranscribeerd en tot slot op welke manier de analyse van de verhalen en de interpretatie daarvan inhoud moet krijgen (p. 54). Er bestaat geen ‘beste manier’ om een narratieve analyse uit te voeren. De keuze voor de vorm van het interview, de transcribering en de interpretatie worden immers door de onderzoeker gekleurd. In deze paragraaf zal ik toelichten hoe de dataverzameling en analyse plaats heeft gevonden.

Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van diepte interviews. Hierbij is een algemene vragenlijst gebruikt (zie bijlage I), om er voor te zorgen dat wanneer een onderwerp niet aan bod kwam tijdens het interview, hier alsnog naar gevraagd kon worden. Voor de onderzoeker die de verhalen verzamelt door middel van interviews, is het een belangrijke opgave om de geïnterviewde zich te laten gedragen als verteller, zowel tijdens het interview als tijdens de interpretatie van de verhalen (Chase, 2005, p. 651). Bij aanvang van het interview is het belangrijk om eerst vertrouwen op te bouwen tussen de geïnterviewde en de onderzoeker. Het is daarbij cruciaal om eerst het doel van het interview duidelijk te bespreken. Om een vertrouwelijke sfeer te creëren kan de onderzoeker bijvoorbeeld de eerste minuten van het interview het gesprek leiden om de geïnterviewde op zijn of haar gemak te stellen (Walsham, 2005, p. 323). Bij aanvang van de interviews heb ik mezelf voorgesteld en het doel van het onderzoek uitgelegd. Daarna heb ik gevraagd of de respondent het goed vond dat ik het gesprek zou opnemen, en heb ik afgesproken met de respondent dat hij of zij in het onderzoek anoniem zou blijven en dat ik de persoonlijke gegevens enkel voor de eigen

administratie op zou slaan. Alle respondenten zijn hiermee allemaal akkoord gegaan. De interviews zijn vervolgens opgenomen met behulp van een mobiele telefoon en vervolgens getranscribeerd. De namen van de organisaties waar de respondenten werkzaam zijn, zijn geanonimiseerd.

Data-analyse

De data-analyse heeft plaatsgevonden door eerst de interviews te transcriberen en vervolgens op grond van thema's, die in de interviews naar voren zijn gekomen, verhalen te verzamelen. Zo zijn de volgende thema's ontstaan: omschrijving kwaliteit van zorg, beleving van kwaliteit van zorg, cliëntgerichtheid, kleinschalige woonvormen, personeelstekort, leeftijdsverschil zorgpersoneel, motivatie om in de zorg werkzaam te zijn, *person-job fit*, *person-organization fit* en *person-group fit*. Vervolgens zijn de diverse thema's geanalyseerd en in dit onderzoek gebruikt voor de resultaten en beantwoording van de deelvragen 4 en 5.

4.4 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit zijn van groot belang als het gaat om de kwaliteit van het onderzoek. Betrouwbaarheid heeft te maken met een consistent gebruik van het meetinstrument door de onderzoeker bij de onderzoeksmomenten (Silverman, 2010, p. 290) zodat bij herhaling van het onderzoek en bij gebruik van dezelfde meetinstrumenten dezelfde resultaten bereikt zouden worden. Om de betrouwbaarheid te vergroten heb ik mijn algemene vragenlijst opgebouwd vanuit de literatuur aan de hand van topics en een eenduidige manier van aanpak gehanteerd tijdens de interviews. Op het moment dat bepaalde onderwerpen niet ter sprake kwamen, kon ik deze alsnog aan de hand van de algemene vragenlijst vragen met als doel dat bij elke respondent alle onderwerpen behandeld zouden worden. Daarnaast ben ik bij de verwerking van de interviews zo dicht mogelijk bij de originele uitspraken gebleven om de resultaten zo veel mogelijk voor zichzelf te laten spreken. Om de uitspraken zo precies mogelijk te kunnen formuleren, zijn alle interviews opgenomen en getranscribeerd. De betrouwbaarheid is zo veel mogelijk vergroot, echter het is bij kwalitatief onderzoek onmogelijk om van een volledig betrouwbaar onderzoek te spreken (zie paragraaf 4.2.2). Er vindt op de diverse niveaus selectie en interpretatie plaats door zowel de verteller, de onderzoeker en de lezer.

Validiteit is een ander woord voor 'waarheid' (Silverman, 2010, p. 275). Bij validiteit kan het onderscheid worden gemaakt tussen de interne en de externe validiteit. De interne validiteit gaat over de vraag of daadwerkelijk is onderzocht wat onderzocht moest worden (Zwieten, 2004). De interne validiteit is in dit onderzoek zo veel mogelijk vergroot, door een zo divers mogelijke respondentengroep te krijgen die representatief is voor 'de zorgmedewerker'. De externe validiteit draait om de vraag of de resultaten en conclusies die in dit onderzoek worden gepresenteerd ook generaliseerbaar zijn (Zwieten, 2004). Omdat slechts een kleine groep van zestien personen heeft

deelgenomen aan dit onderzoek en alle respondenten wonen en werken in Walcheren (provincie Zeeland) is het niet mogelijk de onderzoeksgegevens te generaliseren naar alle zorgmedewerkers in Nederland. Dit onderzoek is dan ook een explorerend onderzoek en biedt wellicht aanknopingspunten voor verder (grootschaliger) onderzoek naar de rol van de motivatie van de zorgmedewerker in het leveren van kwaliteit van zorg.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het empirisch onderzoek, de interviews met de zorgmedewerkers. De beantwoording van de deelvragen 4 en 5 staan in dit hoofdstuk centraal. Welke betekenis geeft de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg? En welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van zorgmedewerkers om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg?

5.1 Welke betekenis geeft de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg?

Om deze deelvraag te beantwoorden komen diverse onderwerpen aan bod. Allereerst zal ik behandelen wat de respondenten onder kwaliteit van zorg verstaan. Vervolgens zal ik enkele verhalen presenteren van de respondenten met betrekking tot kwaliteit van zorg. Wordt kwaliteit van zorg volgens hen geleverd? Bij de beantwoording van deze vraag noemen de respondenten ontwikkelingen die volgens hen van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Tot slot zal ik ingaan op de wijze waarop de respondenten betrokken worden in het proces van het meten van kwaliteit van zorg, en welke ervaringen zij hiermee hebben. Kan kwaliteit van zorg volgens hen gemeten worden?

5.1.1 Wat verstaat de zorgmedewerker onder kwaliteit van zorg?

Op de vraag hoe de respondenten kwaliteit van zorg omschrijven in de ouderenzorg, worden diverse antwoorden gegeven. Opvallend is dat de focus in vrijwel alle omschrijvingen op de cliënt ligt en dat de respondenten kwaliteit van zorg op een prescriptieve manier duiden, dat wil zeggen dat zij kwaliteit van zorg omschrijven als hoe het volgens hen zou moeten zijn. Hieronder volgt een omschrijving van kwaliteit van zorg van respondent 2 die op een kleinschalige woning met ouderen werkt.

‘Ten eerste vind ik kwaliteit van zorg dat de mensen die afhankelijk van je zijn, tevreden zijn. Krijgen wat ze echt zelf nodig hebben, maar dat is bij iedereen anders. Dat er zo min mogelijk fouten gemaakt worden. Fouten maken is menselijk, komt overal voor. En je moet er naar streven zo min mogelijk fouten te maken. En dat, net zoals nu met het kleinschalige, het niet alleen het verzorgen van de cliënt zelf is, maar ook van de omgeving. Dat die toch redelijk schoon is, en dat de maaltijden goed te eten zijn, van goede kwaliteit zijn.’ [R2]

Uit de omschrijving van kwaliteit van zorg van respondent 2 blijkt dat gestreefd wordt naar de tevredenheid van de cliënt door te zorgen dat cliënten krijgen wat ze nodig hebben en daarnaast zorg te dragen voor de omgeving. Ook het kernaspect *veiligheid* benoemt hij. Er moeten zo min mogelijk fouten gemaakt worden. In een omschrijving van respondent 3, die ook op een kleinschalige woning werkt, staat de keuze van de cliënt centraal als het gaat om kwaliteit van zorg. Zij vindt het meest belangrijk dat de regie in de handen is van de cliënt. Daarnaast ervaart zij een grote vooruitgang in de zorg op het gebied van de keuzevrijheid van de cliënt. Zo kan de cliënt nu zelf bepalen hoe laat hij uit bed wil komen, dit was vroeger niet het geval. Voor de respondenten die verbonden zijn aan een grootschalige zorginstelling komt deze vraaggerichtheid ook naar voren, respondent 15 geeft aan dat

ze de individuele benadering naar de cliënt toe (aangepast op de waarden en normen van de cliënt) het meest belangrijk vindt. Uit deze omschrijvingen blijkt dat het kernaspect *vraaggerichtheid* als het meest belangrijk wordt ervaren als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg. Daarnaast noemt respondent 14 continuïteit van het leven als voorwaarde voor kwaliteit van zorg.

'De kwaliteit, wat ik heel belangrijk vind is dat mensen hun kwaliteit van leven en wonen behouden zoals ze het thuis ook hebben. Het verandert al heel veel omdat ze in een instelling komen, waar er nog tweepersoonskamers zijn en een stuk privacy missen zeg maar. Als iemand altijd gewend is om 's avonds te douchen, dan vind ik dat wij die mensen daar de mogelijkheid toe kunnen geven, en dat gaat niet. Een klein voorbeeldje is het gemalen eten. Ik ben gewoon; als ik mensen eten geef, dan doe ik een beetje apart vlees, groente en aardappels. Allemaal apart gemalen. En tegenwoordig, je ziet het heel veel op de afdelingen, alles wordt op één prutje gegooid en door mekaar geroerd. En mensen, ja, je proeft er niks van waarschijnlijk. Zulk soort dingen vind ik gewoon belangrijk. Dat mensen gewoon het leven wat ze vroeger hebben gehad min of meer een beetje door kunnen voeren en dat kan niet. Dat is gewoon een stuk kwaliteit.' [R14]

Uit de omschrijving van kwaliteit van zorg van respondent 14 blijkt dat de omschakeling van thuis naar een zorginstelling voor de cliënt al een grote omschakeling is en dat zoveel mogelijk moet worden gestreefd naar het continueren van het dagelijkse leven zoals het was. Daarnaast geeft respondent 14 ook aan dat dit op dit moment nog niet het geval is. Naast continuïteit noemt respondent 4 ook het kernaspect *veiligheid* (met betrekking tot medicatietoediening) en kwalitatief geschoold personeel (onderdeel van het kernaspect *toegankelijkheid*, zie paragraaf 5.1.2) als onderdelen van kwaliteit van zorg. Een altruïstische omschrijving van kwaliteit van zorg is afkomstig van respondent 5:

'Kwaliteit van zorg, dat is je eigen op die manier inleven en bereid zijn die genegenheid en liefde te geven aan je medemens, dat de cliënt zich totaal in zijn element voelt. Of in ieder geval kan zijn wie hij is, want niet iedereen voelt zich altijd in zijn element, maar dat hij zichzelf kan zijn.' [R5]

Kwaliteit van zorg is volgens deze omschrijving dat je als zorgmedewerker moet zorgen dat de cliënt zich helemaal thuis voelt. Respondent 11 noemt tijd en aandacht als de speerpunten van kwaliteit van zorg:

'Tijd en aandacht. Ik denk dat daar toch wel het belang ligt van de zorg. Kijk een wond verbinden is ook belangrijk, maar als de cliënt goed in zijn vel zit – blij is, vrolijk is -, dan eet 'ie beter, dus dan gaat zijn lichamelijke conditie ook weer beter. En dan geneest die wond ook weer wel. Dus, dat hangt allemaal met elkaar samen. En ik denk dat de psychische zorg eigenlijk minstens zo belangrijk is als de lichamelijke zorg.' [R11]

Opvallend aan de omschrijving van kwaliteit van zorg van respondent 11 is dat hij afkomstig is van een verpleegkundige, die zich in haar werkzaamheden voornamelijk bezig houdt met de lichamelijke zorg, zoals wondbehandeling. Respondent 6 ziet kwaliteit als een concept waar twee poten aan hangen, uit deze omschrijving volgt dat kwaliteit enerzijds het streven naar de tevredenheid van de cliënt inhoudt (het kernaspect *vraaggerichtheid*), maar anderzijds ook het streven van de

zorgmedewerker om het werk volgens de regels en eisen uit te voeren (het kernaspect *veiligheid*). Het streven naar de tevredenheid en de wensen van de cliënt heeft echter ook grenzen. Zo noemt respondent 9 kwaliteit van zorg een utopie; de cliënt kan niet altijd krijgen wat hij wil op het moment dat hij het wil. Het enige wat je volgens respondent 9 kan doen, is je houden aan het zorgplan. Zij stelt het volgen van procedures centraal, als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg (het kernaspect *veiligheid*). Respondent 12 vindt dat aan kwaliteit van zorg dezelfde beperkingen kleven als aan het normale leven. Je kunt niet altijd alles krijgen wat je wenst. Het streven van de zorgmedewerker is dan om zo veel mogelijk rekening te houden met de wensen van de cliënt. Respondent 12 geeft aan wel vraaggericht te werken, maar ervaart dat er beperkingen zijn aan wat voor een cliënt gedaan kan worden.

Samengevat kan op basis van de omschrijvingen van respondenten met betrekking tot kwaliteit van zorg geconcludeerd worden dat de cliëntgerichtheid bij alle zorgmedewerkers hoog in het vaandel staat (het kernaspect *vraaggerichtheid*). Ook streven zij naar het zo veel mogelijk kunnen doen voor de cliënt, met inachtneming van de regels om op deze manier zo min mogelijk fouten te maken (het kernaspect *veiligheid*). Ook de kernaspecten *toegankelijkheid* en *effectiviteit* worden genoemd, deze komen in paragraaf 5.1.2 aan de orde. Daarnaast is de veronderstelling dat de zorgmedewerker kwaliteit van zorg op een prescriptieve manier duidt juist (zie ook paragraaf 3.1). De zorgmedewerker beschrijft kwaliteit van zorg als een situatie die volgens hen zou moeten zijn.

5.1.2 Wordt kwaliteit van zorg op dit moment geleverd?

Op de vraag of op dit moment kwaliteit van zorg wordt geleverd (het kernaspect *effectiviteit*) volgen uiteenlopende antwoorden. In de langdurige zorg betekent het kernaspect *effectiviteit* dat kwaliteit van leven aan de ouderen kan worden geboden (zie paragraaf 3.1). Het antwoord op de vraag of kwaliteit van leven op dit moment kan worden gegeven, wordt in de interviews vaak samen genoemd met ontwikkelingen die de respondenten zien en die volgens hen van invloed zijn op de geleverde kwaliteit van zorg. Besproken ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld de cliëntgerichtheid, de trend richting kleinschalige woonvormen, het tijdsgebrek vanwege personeelstekort (het kernaspect *toegankelijkheid*), de hogere eisen die aan de zorgmedewerker worden gesteld, het verschil in aanpak tussen jongere en oudere zorgmedewerkers en de marktwerking. Deze thema's komen hieronder aan de orde.

De cliënt centraal

Mede door de invoering van de marktwerking en de Kwaliteitswet staat de cliënt in wet- en regelgeving centraal (zie hoofdstuk 2). Hoe ervaart de zorgmedewerker dit in de praktijk? Respondent 2, die al geruime tijd in de zorg werkt en nu op een kleinschalige woning werkzaam is, vindt dat de zorg steeds meer cliëntgericht is in vergelijking met vroeger. Hij ziet daarbij flexiblere bezoektijden

en de toevoeging van huiskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen als positieve ontwikkelingen voor de cliënt. Respondent 4, die slechts enkele jaren in de zorg werkt, ziet ook een positieve ontwikkeling. Hij geeft aan dat de zorginstelling niet meer zozeer de regels bepaalt, maar dat er vooral wordt gekeken naar wat de cliënt wil en hoe er binnen de zorginstelling aan die vraag kan worden voldaan. Hieruit kan afgeleid worden dat naast de zorgmedewerkers (microniveau) ook de zorginstelling (het mesoniveau) is ingericht op de wensen van de cliënt (zie paragraaf 3.1). Het 'belevingsgericht' werken is daarbij volgens respondent 4 een belangrijk onderdeel van het cliëntgericht werken. Respondent 8 (speciaal aangenomen voor het direct bijstaan van de cliënt) ziet een zeer positieve ontwikkeling als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg, zoals in onderstaand verhaal over belevingsgericht werken.

'Die is veel verbeterd. En dat is met name in de beleving. Dus het verplichte douchen, het verplichte naar het toilet gaan op bepaalde tijden, het niet flexibel kunnen zijn. Vroeger was je verplicht om allerlei dingen te doen die voor de bewoners niet hoeven, en dat is nu soms nog wel eens, maar dan meer op het gebied van medisch, voor de dossiervorming. Qua verzorging en verpleging is er gelukkig veel veranderd. Je kan echt gewoon met de mensen op de afdeling dingen doen die ze leuk vinden zonder dat dat gek gevonden wordt. Als ik vroeger wel eens de radio aanzette met leuke muziek, dan werd er gezegd 'Daar houden ze niet van!' zeker door die oudere zusters. Ik zeg: 'Hoe weet je dat nou dat ze daar niet van houden?' Want er werd nooit naar gevraagd. Er moest de hele dag van die crematorium muziek op. En als je natuurlijk uit Amsterdam komt, en je bent altijd uitsmijter geweest in een discotheek, dan hou je niet van Chopin en van Bach. Dan hoor je liever Tina Turner. Dus ik heb gewoon gezegd tegen die familie van; neem eens cd's mee van vroeger van thuis. En maak dan gewoon kopieën, want anders raken ze kwijt. En dat kan natuurlijk ook tegenwoordig iedereen. En dan zetten we 's avonds gewoon Tina Turner op. Nou en dan gaat die man zo mee zitten doen, hartstikke leuk. En ik vind het ook leuk.' [R8]

Dit verhaal geeft duidelijk weer dat respondent 8 vindt dat belevingsgericht werken zit in de kleine dingen, zoals het opzetten van muziek. Het belevingsgericht werken kan volgens hem een wereld van verschil maken voor de ervaring van kwaliteit door de cliënt en heeft dus een positieve invloed op 'the moment of truth'. Respondent 8 geeft verder aan dat de dossiervorming op psychisch gebied niet altijd in het voordeel van de cliënt is. In enkele gevallen moet de psychische status van een cliënt worden doorlopen, terwijl de cliënt hier geen behoefte meer aan heeft. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om onverwerkte gebeurtenissen uit het verleden, die de cliënt liever laat rusten. In dat geval heeft de cliënt geen keuzeruimte en kan niet gesproken worden van vraaggerichte zorg.

Niet elke zorgmedewerker vindt dat de cliënt steeds meer centraal staat in de ouderenzorg. Respondent 9 vertelt bijvoorbeeld dat er nog meer vanuit een 'ja mentaliteit', moet worden gewerkt.

'We moeten nog meer kijken naar wat mogelijk is in de plaats van wat niet mogelijk is. Ik zelf ook. Ik bedoel, ik overleg niet met de cliënten persoonlijk over het zorgplan, die worden met de begeleiders gemaakt. Maar ik werk ook zo van 'Oh, dat kan niet'. Ja wel, dat kan wel! Alleen ik moet even iets anders denken. Er is meer mogelijk dan wat wij denken. Want 's middags kan ook iemand in bad. Maar dat doen we nooit. Dus? Dat moet gewoon kunnen. 's Middags heb je er wel even tijd voor. Of ik vraag aan een partner, of moeder of vader, want er zijn ook jongere mensen van: 'Goh, als u vanmiddag komt,

kunnen we uw dochter samen in bad gaan doen?'. En als dat dan gedaan wordt, dan merk je dat dat heel erg op prijs gesteld wordt.' [R9]

Door meer te kijken naar wat mogelijk is, zou volgens respondent 9 veel cliënt gericht gewerkt kunnen worden. Respondent 6 geeft aan dat ze merkt dat er veel onvrede heerst bij de cliënten en dat er op het gebied van attitude vanuit de organisatie naar de cliënten nog een hoop te verbeteren valt (zie ook paragraaf 5.2.3). Zo merkt zij op dat bij het serveren van het eten vaak het eten op een bord wordt 'gekwakt', en op deze manier een grote beleving voor de cliënt weggehaald wordt (zie ook verhaal van R14). Het eten kan wellicht kwalitatief goed zijn, maar als dit zonder de nodige aandacht en bejegening wordt geserveerd, ervaart de cliënt in 'the moment of truth' geen kwaliteit. Respondent 11 vindt dat de mentaliteit van het zorgpersoneel een grote rol speelt in het cliëntgericht werken. Niet iedereen werkt vanuit de visie 'de klant is koning', mede omdat het zorgpersoneel bijvoorbeeld graag om tien uur aan de koffie wil zitten. De samenstelling en de flexibiliteit van een team kunnen dus een belangrijke rol spelen in het leveren van kwaliteit van zorg (zie verder 5.3.2).

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de respondenten vertellen dat er positieve ontwikkelingen hebben plaatsgevonden als het gaat om de ontwikkeling dat de cliënt centraal staat doordat steeds meer belevingsgericht wordt gewerkt, de cliënt bepaalt bijvoorbeeld zijn eigen tijden. Het cliëntgericht werken wordt daarnaast bepaald door de zorgmedewerker en zijn of haar persoonlijke instelling. Er zijn nog veel verbeteringen mogelijk als het gaat om dossiervorming, het kijken naar de mogelijkheden voor de cliënt en tot slot flexibiliteit en attitude van het personeel.

Van grootschalige naar kleinschalige woonvormen

Een belangrijke ontwikkeling (zeker in de provincie Zeeland waar de interviews plaatsvinden) is de verschuiving van grootschalige zorginstellingen naar kleinschalige woonvormen. Deze ontwikkeling kan beschouwd worden als een vorm van cliëntgerichtheid; het idee van kleinschalige woonvormen is immers dat de cliënten ook écht bewoners zijn en niet zomaar een nummer in een grote zorginstelling. De respondenten zijn niet unaniem met betrekking tot de werking van de kleinschalige woonvormen als het gaat om cliëntgerichtheid. Een aantal zorgmedewerkers geeft aan dat het idee van kleinschaligheid hen wel aanspreekt, maar dat dit niet voor elke oudere van toepassing is en dat het bovendien niet optimaal kan worden uitgevoerd omdat er te weinig personeel in een dergelijke woning staat. Respondent 10 noemt de voordelen van een kleinschalige woning:

'Ja, op kleinschalig heb je toch wel veel meer tijd voor alle mensen. Je kan veel meer dingen doen. Ook spelletjes kunnen gedaan worden, ze kunnen je helpen met koken en wassen en zo. Terwijl in een grootschalige afdeling worden ze vaak op een stoel neergezet, en daar blijven ze de hele dag zitten. Met geluk mag je mee naar de activiteiten en anders niet. En de mensen die zelf niet veel meer kunnen die zullen niet zo snel persoonlijke aandacht krijgen, terwijl dat daar wel kan op kleinschalig.' [R10]

De kleinschalige woning heeft volgens respondent 10 vooral voordelen als het gaat om tijd en aandacht voor de cliënt. Ook is er voor de cliënt meer een ‘thuis’ beleving omdat de cliënt betrokken wordt bij het huishouden. De kleinschalige woonvorm heeft dus een positieve invloed op ‘*the moment of truth*’.

Personeelstekort

De respondenten ervaren ontwikkelingen zoals ‘de cliënt centraal’ en ‘kleinschalige woonvormen’ als positief. Het tijdsgebrek vanwege een personeelstekort is een veelgenoemde reden waarom deze ontwikkelingen in de uitvoering vaak tegenvallen. Dit heeft te maken met het kernaspect *toegankelijkheid*. Respondent 16 licht toe dat de opzet van de kleinschalige woningen inhoudt dat er één zorgmedewerker op zes ouderen staat, samen met een ‘vliegende keep’. Omdat de ‘vliegende keep’ vervolgens er vanaf gehaald werd, heeft dit volgens haar een negatieve invloed op de werking van de kleinschalige woningen. De eerder genoemde voordelen van een kleinschalige woning, tijd en aandacht, vallen dan weg. Respondent 14 geeft aan dat de werking van een kleinschalige woonvorm naast het aantal personeelsleden ook afhankelijk is van de persoon die op de kleinschalige woning staat. Volgens haar is de eigen creativiteit van de zorgmedewerker bepalend of kwaliteit van zorg wordt geleverd. Deze redenering gebruikt respondent 8, die op een grootschalige woonvorm werkt, ook. Hij verwijst daarbij naar het eerder genoemde voorbeeld van het opzetten van muziek, dit soort handelingen kosten geen personeel en tijd maar leveren toch een aanzienlijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg die wordt geleverd. Respondent 7 vertelt dat hij ziet dat er vanuit de organisatie waar hij werkzaam is veel investeringen worden gedaan in nieuwe gebouwen en activiteiten. Omdat er niet genoeg personeel is, heeft dit volgens hem echter geen meerwaarde en zou er meer geïnvesteerd moeten worden in personeel. Respondent 13 vertelt in het onderstaande verhaal het volgende over het personeelstekort.

‘Iedereen rent maar rond en niemand neemt de rust om even bij de mensen aan tafel te gaan zitten om een praatje te maken. Er wordt eigenlijk nauwelijks nog echt met de mensen gepraat. Ja, dan zeggen ze, dat moet je tijdens de zorgmomenten doen. Maar je probeert iemand in nog niet eens een kwartier tijd klaar te stomen om aan het ontbijt te gaan zitten. En in een kwartier moet je even een leuk gesprekje met iemand voeren. Ja, op die manier voer je geen gesprek met mensen. Dan ben je, voor mijn gevoel, niet echt geïnteresseerd aan het praten. Dus ja, dat mis ik wel. Want je staat je werk te doen, administratief ben je je ding aan het doen, of je rommel aan het opruimen. Maar waar blijft de tijd dat je rustig bij de mensen zit? Dat is wel weinig. Ik heb het vandaag nog niet eens kunnen doen.’ [R13]

Respondent 13 zegt dat er weinig tijd overblijft om echt contact te maken met de cliënten en dat zij hier veel last van heeft. Respondent 1 vertelt dat door het personeelstekort de zorg ‘onpersoonlijker’ is geworden. Het is te druk op de werkvloer en daardoor is er volgens haar te weinig oog voor de cliënt. De cliënten krijgen op deze manier minder aandacht en ervaren mogelijk in ‘*the moment of truth*’ minder kwaliteit van zorg.

Samengevat kan geconcludeerd worden dat niet alle respondenten ervaringen hebben met personeelstekort. Dit kan mogelijk te maken hebben met het gegeven dat respondenten op verschillende afdelingen en locaties werken. De respondenten die aangeven dat er een personeelstekort is, geven aan dat het personeelstekort resulteert in een tijdstekort en dus minder aandacht voor de cliënt. Het personeelstekort heeft dus negatieve consequenties als het gaat om de kwaliteit van zorg die in *'the moment of truth'* wordt geleverd.

Hogere eisen aan zorgmedewerkers

Ook de hogere eisen die aan zorgmedewerkers worden gesteld worden als oorzaak genoemd van het feit dat er minder tijd voor de cliënten overblijft. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3, wordt er steeds meer van de zorgmedewerker verwacht. De verhalen van de respondenten bevestigen de toegenomen zorgzwaarte. Zo noemt respondent 4 in het onderstaande verhaal dat de algemene eisen voor een verzorgende zijn toegenomen, maar dat hier niet meer tijd voor wordt gegeven.

'Het is niet meer zo, dat een bewoner tevreden is, als hij maar gewassen is en heeft gegeten en gedronken. Dat eten, drinken en medicijnen, ze gaan naar bed, dat is voldoende. Nu niet meer. Ik bedoel, naast activiteiten dan heeft de bewoner wat te doen, je moet gewoon steeds meer weten. Steeds meer van medicatie. Iemand die rustig en suffig in zijn stoel zit, is niet meer goed. Dus niet dat je denkt: 'Oh, die mevrouw is rustig. Mooi.' Maar, waarom zit ze suf in die stoel? Wat kunnen wij veranderen zodat dat niet meer gebeurt? Dus je moet gewoon veel meer weten, veel meer kunnen, ook administratief bijhouden. Maar je krijgt er niet meer tijd voor.' [R4]

Uit het verhaal van respondent 4 blijkt dat de eisen voor de zorgmedewerker zijn toegenomen. Er wordt een meer actieve houding van de zorgmedewerkers verwacht ten opzichte van de cliënten. Respondent 4 ervaart dat een meer actieve houding in het belang is van de cliënt. Zo moeten rapporten en ondersteuningsplannen worden bijgehouden, wat voor de cliënt resulteert in een zorg op maat. Hij vindt het alleen jammer dat de zorgmedewerker hier geen extra tijd voor krijgt. De toegenomen eisen voor de zorgmedewerker betekenen dat er minder tijd per cliënt kan worden besteed en dat de zorgmedewerker vaak keuzes moet maken met betrekking tot verschillende werkzaamheden. Respondent 12 merkt op dat men in de maatschappij tegenwoordig alles op papier wil hebben, terwijl zij zelf bijvoorbeeld een zorgplan niet direct noodzakelijk vindt en bovendien tijdrovend. Respondent 5 ziet dit anders. Op het moment dat je als zorgmedewerker je creativiteit inzet en als team goed op elkaar bent ingespeeld, denkt hij dat de werkzaamheden op een goede manier verricht kunnen worden en dat de toegenomen eisen niet resulteren in een vermindering van de kwaliteit van zorg. Op de samenwerking wordt in paragraaf 5.2.3 verder ingegaan.

Het verschil tussen de jongere en de oudere zorgmedewerker

Een opvallende uitkomst is dat de respondenten een verschil opmerken tussen de jongere en de oudere generatie zorgmedewerkers. Respondent 1 vertelt:

'Het is zo veel personeel, zo veel verschillende karakters. En er zitten er die het vreselijk leuk vinden. Die goed hun best doen, en die overal op letten. Maar die zijn ook wel eens vrij, en dan 'hebben we een heerlijke vrije dag' (ervaren dan degenen die niet zo goed hun best doen). 'Is ze er vandaag niet? Oké.' Het is moeilijk ja, en dan heb je de ouderen, dat zijn eigenlijk de enigen nog die dus van vroeger de stok achter de deur hebben gehad, 'En werken met je donder!' weet je wel. Werken! Ik kom 's morgens om zeven uur aan voor de cliënt en ik ga 's middags weer om drie uur naar huis. En dan heb ik mijn best gedaan. Maar dan die jongeren, [die geven] nergens om. De opvoeding is al heel anders. Dus hun staan in de zorg, ze zien het helemaal zitten in de zorg hoor. Alleen ze hebben het minder, want het is allemaal 'zo zo'. 'Meiden, er zijn cliënten voor jullie.' Nee, terwijl ze graag in de zorg werken. Want als je vraagt, hoe vind jij het hier om te werken? Vinden ze het leuk. Alleen ze weten de belangrijkheid er niet van. Dat je dus hier voor je cliënten bent.' [R1]

Het standpunt dat jongeren minder verantwoordelijkheidsgevoel zouden hebben dan ouderen, wordt gedeeld door twee andere respondenten (12 en 15). Zo zouden jongeren bijvoorbeeld meer op stap gaan en moe op hun werk verschijnen en zijn ze tijdens de werkzaamheden ook bezig met andere zaken zoals hun mobiele telefoon. Respondent 10 ervaart juist dat de ouderen soms meer 'vastgeroest' zijn in de structuur van vroeger en de jongeren zich makkelijker aanpassen en zich flexibeler inzetten. Dit blijkt ook uit het verhaal van respondent 7.

'Sommige die zeggen dan bijvoorbeeld; dat deden wij vroeger zo. En ja, altijd terugkijken hoe ze dat op hun manier hebben gedaan. Nooit denken van, goh zou het nou eens op deze manier kunnen? Goh daar zit ook wel wat in op het op die manier te proberen!' [R7]

Samengevat kan geconcludeerd worden dat zowel jongere- als oudere zorgmedewerkers voor- en nadelen hebben als het gaat om het kernaspect *vraaggerichtheid*. De jongeren zijn flexibeler, waardoor ze makkelijker kunnen inspelen op de diverse wensen van de cliënt. Aan de andere kant zijn zij zich soms nog te weinig bewust van de verantwoordelijkheid die ze dragen, in tegenstelling tot de ouderen. Ouderen kunnen zich echter soms teveel vasthouden aan oude gewoontes, waardoor de cliënt minder keuzevrijheid heeft.

Marktwerking in de zorgsector

In 2006 is de marktwerking in de zorgsector door de overheid ingevoerd (zie hoofdstuk 2). Wat is hiervan te merken op de werkvloer? Wat heeft dit voor consequenties als het gaat om kwaliteit van zorg? Respondent 10 krijgt niet veel mee van de marktwerking. Respondent 11 vertelt dat ze zich zo veel mogelijk richt op het zelf geven van goede zorg en zich niet al te veel richt op alle ontwikkelingen in de zorgsector omdat ze hier toch weinig aan kan doen. Respondent 6 vindt dat de zorgverzekeraar een te grote vinger in de pap gaat krijgen, zij vertelt het volgende verhaal.

'Op dit moment is het bijvoorbeeld in de incontinentiezorg zo, dat mensen een vergoeding krijgen voor incontinentiemateriaal. En nu moet per 1 juli iedereen een indicatie hebben dat 'ie incontinent is, anders krijgt 'ie geen incontinentiemateriaal meer. Op zich is er natuurlijk iets voor te zeggen, van, een zorgverzekeraar hoeft jouw onderbroek niet te betalen. Als ik het even zwart wit zeg. Maar waarom moet dat nu per se vanaf 1 juli? Dat houdt in dat er op dit

moment incontinentieverpleegkundigen aan het overwerken zijn omdat dat per se klaar moet zijn.’ [R6]

Uit het verhaal van respondent 6 blijkt dat zij ervaart dat de zorgverzekeraar te veel beslissingen mag nemen. Dit heeft als consequentie dat er eisen worden gesteld die in de praktijk niet altijd op een goede manier uitpakken. Zo wordt de deadline die respondent 6 noemt met betrekking tot de incontinentiezorg wellicht gehaald, maar hierdoor wordt de tijd van de verpleegkundigen volledig in beslag genomen en zijn zij niet voor andere cliënten beschikbaar. Zo lijkt de eis van de zorgverzekeraar in strijd met de vraaggerichtheid en heeft dus consequenties voor de kwaliteit van zorg. Respondent 2 vertelt in het onderstaande verhaal dat hij vreest dat de marktwerking een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg.

‘Ja, ik denk, dat gaf ik al aan, ik heb vroeger ook mijn opleiding gehad in het bedrijfsleven. En als ik kijk naar marktwerking, dat betekent gewoon dat je op een gegeven moment – je ziet het ook bij de PTT – het kapot concurreren krijgt van de markt. En ik vind wel dat de zorgverlening van goede kwaliteit dient te zijn. Maar ik denk waar ik bang voor ben is dat de leidinggevenden, de directies, ja steeds door te bezuinigen eigenlijk die zorg kapot gaan maken. Daar waar het hard nodig is en dat is aan het bed. Bij de mensen die, ja, afhankelijk zijn. En dat wordt mede opgelegd door de regering natuurlijk want die slaat die weg ook in. En ja dat is wel triest. Ja, dat vind ik jammer.’ [R2]

Uit het verhaal van respondent 2 blijkt dat het effect van concurrentie is dat er minder handen aan het bed zijn en dat hierdoor de kwaliteit van zorg vermindert (het kernaspect *toegankelijkheid*). Aan de andere kant brengen de respondenten 8 en 4 in dat de kwaliteit van zorg is verbeterd doordat concurrentie in de zorg als voordeel heeft dat de cliënt een keuze kan maken met betrekking tot een zorginstelling (het kernaspect *vraaggerichtheid*).

5.1.3 Is het meten van kwaliteit van zorg representatief voor de geleverde kwaliteit van zorg?

Alle zestien respondenten noemen diverse methoden waarop kwaliteit van zorg wordt gemeten. Daarnaast bestaan er - los van welke methoden worden genoemd om kwaliteit van zorg te meten - onder de respondenten verschillen in de waardering van het meten van kwaliteit van zorg. Respondent 3 vertelt het volgende verhaal op de vraag of kwaliteit van zorg wordt gemeten.

‘Ze proberen het. [...] ze willen het via de familie proberen. Maar familie heeft andere kwaliteitsnormen dan dat de cliënt heeft. Familie komt van: ‘Ze moeten drie keer in de week onder de douche’. Nou, dan moet je die bewoner onder de douche: ‘Koud hè, koud hè, koud hè, schiet eens op, ik vind er niks aan’. Dan denk je, wie zijn kwaliteit ben ik nou aan het doen? En dan heb ik toch meer de neiging om voor de cliënt te kiezen. ‘Heeft ze lekker gedoucht?’, ‘Ja hoor, ze heeft lekker gedoucht’. Nu, onze normen zijn anders als hun normen. En ik denk, een cliënt met een eenpersoonskamer. Nou de familie stelt daar hoge waarde aan. De kwaliteit, een eigen douche, een eigen wc, nou een grote kamer. Dan denk ik, ze zitten er nooit. Ja, als ze pas nieuw zijn, als ze pas in de woning zijn. En daarna denken ze; ik ga gezellig bij de rest zitten. Dus, de kwaliteitsnorm van familie voor een eigen kamer is hoog, maar de cliënt heeft daar, zeker de demente bewoners, hebben daar helemaal geen behoefte aan.’ [R3]

Het meten van de aanwezigheid van eenpersoonskamers op een kleinschalige woonvorm valt onder het meten van de zorgstructuur (zie paragraaf 3.1), maar hoeft niet veel te zeggen over de ervaren kwaliteit van zorg door de cliënt. Respondent 3 wijst op het feit dat de familie een belangrijke rol kan spelen in kwaliteitsmetingen. Zij ervaart niet altijd dat dit in het belang van de cliënt is. In haar verhaal komt goed tot uitdrukking dat kwaliteitsmetingen niet altijd gemakkelijk zijn, omdat kwaliteit van zorg vanuit diverse perspectieven kan worden bekeken waaronder die van zichzelf. Respondent 3 is van mening dat kwaliteit van zorg niet gemeten kan worden. Want wie bepaalt nu wat kwaliteit van zorg is? Dat kwaliteit van zorg niet kan worden gemeten, is een gedeelde mening onder de respondenten. De werking van het zorgplan (het meten van het zorgproces), wordt echter wel als positief ervaren, omdat dit leidt tot een cliëntgerichte aanpak. Dit zijn in de ogen van de respondenten goed meetbare processen, die er daadwerkelijk toe doen. Respondent 10, 14 en 16 geven aan dat het meten van kwaliteit van zorg vaak beïnvloed kan worden door de organisatie. Het gaat dan met name om de controles op hygiëne en cliënttevredenheid. Respondent 10 vertelt in het onderstaande verhaal hoe de omgevingscontrole eruit ziet.

'Ik weet wel dat er soms mensen komen zeg maar. En dan gaat het vooral om hoe de omgeving er uit ziet, en dan ineens is alles keurig. En dan kom je de week erna en dan is het weer verkeerd zeg maar. Dan liggen er medicijnresten nog naast de maler, dat soort dingen. En spuiten onder de kasten. En dan komt er iemand en dan kan het ineens wel.' [R10]

De metingen die worden gedaan met betrekking tot hygiëne en cliënttevredenheid zijn vooraf bekend en op deze manier kan een zorginstelling veel invloed uitoefenen op deze momentopname. Respondent 14 bevestigt dit verhaal en pleit voor een *mystery guest* als manier van controle. Zij geeft aan dat zelfs bij onderzoek naar cliënttevredenheid, de zorginstelling zelf ouderen aanwijst die in aanmerking komen om met de controleurs te praten. Respondent 16 vertelt dat op de dag van een meting ook vaak meer personeel wordt ingezet. De uitkomsten van onderzoek naar kwaliteit van zorg worden sterk beïnvloed door de organisatie en dit resulteert volgens de respondenten in een meting die niet representatief is voor de geleverde kwaliteit van zorg. Maar hoe zou kwaliteit van zorg dan gemeten kunnen worden? Respondenten vinden dat kwaliteit van zorg niet meetbaar is. Een indicatie kan volgens hen wel worden verkregen door de praktijk te observeren. Respondent 7 adviseert het volgende.

'Is de cliënt tevreden? Is het veilig? Hoe vindt het personeel dat de zorg wordt gekeken? Of hoe kijken ze van bovenaf? Gewoon, dat zouden ze moeten controleren, want er wordt wel gecommuniceerd, maar komt het ook allemaal, zit het allemaal op één lijn? En dat ontbreekt er wel eens, af en toe.' [R7]

Uit het verhaal van respondent 7 blijkt dat alle betrokkenen, inclusief de zorgmedewerkers, een rol moeten spelen bij de vraag of kwaliteit van zorg wordt geleverd. Hij geeft aan dat het contact tussen 'bovenaf' en de werkvloer wel eens ontbreekt. Er moet dus meer één lijn worden getrokken, wil kwaliteit van zorg op een volledige manier gemeten kunnen worden.

Samengevat kan geconcludeerd worden dat kwaliteit van zorg moeilijk meetbaar is. Respondenten geven daarnaast aan dat de wijze waarop kwaliteit van zorg wordt gemeten niet representatief is omdat de metingen die worden uitgevoerd beïnvloed worden door de organisatie. Kwaliteit van zorg kan volgens de respondenten gemeten worden door te kijken naar hoe de praktijk er daadwerkelijk uitziet. Krijgen de cliënten de aandacht en met welke bejegening worden dagelijkse zaken, zoals het eten en het douchen, uitgevoerd? Oftewel: Voor het meten van kwaliteit van zorg is het volgens de respondenten noodzakelijk om naar ‘*the moment of truth*’ te kijken.

5.1.4 Samenvatting

Op basis van het voorgaande kan antwoord worden gegeven op deelvraag 4: Hoe geeft de zorgmedewerker betekenis aan kwaliteit van zorg? Uit de verhalen van de respondenten blijkt dat zij cliëntgericht werken het meest belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg. Het kernaspect *vraaggerichtheid* noemen de respondenten het meest in combinatie met de *veiligheid*. Over de vraag of kwaliteit van zorg geleverd wordt (het kernaspect *effectiviteit*) zijn niet alle respondenten het eens. Onder andere het personeelstekort (het kernaspect *toegankelijkheid*) wordt als een belemmerende factor genoemd als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg.

Het meten van kwaliteit van zorg ervaren de respondenten als niet representatief voor de daadwerkelijk geleverde kwaliteit van zorg. Allereerst vinden de zorgmedewerkers kwaliteit van zorg moeilijk meetbaar, omdat volgens hen moeilijk gemeten kan worden of cliënten wel voldoende aandacht krijgen en of ze wel gelukkig zijn. Daarnaast is er ook de klacht dat de organisatie meetmomenten van te voren plant, waardoor een momentopname wordt gedaan die niet representatief is voor de realiteit. Een idee voor het meten van kwaliteit van zorg is dat er observaties worden gedaan van de alledaagse praktijk (‘*the moments of truth*’) door middel van *mystery guests*.

5.2 Welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van de zorgmedewerker om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg?

Om deze deelvraag te beantwoorden zal ik beginnen met de vraag of er sprake is van PSM onder zorgmedewerkers. Werken zij in de zorg omdat zij het belangrijk vinden om andere mensen te helpen? Daarnaast komt aan de orde welke motieven bij de zorgmedewerkers ten grondslag liggen aan het werken in de zorgsector. Wat is de reden dat zij in de zorg zijn gaan werken? En wat betekent dit voor de standaarden die zij leggen aan kwaliteit van zorg? Tot slot zal ik antwoord geven op de vraag of er onder de zorgmedewerkers sprake is van PSM en welke relatie dit heeft met het leveren van kwaliteit van zorg. Welke invloed heeft de motivatie van de zorgmedewerker op ‘*the moment of truth*’? En zijn de zorgmedewerkers bereid om zich extra in te zetten voor de organisatie en de cliënten?

5.2.1 Is er sprake van PSM onder zorgmedewerkers?

Om te bekijken of er sprake is van PSM onder de zorgmedewerkers heb ik onderzocht wat de zorgmedewerkers motiveert om in de zorg te werken. Werken zij vanuit de dimensie *compassion* (zie paragraaf 3.2)? Vallen zij onder de in dit onderzoek gebruikte definitie van PSM, ‘goed te doen’? Tijdens de interviews is opvallend hoe gemotiveerd respondenten zijn om andere mensen te willen helpen (de dimensie *compassion*). Een goed voorbeeld is het onderstaande verhaal van respondent 1.

‘Ja, die motivatie. Ja, natuurlijk ben je gemotiveerd. Anders moet je dit werk niet gaan doen. Dan moet je zeggen, ik ga wel achter de kassa zitten en ik jas die artikelen wel over dat oog, ik in het geld wel en voor de rest. Tuurlijk, als je in de zorg werkt, moet je gemotiveerd zijn. Je moet met mensen om willen gaan, je moet mensen leuk vinden. Je moet een beetje van mensen houden. En nou hou ik niet van iedere mensheid hoor, maar deze mensen hebben jou nodig. En dan denk ik, doe dan ook je best ervoor, want zij hebben hier ook niet om gevraagd. En dat is dus mijn hele punt, zij hebben hier niet om gevraagd.’ [R1]

Uit dit verhaal blijkt dat respondent 1 het heel belangrijk vindt om anderen te helpen, en dat zij zich inzet voor ouderen. Zij geeft aan dat ze een ‘dienend beroep’ heeft en dat je ouderen naar je beste vermogen moet helpen. Voor respondent 12 is het meest belangrijk dat ze iets voor een ander kan betekenen. Respondent 13 vertelt in het onderstaande verhaal dat ze de motivatie om als zorgmedewerker andere mensen te willen helpen ook ziet als kwaliteit.

‘Ik vind dat je echt om de mensen moet gaan geven. Er zijn ook mensen die zonder dat ze echt bij de mensen betrokken zijn de zorg doen. Maar die gaan dan echt beginnen, op het klokje kijken, ik moet beginnen. En dan stipt weg en voor de rest doen ze niks tussendoor. Zoals ik zeg, even een knuffel of wat dan ook. Nee, je merkt het verschil wel. Maar ik moet zeggen, het is hier wel, de meeste mensen zijn hier wel omdat ze het graag willen.’... ‘En dat is ook wel kwaliteit. Dat je gewoon collega’s hebt, van mensen die voor de mensen willen zorgen.’ [R13]

Uit het verhaal van respondent 13 blijkt dat ze erg betrokken is bij de ouderen en dat zij ervaart dat de meeste collega’s dit ook zijn. Het verschil in betrokkenheid heeft daarnaast volgens haar een grote invloed op de inzet van de zorgmedewerker. Een zorgmedewerker die betrokken is (dimensie *compassion*), geeft meer in ‘*the moment of truth*’. Hier blijkt uit dat als een zorgmedewerker compassie voelt tegenover de cliënten, hij of zij gemotiveerd is om kwaliteit van zorg te leveren. Respondent 8 vertelt dat het in de omgang met de ouderen eigenlijk geen verschil mag maken of het nu je eigen vader of moeder is of opa en oma, of de cliënt, omdat je voor hen hetzelfde zou willen. Uit dit verhaal blijkt dat respondent 8 vindt dat je voor iedereen moet inzetten alsof het je eigen familie is. Dit is ook een voorbeeld waar de dimensies *compassion* sterk tot uitdrukking komt. Uit de verhalen van de respondenten blijkt dat zij in de zorg werken omdat ze mensen willen helpen. De dimensie *compassion* is aanwezig onder alle respondenten. Er kan dus geconstateerd worden dat er sprake is van PSM onder de zorgmedewerkers.

5.2.2. Op grond van welke motieven is de zorgmedewerker in de ouderenzorg terecht gekomen?

Met betrekking tot de motieven die ten grondslag liggen aan PSM is in paragraaf 3.2 een model ontwikkeld op basis waarvan de motieven van zorgmedewerkers kunnen worden onderscheiden, te weten rationale motieven, instrumentele motieven, waarde-gebaseerde motieven en motieven gebaseerd op identificatie. De drie laatstgenoemde motieven vinden hun basis in zelfopoffering. Om erachter te komen op basis van welk motief de zorgmedewerker in de zorg is gaan werken heb ik aan de respondenten gevraagd wat de reden is dat ze in de zorg zijn gaan werken. Dit resulteerde in zeer diverse antwoorden. Zo zijn twee zorgmedewerkers op basis van rationale motieven in de zorg gaan werken, omdat de opleiding voor hen betekende dat er direct inkomsten zouden zijn. Hieronder het verhaal van respondent 9.

'Ik zag een advertentie, waarbij je een opleiding kon doen, intern. En ja, niks niet, je kreeg betaald terwijl je een opleiding deed. Heel simpel. En wist ik veel wat een verpleeghuis was, ik was 17. En ik denk, ik ga het gewoon proberen! En nou, zodra ik de eerste zeven maanden gehad had, had ik zo iets van, dit is leuk!' [R9]

Ook respondent 6 geeft aan dat inkomsten voor haar belangrijk waren bij de keuze voor de zorg. Een opvallende uitkomst is echter dat respondenten 9 en 6 – ondanks dat ze op grond van rationale motieven in de zorg zijn gaan werken - het niet minder belangrijk vinden om anderen te helpen. Het feit dat zij toevallig de zorg zijn ingerold, heeft geen invloed op hun betrokkenheid (*compassion*) en dus op de mate van PSM. Zij zijn wellicht op grond van rationale motieven in de zorg gaan werken maar werken nu vanuit de motivatie om voor anderen te zorgen, dus op grond van identificatie. Het motief van respondent 5 is sterk gebaseerd op identificatie en zelfopoffering. Hij is de zorg ingegaan omdat hij in zijn jeugd veel geconfronteerd is met een ziekte in zijn familie en de dood. In zijn jeugd merkte hij dat hij het heel fijn vond om er dan zo veel mogelijk voor anderen te zijn en altijd de behoefte heeft gehad om te zorgen. *'Liefde en genegenheid geven aan onze medemens'*, is wat hem het meeste drijft. Dit is een voorbeeld van een sterk altruïstisch motief. Respondent 3 heeft specifiek gekozen voor de ouderenzorg, omdat zij er veel belang aan hecht hoe er met ouderen wordt omgegaan, zoals uit onderstaand verhaal blijkt.

'Dat de mensen toch volwaardig worden aangezien op wat ze nog kunnen. En dat er ook nu, zeker met dat kleinschalige, dat ze niet meer worden weggestopt. Niet meer zo'n stuk of vijftien in een huiskamer. En ze kunnen doen eigenlijk wat ze, waar ze nog goed in zijn. Ook al is dat lopen heen en weer, dan mag dat. Ook al is het zitten, dan is het ook goed. En niet dat kolossale. Dat, huppeke, uit bed, daar gaan zitten, nou tot vijf uur, dan weer terug. En dat was vroeger wel.' [R3]

Respondent 3 voelt compassie voor de ouderen en vindt het heel belangrijk dat de ouderen in de mogelijkheid worden gesteld om nog te kunnen doen wat ze willen. Dit is ook een motief wat is gebaseerd op identificatie. Respondenten hebben – met uitzondering van respondent 6 en 9 – altijd de wens gehad om de zorg in te gaan. Zo vertelt respondent 15 het volgende verhaal.

'Wat vind ik leuk? Dat is gewoon het zorgen voor mensen, ik vind het gewoon heel leuk. Ik kan het gewoon niet anders..Ik vind het gewoon heel leuk!' [R15]

Een voorbeeld van een instrumenteel motief is afkomstig van respondent 8.

'Nou, na de middelbare school wilde ik graag wat met mensen gaan doen, en toen heb ik zitten twijfelen tussen het onderwijs en tussen de gezondheidszorg. En ja, ik heb gekozen voor de zorg' [R8]

Uit het verhaal van respondent 8 blijkt de wens om in het algemeen mensen van dienst te zijn. Het doel was om iets met mensen te gaan doen, het onderwijs was ook een optie. Een opvallende uitkomst is dat waardegebaseerde motieven die meer gericht zijn op publieke waarden zoals democratie en een goed rechtssysteem, niet naar voren kwamen in de interviews. Een reden hiervoor kan zijn dat waardegebaseerde motieven meer gericht zijn op de publieke waarden in het algemeen. Instrumentele motieven en motieven gebaseerd op identificatie vinden meer toepassing voor medewerkers in de zorg.

Samengevat kan geconcludeerd worden dat de eerste verwachting dat identificatie het belangrijkste motief voor de zorgmedewerker is om in de zorg werkzaam te zijn klopt. De tweede verwachting dat de zorgmedewerker die voornamelijk in de zorg is gaan werken op basis van identificatie, hogere standaarden stelt als het gaat om kwaliteit van zorg dan de zorgmedewerker die voornamelijk op grond van rationele motieven in de zorg werkzaam is, is niet te beantwoorden. Op basis van de interviews met de respondenten was het niet mogelijk om deze verwachting goed te toetsen. De respondenten zijn wellicht om diverse redenen in de zorg gaan werken (rationele motieven, instrumentele motieven en motieven gebaseerd op identificatie), maar werken nu allemaal in de zorg om mensen te helpen (op grond van identificatie). De eisen die de respondenten aan kwaliteit van zorg stellen, waren vrijwel allemaal hoog.

5.2.3 Betekent een PSM-fit dat de zorgmedewerker meer kwaliteit van zorg levert?

Om de derde verwachting te toetsen (een zorgmedewerker waarbij geen sprake is van een *person-job* en *person-organization fit* is minder bereid zich extra in te spannen voor de organisatie), is tijdens de interviews gevraagd of de baan die de zorgmedewerker heeft, bij hem of haar past en of de zorgmedewerker zich kan verenigen met de visie van de organisatie.

Person-job fit

Om te spreken van een PSM-fit moet in de eerste plaats sprake zijn van een *person-job fit*. Op de vraag of de respondenten tevreden zijn met de baan die ze hebben, antwoorden alle respondenten positief. Wel geven drie respondenten aan dat zij nog een andere carrière voor ogen zien. Zo wil respondent 10 graag met kinderen gaan werken in het ziekenhuis. Ook respondent 11 twijfelt over haar

huidige baan omdat ze liever een baan wil waar ze meer de tijd krijgt om een praatje met de mensen te maken. Respondent 14 zoekt nog meer uitdaging in de werkzaamheden, zoals blijkt uit het volgende verhaal.

'Nee, ik mis wel echt de uitdaging. Het is soms twee, drie weken heel druk en dan vermaak ik me uitstekend. Maar je hebt ook gewoon weken, dan denk ik ja, wat doe ik hier. Dan is het zo, dan is het gewoon saai. En ik kan me vermaken, ik hou me bezig. Want dan ga ik weer wel bij de mensen zitten, even helpen met eten, drinken, naar bed brengen. Ja, in principe hoeven we het niet, maar ja wat moet ik anders gaan doen? Daar en hier? Ja, in het ziekenhuis liggen de banen gewoon niet voor het oprapen. En tot die tijd denk ik, ik doe hier ervaring op en ik ben gewoon nuttig bezig.' [R14]

Uit dit verhaal blijkt dat respondent 14 haar werkzaamheden heel leuk vindt, maar dat het wat betreft verpleegtechnisch handelen soms heel rustig kan zijn. Ondanks dat zij haar enkel gekneusd heeft terwijl het interview plaatsvindt, heeft ze zich toch aangemeld om ergens voor de organisatie aanwezig te zijn als verpleegkundige. De afwezigheid van een *person-job fit* betekent in dit geval niet minder bereidheid en inzetbaarheid van de zorgmedewerker. Respondent 14 vindt geen uitdaging in haar werk, juist omdat ze méér wil werken. Zij is een uitzondering, alle andere respondenten zijn tevreden met de inhoud van hun functie.

Person-organization fit

Een tweede voorwaarde, wil men kunnen spreken van een PSM-fit, is een *person-organization fit*. Hiervan kan gesproken worden als de medewerker zich kan verenigen met de visie van de organisatie. Respondent 10 weet eigenlijk niet wat de visie van de organisatie inhoudt, zoals uit haar verhaal blijkt.

'Nou, dat moet ik heel eerlijk zeggen. Dat heb ik drie jaar geleden opgezocht, maar dat zou ik nu niet meer weten.' [R10]

Daarnaast geven de respondenten 2 en 12 aan dat ze zich kunnen vinden in de visie en zich hier ook verbonden mee voelen. De visie van de organisatie is namelijk cliëntgericht, en zoals bleek uit paragraaf 5.1.1 staat cliëntgerichtheid hoog in het vaandel bij de zorgmedewerkers. De kritiek is echter dat er een groot verschil is tussen de visie van de organisatie en de praktijk, vertelt respondent 2 en 12.

'Maar de visie is goed, en ik deel hem. En ze doen hun best ervoor. Maar ja, tussen visie en praktijk zit natuurlijk ook een verschil.' [R2]

'Ja, ja, hun motivatie is goed. Ze zien eigenlijk ook de zorg, zoals ik ook die zorg graag zou verlenen. Alleen ik begrijp ook dat daar een financieel plaatje aan hangt. En dat zij ook niet altijd mogelijkheden hebben om dat ook uit te voeren.' [R12]

Respondent 2 is van mening dat de organisatie haar visie niet altijd waarmaakt en dus niet altijd zo cliëntgericht is als de visie doet vermoeden. Respondent 12 geeft aan dat ze kan begrijpen dat de organisatie haar visie niet altijd kan waarmaken. Respondent 13 vertelt dat ze eigenlijk niet weet of de

top van de organisatie wel weet wat er gebeurt in de praktijk, en of zij wel begrijpen wat voor werk er dagelijks voor de cliënten wordt verricht. Zij ervaart dat de organisatie ‘het leuk kan vertellen’, maar dat zij geen idee hebben hoe de situatie daadwerkelijk is. Respondent 15 levert kritiek op de manier van werken van de organisatie, zoals blijkt uit onderstaand verhaal.

‘Het is toch gewoon bedden vullen. Maakt niet uit of je alleen stond, maakt niet uit of de deur niet op slot kon. Dat er vreemde mensen binnen kwamen, daar werd helemaal niet meer naar gekeken. Tenminste, alles werd weggehaald. Je moet zelf alles ineens gaan oplossen.’ [R15]

De cliëntgerichte visie van de organisatie is volgens respondent 15 niet altijd leidend. Uiteindelijk komt het volgens haar toch neer op het vullen van bedden, en dus het verdienen van geld. Respondent 11 vindt een organisatievisie niet noodzakelijk.

‘Ja er zijn organisaties die dat heel belangrijk vinden. Maar als iedereen zijn best doet, dan is het toch ook gewoon goed? Lijkt mij. Dus in de zorg die jij dan levert.’ [R11]

Samengevat kan geconcludeerd worden dat de respondenten zich wel verbonden voelen met de visie van de organisatie omdat de visie cliëntgerichtheid ook centraal stelt. De kritiek is echter dat de visie in de praktijk vaak niet tot uitvoering komt. Er is dus wel sprake van een *match* tussen de werknemer en de visie, maar dit leidt niet tot een *person-organization fit*.

Wat betekent deze uitkomst nu voor de bereidheid om zich extra in te spannen voor de organisatie? Uit de resultaten blijkt dat over het algemeen wel sprake is van een *person-job fit*, maar niet van een *person-organization fit*. Ondanks dit resultaat, bestaat toch de bereidheid om zich extra in te spannen. De ontevredenheid over het niet uitvoeren van de visie door de organisatie speelt hier niet noodzakelijk een rol in. De derde verwachting, dat een zorgmedewerker waarbij geen sprake is van een *person-job* en een *person-organization fit* minder bereid is zich extra in te spannen voor de organisatie, is dus onjuist. De zorgmedewerker zet zich met name in voor de cliënt, dit blijkt ook uit de motivatie van de zorgmedewerkers die eerder in deze paragraaf aan de orde is gekomen.

Person-group fit leidt wel tot bereidheid extra inspanning

Een belangrijke uitkomst van dit onderzoek is dat de werking van het team een belangrijke rol speelt in de bereidheid van de zorgmedewerker om zich extra in te zetten. Uit de besproken theorie in paragraaf 3.2 bleek dat de bereidheid om zich extra in te zetten vooral afhankelijk is van de *person-job* en *person-organization fit*. De *person-group fit* (de *match* tussen een medewerker en zijn collega's) is volgens de literatuur van minder belang. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de *person-group fit* onder de zorgmedewerkers wel van groot belang is. Respondent 7 vertelt in het onderstaande dat hij er geen moeite mee heeft om bij te springen als er een tekort is aan personeel.

'Nou, dan hebben ze bijvoorbeeld niet goed naar het rooster gekeken. En dan zien ze opeens; daar zit een gat. Nou, tot dan en dan is die persoon alleen. En, dan heb je zo iets van, nou dan blijf ik nog wel even een moment. Andere dag wel weer een keer de tijd. [...] Zo is het dan ook wel weer. Dan heb ik zo iets van, ja, ik wil die collega niet alleen laten. Ik bedoel, ik zou het zelf ook niet fijn vinden, als ik daar in mijn eentje zo zou rondlopen van oh, en nu?' [R7]

Respondent 15 vertelt een gelijksoortig verhaal dat de werking van haar team van zodanige aard is, dat iedereen bereid is om op zijn of haar vrije dag toch te komen werken als dit noodzakelijk is.

'Ja, wij hebben gewoon eh, wij hebben een gemotiveerd team. Je komt toch wel dan op je vrije dagen terug om ja, om te helpen. [...] Nou als iedereen dat doet, dan doe je het voor mekaar hè. Dat is een wisselwerking, voor mekaar hè. Dus eigenlijk doet iedereen dat ja. Dat moet ik wel zeggen. Leuk team.' [R15]

Dat een slechte teamwerking een negatieve invloed heeft op de bereidheid zich extra in te spannen blijkt uit het verhaal van respondent 11. Zij had eerst geen moeite om extra te werken, maar toen bleek dat dit van één kant kwam, heeft ze nu toch de neiging om dit niet meer te doen. Respondent 5 vertelt dat een op elkaar ingespeeld team voor de cliënt van essentieel belang is.

'Dus je moet die continuïteit en die regelmaat, daar moet je in voorzien. Ja nou, en daar mist het wel eens.[...] Dus het heeft altijd zijn weerslag. Heb je een team wat goed op elkaar ingespeeld is, dan kan je aardig je werk verrichten. Hebben wij een team wat aardig op elkaar is ingespeeld? Nee, nee.' [R5]

De werking van het team is dus van grote invloed op de inzetbaarheid van de zorgmedewerkers. Als in een team iedereen bereid is wat extra's te doen, dan komt dit de sfeer onder de zorgmedewerkers ten goede. Als afsluiting van deze paragraaf volgt dan ook het advies van respondent 8.

'Nee, er zit wel verschil in de teams. En dat is heel vervelend om te merken. Maar, de kwaliteit zit dan meer in andere dingen. Mensen die bijvoorbeeld niet zo snel die cd op zullen zetten voor die muziek, die zijn bijvoorbeeld heel erg goed in het bijvullen van de materialen, of in het schoonhouden van de keuken, of in het bijhouden van het dossier. En zo heeft iedereen zijn verschillende kwaliteiten. En jaren terug dacht ik altijd van, die moeten daar weg, daar moeten anderen voor in de plaats. Maar als iedereen alleen maar zou zingen en dansen, dan wordt het ook een zootje. Dus, ik denk dat het goed is dat mensen elkaar aanvullen in het team. En dat iedereen gewoon zijn eigen ding kan doen voor de bewoners. En kijk, het is ook fijn als je gedanst hebt en gezongen, en er liggen servetten als je gaat eten. En die andere mensen doen op een andere manier weer hun bijdrage leveren. En ik denk dat je op die manier naar teams moet kijken. Want als je met een heel beperkte blik kijkt, dan zie je alleen maar dingen van, die doet dit niet en die doet dat niet, en waarom is dat er niet? En dan ga je je alleen maar richten op de negatieve dingen van mensen. En je moet juist kijken naar de positieve dingen van mensen, want dan haal je alleen maar positieve energie in het team naar boven, en dan gaan ze ook dingen doen die leuk zijn. En dan gaan ze daar ook met elkaar over praten. En het negatieve gedoe moet je gewoon geen aandacht aan geven. Dan wordt het ook niet iets groot, maar dan blijft het gewoon klein en negatief. En de positieve dingen ga je groter maken. En ik denk dat dat voor alles geldt, ook buiten de zorg.' [R8]

Uit het verhaal van respondent 8 blijkt dat het team een belangrijke rol speelt in het bereiken van een totaalplaatje van kwaliteit van zorg. Zo wordt er aandacht gegeven aan de cliënten, wordt er op de

omgeving gelet en is het team enthousiast. Dit heeft dan ook een positieve weerslag op de kwaliteit van zorg en dus op de cliënten.

5.2.4 Samenvatting

Op grond van bovenstaande kan antwoord worden gegeven op deelvraag 5: Welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van de zorgmedewerker om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg? Er kan vastgesteld worden dat er sprake is van PSM onder zorgmedewerkers. Respondenten werken voornamelijk in de zorg omdat zij altijd al de motivatie hebben gehad om mensen te willen helpen (de dimensie *compassion*). Twee zorgmedewerkers gaven aan dat zij op grond van rationale motieven in de zorg zijn gaan werken (om geld te verdienen), maar ook zij werken inmiddels in de zorg op grond van de motivatie om andere mensen te helpen. De eerste verwachting gesteld in paragraaf 3.2, dat het belangrijkste motief voor de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn, is gebaseerd op identificatie, is dus juist. De tweede verwachting, dat de zorgmedewerker die voornamelijk in de zorg is gaan werken op basis van identificatie, hogere standaarden stelt als het gaat om kwaliteit van zorg dan de zorgmedewerker die voornamelijk op grond van rationale motieven in de zorg werkzaam is, kon niet onderzocht worden. Wel kan geconcludeerd worden dat respondenten over het algemeen hoge eisen stellen als het gaat om kwaliteit van zorg.

Met betrekking tot de PSM-fit is onderzocht of er onder de zorgmedewerkers sprake is van een *person-job* en een *person-organization fit*. Uit de resultaten bleek dat er wel sprake was van een *person-job fit*, maar niet zozeer van een *person-organization fit*. Respondenten zijn over het algemeen tevreden met hun baan en kunnen zich ook vinden in de visie van de organisatie. Zij geven echter veel kritiek op hoe de organisatie invulling geeft aan de visie in de praktijk. De bereidheid om zich extra in te spannen heeft voor de respondenten dan ook niet zozeer te maken met de organisatie, maar met de cliënt. Het voornaamste doel van de respondenten is om mensen te helpen. Een opvallende uitkomst is dat de *person-group fit* een belangrijke rol speelt in de inzetbaarheid van de zorgmedewerkers. Zodra er sprake is van een goede wisselwerking in het team, zijn de zorgmedewerkers meer bereid zich extra in te spannen. Dit resulteert in een betere sfeer en daardoor in betere prestaties. De kwaliteit van zorg, en dus de cliënt, is gebaat bij een goed werkend team.

6. Conclusie

Deze scriptie betreft een onderzoek naar de betekenisgeving van zorgmedewerkers in de ouderenzorg. De hoofdvraag is: Welke relatie is er tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker? In de voorgaande hoofdstukken zijn de vijf deelvragen zoals gesteld in hoofdstuk 1 beantwoord. Eerst volgt een korte samenvatting van de antwoorden van de deelvragen waarna het antwoord op de hoofdvraag wordt gegeven.

6.1 Beantwoording deelvragen

1. Met welke belangrijke ontwikkelingen heeft de zorgsector te maken?

Uit het literatuuronderzoek in hoofdstuk 2 volgt dat de zorgsector te maken heeft met een aantal belangrijke ontwikkelingen zoals de marktwerking, de vergrijzing, de individualisering en de informatisering. Er kan (nog) niet worden gesproken van een volledige marktwerking, waar zorgaanbieder en zorgvrager vrij op elkaar inspelen. De vergrijzing, de individualisering en de informatisering zijn drie maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgvraag. Door deze ontwikkelingen neemt de vraag en de diversiteit in de vraag naar zorg toe en de cliënt wenst steeds meer zorg op maat.

2. Wat is kwaliteit van zorg?

Op grond van hoofdstuk 3 blijkt dat kwaliteit van zorg een subjectief begrip is, want continu in ontwikkeling is. In dit onderzoek staat het concept van *'the moment of truth'* centraal, waarbij wordt uitgegaan van een gezamenlijke creatie van kwaliteit van zorg door de zorgmedewerker en de cliënt. In dit onderzoek is voor de omschrijving van kwaliteit van zorg gekozen voor de definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM). Uit deze definitie volgen de vier kernaspecten van kwaliteit van zorg, namelijk *effectiviteit, vraaggerichtheid, veiligheid* en *toegankelijkheid*. De definitie van het IOM is representatief voor de eisen die in Nederland aan kwaliteit van zorg worden gesteld, omdat de definitie van het IOM zich, evenals de Kwaliteitswet, richt op zowel inhoudelijke als procedurele eisen aan kwaliteit van zorg. In het kader van het meten van kwaliteit van zorg is het model van Donabedian aangepast (zie figuur 3.1b). Voor het meten van kwaliteit van zorg is het noodzakelijk om te kijken naar de input van de zorgmedewerker en de input van de cliënt in *'the moment of truth'*. Dit onderzoek levert een bijdrage in de meting van kwaliteit van zorg, omdat het zich richt op de input van de zorgmedewerker in *'the moment of truth'*.

3. Wat wordt van de zorgmedewerker in Nederland gevraagd als het gaat om kwaliteit van zorg?

De rol van de zorgmedewerker in Nederland is groot als gekeken wordt naar de kernaspecten van kwaliteit van zorg. Zo moet de zorgmedewerker *effectieve* zorg leveren, de zorgmedewerker moet

vraaggericht zijn, de zorg die geleverd wordt moet *veilig* zijn en tot slot moet de zorg *toegankelijk* zijn. Er kan geconcludeerd worden dat aan het kernaspect *toegankelijkheid* op dit moment niet voldoende wordt voldaan. Er is sprake van een personeelstekort, dit betekent dat de zorgzwaarte voor de zorgmedewerker toeneemt. Van de zorgmedewerker wordt verwacht dat hij inspeelt op deze bovenstaande eisen (*effectiviteit, vraaggerichtheid, veiligheid* en *toegankelijkheid*) en in ‘*the moment of truth*’ kwaliteit van zorg levert.

4. Welke betekenis geeft de zorgmedewerker aan kwaliteit van zorg?

Op grond van het empirisch onderzoek kan geconcludeerd worden dat de respondenten het kernaspect *vraaggerichtheid* het meest belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg. De respondenten benoemen daarnaast ook de kernaspecten *veiligheid* en *effectiviteit*. Tijd en aandacht zijn volgens de respondenten twee factoren die er in ‘*the moment of truth*’ toe doen. Twee belangrijke redenen waarom kwaliteit van zorg volgens de respondenten nu niet kan worden geleverd zijn dat er een personeelstekort is en dat er hogere eisen aan de zorgmedewerker worden gesteld dan vroeger, maar dat de zorgmedewerker hier niet meer tijd voor krijgt. Het personeelstekort en de hogere eisen die worden gesteld aan de zorgmedewerker leiden beiden tot een tijdstekort, waardoor minder tijd en aandacht kan worden geïnvesteerd in de cliënt. Dit heeft volgens de respondenten een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg.

5. Welke waarden liggen ten grondslag aan de motivatie van de zorgmedewerker om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg?

Op grond van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er onder de respondenten sprake is van *public service motivation* voor de zorg. De dimensie *compassion*, een van de vier dimensies opgesteld door Perry (1997), is aanwezig onder alle respondenten. Zij vinden het belangrijk om andere mensen te helpen. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat alle zestien respondenten op dit moment in de zorg werkzaam zijn op basis van identificatie. Dit betekent dat zij in de zorg werken omdat zij zich identificeren met (zwakke) groepen of personen in de maatschappij en de neiging hebben om deze te helpen. De eerste verwachting (*het belangrijkste motief voor de zorgmedewerker om in de zorg werkzaam te zijn, is gebaseerd op identificatie*) klopt. De tweede verwachting (*de zorgmedewerker die voornamelijk in de zorg is gaan werken op basis van identificatie, stelt hogere standaarden als het gaat om kwaliteit van zorg dan de zorgmedewerker die voornamelijk op grond van rationele motieven in de zorg werkzaam is*) kon niet getoetst worden omdat alle zestien respondenten in de zorg werken op basis van identificatie.

Daarnaast kan geconcludeerd worden dat er onder de respondenten geen sprake is van een PSM-fit. Een PSM-fit betekent dat er sprake is van een *person-job fit* (een match tussen een persoon en zijn baan) en een *person-organization fit* (een match tussen een persoon en een organisatie). Een PSM-fit

kan een positieve uitwerking hebben als het gaat om de bereidheid om zich extra in te spannen voor het werk. Onder de respondenten kan wel gesproken worden van een *person-job fit*, maar niet van een *person-organization fit*. De reden dat geen sprake is van een *person-organization fit* is dat de respondenten zich wel kunnen vinden in de visie van de organisatie, maar kritiek hebben als het gaat om de uitvoering daarvan. Volgens de derde verwachting betekent de afwezigheid van een PSM-fit dat de zorgmedewerker minder bereid is zich extra in te zetten voor de werkzaamheden. Dit is echter niet het geval. De bereidheid van de respondenten om zich extra in te zetten voor de werkzaamheden heeft vooral te maken met de motivatie om er voor de cliënt te willen zijn. Daarnaast blijkt dat een *person-group fit* (een goede teamwerking) een grote rol speelt in de motivatie van de zorgmedewerker om zich extra in te spannen voor de werkzaamheden. Als het team goed op elkaar is ingespeeld, resulteert dit in een betere sfeer en in betere prestaties. De kwaliteit van zorg, en dus de cliënt, is gebaat bij een goed werkend team.

6.2 Welke relatie is er tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken vanuit de optiek van de zorgmedewerker?

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er een relatie is tussen kwaliteit van zorg en de motivatie om in de zorg te werken. Respondenten blijken de motivatie te hebben om anderen te helpen en aan ouderen kwaliteit van leven te willen bieden, waardoor zij zich in ‘*the moment of truth*’ inzetten voor de cliënt. Tijd en aandacht zijn hierbij factoren die de respondenten als zeer belangrijk ervaren. De respondenten leveren hierdoor hoge kwaliteit van zorg, want zij richten zich op de cliënt (*vraaggerichtheid*), houden zo veel mogelijk rekening met protocollen en procedures (*veiligheid*) en hebben als doel de cliënt kwaliteit van leven te bieden (*effectiviteit*).

Onder de respondenten is sprake van een *person-job fit*, maar niet van een *person-organization fit*. De afwezigheid van een *person-organization fit* doet echter niks af aan de bereidheid zich extra in te zetten van de zorgmedewerker. De werking van het team (*person-group fit*) is wel van invloed op het wel of niet extra inzetbaar zijn van de zorgmedewerker. Op het moment dat een team goed werkt, zijn de zorgmedewerkers goed op elkaar ingespeeld en zijn zij ook bereid om zich - ook als het henzelf even niet zo goed uitkomt – voor het team in te zetten. Op het moment dat een team niet goed werkt, hebben de zorgmedewerkers over en weer minder voor elkaar over wat resulteert in een minder prettige sfeer, wat zijn weerslag heeft op de kwaliteit van zorg die wordt geleverd aan de cliënt.

De motivatie om voor anderen te zorgen (in dit geval ouderen) en een gemotiveerd samenwerkend team zijn dus twee factoren die van positieve invloed zijn op de kwaliteit van zorg. De motivatie van de respondenten om zich in te zetten voor de ouderen op het gebied van *effectiviteit*, *vraaggerichtheid* en *veiligheid* in een prettige werksfeer (de aanwezigheid van een *person-group fit*) levert een setting op die kan leiden tot kwalitatief goede ‘*moments of truth*’.

7. Discussie

In dit hoofdstuk worden enkele discussiepunten besproken met betrekking tot de uitvoering en de resultaten van dit onderzoek. Hoe kan teruggekeken worden op het onderzoek? Hierbij zullen de betrouwbaarheid en validiteit aan de orde komen, het gebruik van de narratieve analyse en de interview setting. Ook wordt aandacht besteedt aan de rol van de onderzoeker en de uitvoering van het onderzoek. Tot slot volgt een aanbeveling.

Betrouwbaarheid

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten kan gesteld worden dat deze op enkele punten nog verhoogd had kunnen worden. Het werven van respondenten heeft plaatsgevonden met behulp van de sneeuwbal methode. Een kanttekening die hierbij geplaatst kan worden is dat slechts een kleine groep zorgmedewerkers is geïnterviewd. Alle respondenten zijn daarnaast afkomstig uit Walcheren in Zeeland. De betrouwbaarheid van het onderzoek had hoger kunnen zijn, wanneer meer zorgmedewerkers waren geïnterviewd die afkomstig waren uit verschillende zorginstellingen in Zeeland of in Nederland.

Validiteit

Met betrekking tot de interne validiteit van dit onderzoek kan een kanttekening worden geplaatst over een van de uitkomsten van dit onderzoek, namelijk dat alle respondenten gemotiveerd zijn om in de zorg te werken. Het is goed mogelijk dat bij het werven van respondenten zorgmedewerkers niet hebben geparticipeerd aan het onderzoek omdat zij niet gemotiveerd zijn voor hun werk. Hierdoor is een belangrijke vraag die uit dit onderzoek volgt niet beantwoord: Wat is de invloed van de afwezigheid van motivatie bij zorgmedewerkers op de kwaliteit van zorg? Dit zou wellicht andere onderzoeksresultaten hebben opgeleverd en ook tot andere conclusies hebben geleid. Kortom, er is wel onderzocht wat de aanwezigheid van een motivatie kan betekenen, maar niet wat de afwezigheid van een motivatie betekent voor de kwaliteit van zorg die wordt geleverd.

Het geven van sociaal wenselijke antwoorden is ook een discussiepunt dat de aandacht behoeft. Het geven van sociaal wenselijke antwoorden valt onder systematische fouten bij het beantwoorden van vragen door de respondent (response bias). In paragraaf 4.1 is vermeld dat bij het interpreteren van de verhalen van de zorgmedewerkers met name gelet zou worden op het *artifact* handelingen van zorgmedewerkers, om op deze manier te achterhalen welke betekenis de zorgmedewerker geeft aan kwaliteit van zorg en welke rol de eigen motivatie om in de zorg werkzaam te zijn hier in speelt. Zorgmedewerkers zullen wellicht in het kader van dit onderzoek niet snel vertellen (over de keren) dat zij de cliënt niet centraal stellen omdat dit geen sociaal wenselijk antwoord is. De consequentie hiervan voor de onderzoeksresultaten is dat deze niet volledig valide is.

Narratieve analyse

In dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van de narratieve analyse, om mij op deze manier te kunnen richten op de verhalen van de zorgmedewerkers. Hierbij is een thematische analyse gehanteerd. Het gebruik van een narratieve analyse heb ik als positief ervaren. Met behulp van deze methode konden de respondenten zich richten op thema's die zij belangrijk vonden. Hierdoor kon ik mij bij het analyseren van verhalen laten leiden door de verhalen van de respondenten en komt in de onderzoeksresultaten goed naar voren wat de respondenten nu echt bezighoudt. Opvallend was dat de oudere zorgmedewerkers vaak meer en langer verhalen vertelden dan de jongere zorgmedewerkers. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de oudere zorgmedewerker langer in de zorg werkzaam is en dus meer heeft meegemaakt en kan vergelijken met de situatie van vroeger. Een nadeel van de narratieve analyse is dat er altijd interpretatie en selectie plaatsvindt (zie ook paragraaf 4.2.2) en dat verhalen dus niet 'volledig' te vangen zijn.

De setting van de interviews

Met betrekking tot de setting van de interviews heb ik de keuze gelaten aan de respondenten om een vertrouwelijke sfeer te scheppen. Als onderzoeker had ik hierdoor geen invloed op hoe de setting van het interview eruit zou zien. Een voordeel van deze methode is dat de respondenten konden kiezen op welke plek zij zichzelf het prettigst voelden en wat voor hen het beste uitkwam. De plaats van de interviews, waaronder een rustig café, de werkplek of thuis, bleek niet van invloed te zijn op het creëren van een vertrouwelijke sfeer. Aangezien ik had aangegeven dat een rustige plek voor het interview van belang was, was bij veertien van de zestien respondenten sprake van een rustige setting. In twee gevallen bleek de drukte in een openbare ruimte of de aanwezigheid van kinderen thuis factoren die voor onrust zorgde. Dit had een negatieve invloed op de concentratie van de respondent, maar ook op mijn eigen concentratie. De invloed hiervan op het interview was dat de respondent minder op een 'praatstoel' zat en dat ik mijn algemene vragenlijst meer moest aanhalen. Hierdoor zijn minder verhalen aan bod gekomen die wellicht belangrijk waren geweest. Het was dus beter geweest om in alle gevallen zelf de plaats te bepalen, om zeker te zijn van een rustige interview setting.

De rol van de onderzoeker

De rol van de onderzoeker bij een onderzoek is een belangrijk punt dat in ogenschouw moet worden genomen. Zowel bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek als bij het empirisch onderzoek maakt de onderzoeker zelf een selectie van relevante informatie. Op grond van de interviews heb ik thema's gezocht en op basis hiervan de onderzoeksresultaten beschreven (thematische analyse). Hierbij heb ik zo veel mogelijk de diverse interpretaties beschreven en de verschillen en overeenkomsten aangehaald. Bij het lezen van dit onderzoek moet echter rekening worden gehouden met het feit dat dit een representatie betreft van de gehoorde verhalen (zie ook paragraaf 4.2.2).

De uitvoering van het onderzoek

De uitvoering van dit onderzoek is grotendeels naar verwachting en tevredenheid verlopen. De verwachtingen die van te voren aanwezig waren zijn gedeeltelijk uitgekomen. Bij aanvang van het onderzoek had ik niet verwacht dat er een dusdanige hoeveelheid literatuur beschikbaar was op het gebied van kwaliteit van zorg en public service motivation. Een goede focus kunnen maken, het selecteren van relevante informatie en het koppelen van diverse aspecten om een zo goed mogelijk overzicht te geven kostten meer tijd dan ik van te voren had ingeschat. Na het literatuuronderzoek was mijn verwachting dat de onderwerpen die ik had aangesneden in het literatuuronderzoek ook werkelijk in de zorg speelden. Ik heb mijn informatie hiertoe ook enkele keren ‘gecheckt’ bij zorgmedewerkers in mijn netwerk die niet participeerden als respondent. Bij het uitvoeren van het empirisch onderzoek bleek inderdaad dat de beschreven onderwerpen relevant waren voor de zorgmedewerkers. Dit bemerkte ik, omdat zij uit zichzelf over deze onderwerpen vertelden. Met behulp van diepte interviews kunnen mensen zelf vertellen wat hen bezighoudt en eigen gekozen ervaringen delen. Zeker de verhalen over specifieke situaties van de respondenten met cliënten heb ik als tekenend ervaren voor de motivatie van de zorgmedewerker. Een nadeel blijft, zoals eerder beschreven, dat er altijd interpretatie en selectie plaatsvindt door zowel de verteller, de onderzoeker als de lezer. Ook ‘passen’ niet alle verhalen in een scriptie en vond ik het een uitdaging om toch een goede representatie te maken van wat in de interviews is besproken.

Aanbeveling

Tot slot rest mij de aanbeveling voor vervolgonderzoek naar de relatie tussen de motivatie van zorgmedewerkers en kwaliteit van zorg. Uit dit explorerend onderzoek blijkt dat de motivatie van de zorgmedewerker een belangrijke rol speelt in het kader van het leveren van kwaliteit van zorg. Deze uitkomst geeft mijns inziens aanleiding voor vervolgonderzoek naar de rol van de motivatie van de zorgmedewerker. Op welke manier kan de motivatie van de zorgmedewerker een rol krijgen in het kader van kwaliteitsbehoud en –verbetering? Met name onderzoek naar de invloed van de werking van het team (*person-group fit*) op de kwaliteit van zorg is een gebied dat interessante resultaten kan opleveren.

Literatuurlijst

Alonso, P., Lewis, G.B. (2001). Public Service Motivation and Job Performance: Evidence from the Federal Sector. *American Review of Public Administration*, 31(4), 363-380.

Boot, J.M.D. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Breejen, E. den, Meurs, P.L., Putters, K. & Meems, J.(2008). *Patiënt centered governance. Een exploratief onderzoek naar de positie en invloed van patiënten en consumenten in de governance van de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brewer, G.A., Selden, S.C. (1998). Whistleblowers in the federal civil service: new evidence of the public service ethic. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3, 413-439

Brewer, G.A., Selden, S.C., Facer, R.L. (2000). Why Elephants Gallop: Assessing and Predicting Performance in Federal Agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(4), 685-711

Chase, S.E. (2005). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 651-681). Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.

Cuyvers, G. (2007). *Zorgen voor kwaliteit. Handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Uitgeverij Lannoo.

Deetz, S. (1996). Conceptual foundations. In F.M. Jablin & L.L. Putnam (Eds.), *The New Handbook of Organizational Communication. Advances in Theory, Research, and Methods* (pp. 3-46). Thousand Oaks: Sage.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring (vol.I), The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Eggink, E., Oudijk, D., Woittiez, I. (2010). *Ramingen van de vraag naar personeel in verpleging en verzorging tot 2030*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau

Gabris, G.T., Simo, G. (1995). Public Sector Motivation as an Independent Variable Affecting Career Decisions. *Public Personnel Management* 24 (1): 33-51

Harteloh, P.P.M., Casparie, A.F. (1991) *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. 's-Gravenhage/Lochem: VUGA/De Tijdstroom (eerste en tweede druk).

Heuvel, van den J. (2005). Marktwerking werkt niet in de zorg. In Palm, I. (Eds), *De zorg is geen markt: een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven* (pp. 53-57). Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP.

IOM, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.

Kedzierski, H. , Vlemmix, M. (2001). *Kwaliteit en beheer: instrumenten voor de manager in de zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kim, S., Vandenabeele, W. (2009) *A Strategy for Building Public Service Motivation Research Internationally*. Indiana: Indiana University.
- King, N, Horrocks, C. (2010) *Interviews in Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Knoke, D., Wright-Isak, C. (1982). Individual Motives and Organizational Incentive Systems. *Research in the Sociology of Organizations, 1*: 209-54.
- Kristof-Brown, A.L., Zimmerman, R.D. and Johnson, E.C. (2005) ‘Consequences of Individuals’ Fit at Work: A Meta-analysis of Person–Job, Person–Organization, Person–Group, Person–Supervisor Fit. *Personnel Psychology, 58*(2): 281-342.
- Labov, W., Waletzky, J. (1967) ‘Narrative analysis’. *Essays on the Verbal and Visual Arts*, ed. J. Helm, 12-44. Seattle: U. of Washington Press. *Reprinted in Journal of Narrative and Life History 7*:3-38, 1997.
- Leisink, P.L.M.; Steijn, A.J. (2009). Public service motivation and job performance of public sector employees in the Netherlands. *International Review of the Administrative Sciences, 75*(1), 35-52.
- Lyons, S.T., Duxbury, L.E., Higgins, C.A. (2006). A comparison of the values and commitment of private sector, public sector and parapublic sector employees. *Public Administration Review 66* (4): 605-618.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2011). *Convenant investeringen langdurige zorg*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2011). *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS.
- Murawski, S. (2011). *Neoliberalisme: een ideeëngeschiedenis*. Internationale Socialisten. Geraadpleegd via <http://socialisme.nu/blog/theoretisch/neoliberalisme-een-ideeengeschiedenis/> Datum raadpleging: 30-07-2012
- Naff, K.C., Crum, J. (1999). Working for America: Does Public Service Motivation Make a Difference? *Review of Public Personnel Administration 19* (3): 5-16.
- Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein*. Bussum: Coutinho
- Normann, R. (1991). *Service Management: Strategy and Leadership in Service Business*. Chichester: John Wiley & Sons. Second edition.
- Normann, R, et al. (1978). *Utvecklingsstrategier for svenskt servicekunnande* (development strategies for Swedish service knowledge). Stockholm: SIAR.
- Pandey, S.K., Stazyk, E.C. (2008) Antecedents and Correlates of Public Service Motivation. In J.L. Perry & A. Hondeghem (Eds), *Motivation in Public Management*. (pp. 101-117). Oxford: Oxford University Press
- Perry, J.L. & L.R. Wise. (1990). The motivational basis of public service. *Public administration Review, 50*: 376-373.
- Perry, L. (1996). Measuring Public Service Motivation: An Assessment of Construct Reliability and Validity. *Journal of Public Administration Research and Theory, 6* (1): 5-22.

- Perry, L. (1997). Antecedents of Public Service Motivation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 7 (2): 181-197.
- Perry, L., Hondeghem, A. (Eds). (2008). *Motivation in Public Management. The call of Public Service*. Oxford: Oxford University Press.
- Plug, P., van Twist, M., Geut, L. (2003). *Sturing van marktwerking: de bestuurlijke gevolgen van liberalisering en privatisering*. Assen: Berenschot Fundatie en Koninklijke Van Gorcum.
- Putters, K., den Breejen, E., Frissen, P.H.A. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Putters, K., Frissen, P.H.A., Foekema, H. (2006). *Zorg om vernieuwing*. Universiteit van Tilburg/TNS NIPO.
- Poiesz, T., Caris, J. (2010). *Zorgmarkt: een strategische analyse*. Deventer: Kluwer.
- Putnam, L., Bantz, C., Deetz, S., Mumby, D., & Van Maanen, J. (1993). Ethnography versus critical theory: Debating organizational research. *Journal of Management Inquiry*, 2, 221-235.
- Rainey, H.G. (1982). Reward Preferences among Public and Private Managers: In Search of the Service Ethic. *American Review of Public Administration*, 16 (4): 288-302.
- Rainey, H.G., Steinbauer, P. (1999). Galloping Elephants: Developing Elements of a Theory of Effective Government Organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 9 (1), 1-32.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. (1990). *Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg*. Den Haag: RGO.
- Riessman, C.K. (1993). *Narrative Analysis*. Qualitative Research Methods Series, No. 30. Newbury Park, C.A.: Sage.
- Riessman, C.K. (2005). *Narrative Analysis. Narrative, Memory & Everyday Life*. University of Huddersfield, Huddersfield, 1-7.
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Smits, J.P.J.M., Droomers, M., Westert, G.P. (2002) *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2010) *Ontwikkeling in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). *Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010: Een bijdrage aan het waarderen en selecteren van informatie ten behoeve van toekomstige archieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Steijn, B. (2006b). Over ambtenaren en hun arbeidsmotivatie. *Bestuurswetenschappen*, 6, 444-466.
- Steijn, B. (2008). Person-environment fit and PSM. *International Public Management Journal*, 1, 13-27.
- Vandenabeele, W. (2007). Towards a theory of public service motivation: an institutional approach. *Public Management Review*. 4, 545-556.

- Verbeek, G. (2002). *De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verbeek, G. (2003). *De cliënt centraal, hoe doen we dat? Coaching van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verbeek, G. (2003). *De cliënt centraal, werkt dat? Praktijkboek vraaggerichte en vraaggestuurde zorg voor zorgverleners*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verkerk, M.A. (2005). Marktwerking werkt niet in de zorg. In Palm, I. (Eds), *De zorg is geen markt: een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven* (pp. 41-46). Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP.
- Walsham, G. (2006). Doing interpretive research. *European Journal of Information Systems*, 15, 320-330.
- Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Koolman, X., Verkleij, H. (2008). *Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Wijnsma, P., Kimpen, J.L.L. (Eds). (2010). *Basics Management voor medici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Wittmer, D. (1991). Serving the People or Serving for Pay: Reward Preferences Among Government, Hybrid Sector, and Business Managers. *Public Productivity and Management Review* 14 (4), 369-383.
- Yanow, D. (2000). *Conducting interpretive policy analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zwieten, M. van & Willems, D. (2004) *Waardering van kwalitatief onderzoek*, Huisarts en wetenschap, 47 (13), 631-635.

Bijlage I: Lijst met algemene vragen

Kwaliteit van zorg

Hoe staat u tegenover de ontwikkelingen die plaatsvinden in de zorg?

Hebben de ontwikkelingen die u noemt invloed op de kwaliteit van zorg?

Kunt u dit toelichten?

Definiëring kwaliteit van zorg

Wat is volgens u kwaliteit van zorg?

Kernaspecten kwaliteit van zorg

Wat valt onder kwaliteit van zorg? Kunt u dit toelichten?

Hulpvragen:

Effectiviteit: Kunt u kwaliteit van zorg verlenen in uw werk?

Vraaggerichtheid: In hoeverre vindt u dat bewoners in de gelegenheid worden gesteld om zelf hun leven in te richten? Kunnen bewoners zelf aangeven hoe en op welk tijdstip zij zorg willen krijgen?

Veiligheid: Voldoet de zorg die verleend wordt aan de veiligheidseisen? Bijvoorbeeld dat bewoners geholpen worden naar het toilet wanneer zij nodig moeten, regelmatig gewassen en gedoucht worden of regelmatig in bed gekeerd worden?

Toegankelijkheid: Krijgen mensen die zorg nodig hebben op tijd zorg?

Het meten van kwaliteit

Wordt kwaliteit van zorg gemeten?

Zo ja, hoe wordt de kwaliteit van zorg gemeten?

Wat zijn volgens u hiervan de consequenties?

Hoe staat u hier tegenover?

4.2 Motieven

Om welke reden bent u in de zorg gaan werken?

Hulpvragen:

Op welke manier bent u in de zorg terecht gekomen?

Wat waren uw verwachtingen van het werk in de zorg?

Zijn deze verwachtingen uitgekomen?

Wat vindt u belangrijk aan het werken in de zorg?

Person-environment fit

Bent u gemotiveerd voor uw werk? Zo ja, licht toe, zo nee, kunt u uitleggen waarom niet?

Hulpvragen:

Uitgaande van uw opleiding, kennis en ervaring, en wat u belangrijk vindt in uw werk, past deze baan dan bij u?

Vindt de organisatie hetzelfde belangrijk als wat u belangrijk vindt? Zo ja, licht toe, zo nee, waaraan ligt dat?

Bent u bereid om u extra in te zetten voor de organisatie? Ook al zou dit voor u niet goed uitkomen?

Bijlage II: Respondentenlijst

| Respondent | Geslacht | Functie | Leeftijd | Plaats inter view | Datum interview |
|------------|----------|-------------------------|----------|----------------------|-----------------|
| 1 | V | Verpleegkundige | 61 | Openbaar | 31-05-2012 |
| 2 | M | Algemeen zorgmedewerker | 53 | Bij respondent thuis | 4-06-2012 |
| 3 | V | Algemeen zorgmedewerker | 52 | Bij respondent thuis | 4-06-2012 |
| 4 | M | Algemeen zorgmedewerker | 19 | Openbaar | 4-06-2012 |
| 5 | M | Algemeen zorgmedewerker | 47 | Openbaar | 5-06-2012 |
| 6 | V | verpleegkundige | 50 | Werk | 5-06-2012 |
| 7 | M | Algemeen zorgmedewerker | 21 | Openbaar | 6-06-2012 |
| 8 | M | Speciaal zorgmedewerker | 45 | Openbaar | 7-06-2012 |
| 9 | V | Verpleegkundige | 42 | Werk | 8-06-2012 |
| 10 | V | Algemeen zorgmedewerker | 19 | Openbaar | 9-06-2012 |
| 11 | V | Verpleegkundige | 47 | Openbaar | 11-06-2012 |
| 12 | V | Algemeen zorgmedewerker | 60 | Werk | 15-06-2012 |
| 13 | V | Speciaal zorgmedewerker | 26 | Werk | 15-06-2012 |
| 14 | V | Verpleegkundige | 27 | Werk | 20-06-2012 |
| 15 | V | Algemeen zorgmedewerker | 44 | Openbaar | 21-06-2012 |
| 16 | V | Verpleegkundige | 38 | Bij respondent thuis | 21-06-2012 |

Toelichting: De speciaal zorgmedewerker is een algemeen zorgmedewerker maar is speciaal aangenomen om de belangen van de cliënt te behartigen. Zo houdt de speciaal zorgmedewerker zich in het bijzonder bezig met de specifieke zorgvraag van de cliënt, de geschiedenis van de cliënt en het contact met de familie.