



BESTUURS- EN  
ORGANISATIEWETENSCHAP

WMO & THUISZORG



Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg? | H. B. Draaijer

Deventer, 23 april 2010

Beste lezer,

Voor u ligt de bachelorscriptie die ik heb geschreven heb ter afsluiting van de leerkring Bestuur en Beleid. Het vormt daarbij tevens de afsluiting van mijn bachelor Bestuurs- en Organisationswetenschap aan de Universiteit Utrecht.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van deze scriptie heb ik veel geleerd. Niet alleen over de Wmo en de thuiszorg ben ik veel te weten gekomen, maar ook over het doen van onderzoek en mijzelf. Ik heb het niet altijd makkelijk gehad; wanneer het tegen zat was het voor mij soms lastig om verder te gaan. Op het feit dat er nu toch een, naar mijn mening, mooi resultaat voor u ligt ben ik dan ook erg trots.

Natuurlijk heb ik dit niet alleen gedaan, er zijn een aantal mensen die ik wil bedanken voor hun hulp. Allereerst wil ik Irma Deijk bedanken, zij heeft mij erg geholpen door snel en enthousiast te reageren op mijn vraag om interviews te houden bij Trimenzo. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken voor hun tijd en de verhalen die zij hebben verteld. Hierdoor kreeg ik niet alleen veel informatie, maar ook veel energie om van deze scriptie een mooi stuk te maken.

Ook wil ik Monique van Aken bedanken, zij heeft kritisch gekeken naar de manier waarop ik mijn scriptie geschreven heb. Als er nog schrijf- of spellingfouten in mijn scriptie te vinden zijn, dan heeft dat in ieder geval niet gelegen aan de aandacht die zij eraan heeft besteed.

Waar ik, naast het houden van de interviews, veel plezier aan heb beleefd zijn de bijeenkomsten met de sub- en focusgroep. Deze bijeenkomsten waren altijd gezellig maar ook leerzaam. Tot slot wil ik mijn begeleidster Aline Bos bedanken die, ondanks dat ik zelf af en toe niet alle vertrouwen had in mijn onderzoek, wel vertrouwen in mij liet blijken.

Nadie Draaijer

Universiteit Utrecht

Bestuurs- en Organiseringswetenschap

Leerkring Bestuur en Beleid (USG3160)

Studentnummer: 3276201

Vakdocent: A. Bos Msc

april 2010

# Inhoudsopgave

Inleiding .....	7
1.1 Achtergrond.....	7
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Vraagstelling .....	9
1.4 Relevantie van het onderzoek.....	10
1.5 Definitie thuiszorg .....	11
1.6 Onderzoeksorganisatie.....	11
1.7 Leeswijzer .....	12
Theorie .....	13
2.1 Wat is kwaliteit van dienstverlening? .....	13
2.1.1 Dienstverlening.....	13
2.1.2 Middelen van dienstverleners.....	14
2.1.3 Dienstverlenende organisaties.....	14
2.1.4 Twee perspectieven op kwaliteit van dienstverlening.....	14
2.1.5 Het kwaliteitskundige perspectief op het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening .....	15
2.1.6 Het veranderkundige perspectief op het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening.....	16
2.1.7 Conclusie .....	17
2.2 Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg bepaald? .....	17
2.2.1 De belangrijkste kwaliteitsdomeinen in de publieke gezondheidszorg .....	18
2.2.2 Het perspectief van de overheid op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg.....	18
2.2.3 Het perspectief van het management van de thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg .....	20
2.2.4 Het perspectief van de medewerker van een thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg .....	21
2.2.5 Het perspectief van de cliënt van een thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg .....	22

2.2.6 Conclusie .....	23
2.3 Wat kan, aan de hand van de kenmerken die de Wmo heeft, verwacht worden ten aanzien van de invloed van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg? .....	24
2.3.1 Kenmerken van de Wmo .....	24
2.3.2 Mogelijke invloed van de kenmerken van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg .....	25
2.3.3 Conclusie .....	26
2.4 Conclusie .....	26
Empirie .....	29
3.1 Methoden en technieken .....	29
3.1.1 Dataverzameling .....	29
3.1.2 Operationalisatie .....	31
3.1.3 Data-analyse .....	31
3.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid .....	31
3.2 Analyse van de data .....	32
3.2.1 Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening worden in de thuiszorg van belang geacht? .....	32
3.2.2 Hoe wordt de Wmo getypeerd door verschillende bij de Wmo betrokken actoren binnen de thuiszorg? .....	38
3.2.3 Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg? .....	44
3.3 Discussie .....	48
Conclusie .....	50
Literatuurlijst .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
Bijlagen .....	56
1 Prestatievelden van de Wmo .....	56
2 Topiclijst medewerkers thuiszorg .....	56
3 Topiclijst management en kwaliteitsmedewerker thuiszorg .....	57
4 Topiclijst cliënt thuiszorg .....	58

5 Topiclijst gemeentefunctionaris Wmo .....	59
---	----

# Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst de achtergrond geschetst waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Vervolgens worden de probleem- en vraagstelling van dit onderzoek uiteengezet, waarna de relevantie van het onderzoek wordt behandeld en een definitie van thuiszorg wordt gegeven. Dit hoofdstuk wordt daarna afgesloten met informatie over de organisatie waarbinnen het empirisch deel van dit onderzoek is verricht en een leeswijzer voor het vervolg van deze scriptie.

## 1.1 Achtergrond

In deze paragraaf wordt het domein besproken waarbinnen dit onderzoek verricht is. Dit om vervolgens uit te kunnen leggen waarom dit domein de aandacht krijgt en het vraagstuk dat de inzet is voor dit onderzoek te kunnen introduceren.

Het zorgstelsel in Nederland is recent veranderd. In deze paragraaf wordt eerst uitgelegd waar deze verandering vandaan komt. Daarna worden de redenen die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (in het vervolg aangeduid als VWS) geeft voor deze verandering kort uiteengezet. Daarna zal voornamelijk gaan over één nieuwe wet binnen het herziene zorgstelsel, namelijk de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (voortaan aangeduid als Wmo). Na de inhoudelijke behandeling van deze wet wordt ingegaan op de rol van de Wmo binnen het nieuwe zorgstelsel. Vervolgens zullen de gevolgen voor de verschillende, bij de Wmo betrokken, instanties worden uitgelegd. Dit onderzoek, en ook het vervolg van het onderzoeksrapport, zal gaan over de gevolgen van de invoering van de Wmo voor de kwaliteit van dienstverlening die thuiszorg levert.

Het voornaamste doel van de hervorming van het zorgstelsel was te voorkomen dat de kosten van de zorg nog hoger zouden worden. In zowel 2001 als in 2002 stegen de kosten van de gezondheidszorg bijvoorbeeld met minimaal tien procent per jaar (van der Kwast, 2005). In 2003 was het aandeel van de uitgaven voor de gezondheidszorg gestegen tot 9,3 procent van het bruto binnenlands product, terwijl dit in Europa gemiddeld 8,1 procent bedroeg (Schaapman). De Nederlandse regering ervoer druk uit Brussel om het zorgstelsel te herzien.

De groeiende vraag naar zorg komt met name door twee oorzaken: de vergrijzing en de snelle technologische vooruitgang op medisch gebied. Het verbeteren van de technologie kan enerzijds betekenen dat de productiviteit hoger wordt en dus de kostprijs lager. Anderzijds kan dit juist ook de prijs opdrijven van de zorg; ziekenhuizen willen bijvoorbeeld de meest moderne middelen tot hun beschikking hebben. Dit komt de patiënten natuurlijk ten goede, maar doet de kosten van een behandeling enorm verhogen (van der Kwast, 2005). Daarbij leven mensen, door de verbeterde behandelingen, langer, wat de vergrijzing weer vergroot.

Het ministerie van VWS gaf naast bovenstaande redenen, met betrekking tot het toegenomen beroep op zorg en de sterk groeiende uitgaven, nog drie andere redenen voor de herziening van het zorgstelsel. Ten eerste moest er een eind worden gemaakt aan de onduidelijkheid voor burgers wanneer het gaat om zorg. In de wetten moest goed duidelijk worden wie waarvoor verantwoordelijk is. Ten tweede was het ministerie gericht op een systeem waarin mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit door verschillende zorg- en ondersteuningsfuncties samenhang te laten vertonen en aanwezig te laten zijn in de directe omgeving van mensen. Daarbij

werd beoogd de eigen verantwoordelijkheid van burgers en instanties in deze te stimuleren. Ten derde werd groeiende druk op de arbeidsmarkt binnen de zorg als reden genoemd (Peer, 2005).

Sinds 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel in fasen in werking gesteld. Het zorgstelsel heeft vorm gekregen met oog op de hierboven genoemde redenen. Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt onderscheid gemaakt tussen curatieve zorg (zorg van kortdurende aard, gericht op herstel (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2007)), zware langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

De drie wetten die het nieuwe zorgstelsel vormgeven zijn:

- ◆ de nieuwe Zorgverzekeringswet voor de curatieve zorg;
- ◆ een aangepaste AWBZ voor de zware zorg, en
- ◆ de Wmo, gericht op maatschappelijke ondersteuning (Peer, 2005).

Door middel van deze drie wetten wil de overheid een sluitend aanbod bieden voor zorg en welzijn, waarbij, zoals hiervoor al aangegeven, wordt uitgegaan van een grotere verantwoordelijkheid voor alle betrokkenen.

1 januari 2007 is de Wmo in werking getreden. De zorg en begeleiding die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren, wordt in deze wet geregeld. Concreter richt de Wmo zich op het bieden van zorg als mensen daar zelf niet in kunnen voorzien, het bieden van ondersteuning aan mensen die zich niet zelf kunnen redden en het stimuleren van mantelzorg en vrijwilligerswerk. In de Wmo zijn negen algemene prestatievelden benoemd waarop gemeenten verplicht zijn beleid te voeren. Deze zijn te vinden in de bijlage. De prestatievelden zijn gebieden van maatschappelijke ondersteuning waarop concrete prestaties van gemeenten verwacht worden en waarop burgers hun lokale bestuurders kunnen aanspreken. Welke voorzieningen op de beleidsterreinen worden gerealiseerd is aan de gemeenten, zij hebben hierbij ruime beleidsvrijheid. Een voordeel is dat lokaal maatwerk hierdoor mogelijk wordt. Een nadeel kan zijn dat er grote verschillen tussen gemeenten kunnen ontstaan. Op beleidsniveau zijn beslissingen aan te vechten middels de gemeenteraad en de lokale politiek. Op individueel niveau is het mogelijk beroep te doen op de Algemene Wet Bestuursrecht (Peer, 2005).

De gemeenten hebben hun verantwoordelijkheid met betrekking tot de zorg de laatste jaren dus flink zien groeien. Zij zijn verantwoordelijk geworden voor het voorzieningenaanbod binnen de gemeente en hebben een regierol gekregen binnen de Wmo. Dit betekent dat de gemeente elke vijf jaar bepaalt uit welke zorgaanbieders de burger kan kiezen, wanneer deze burger door de gemeente is geïndiceerd als zorgbehoevende.

Maar het doel van de Wmo was niet alleen de gemeenten een grotere verantwoordelijkheid te laten hebben, ook andere instanties en individuen hebben een grotere verantwoordelijkheid gekregen. Deze vergrote verantwoordelijkheid zorgt ervoor dat de marktwerking binnen de zorg veel meer aanwezig is. Burgers hebben de rol van een kritische consument moeten aannemen, wat zich uit in het maken van een bewuste keuze voor een zorgverzekeringspolis en het nemen van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Verzekeraars zijn hierdoor in een concurrentiepositie gekomen ten opzichte van elkaar. De Wmo dwingt ook zorgverleners kwalitatief goede zorg te leveren tegen een aantrekkelijke prijs. Tot slot is de rol van de overheid er één geworden die de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg dient te bewaken (Peer).



Zo houdt de Inspectie van de Gezondheidszorg (de IGZ), als onderdeel van het Staatstoezicht Volksgezondheid, toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg en wordt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en zorgspecifieke markten uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa) (Besouw & Noordman, 2005).

## 1.2 Probleemstelling

Het voornaamste doel van de invoering van de Wmo was, zoals hierboven uiteengezet, te voorkomen dat de kosten van de zorg nog hoger zouden worden dan ze al waren. De Wmo zou hiervoor moeten zorgen door met name de verschillende betrokken actoren; gemeenten, burgers, verzekeraars, zorgverleners en de overheid, meer verantwoordelijkheid toe te kennen.

Doordat de gemeente verantwoordelijk is geworden voor maatschappelijke ondersteuning wordt beleid gemaakt op een veel niveau veel dichterbij de burger. Nu de gemeente het voorzieningenaanbod van de zorg op zich neemt en de prijs van de zorg wordt meegenomen in deze afweging, dienen zorgverleners meer dan ooit te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg die zij leveren. De vraag die vervolgens kan worden gesteld is wat de invloed is van deze verandering nu eigenlijk is op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt.

Dit onderzoek zal dieper ingaan op dit vraagstuk. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook als volgt: 'Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg?'

De reden dat is gekozen voor de thuiszorg is omdat dit één van de meest belangrijke velden is waar de Wmo toepassing op heeft. Nederland telde 1 januari 2009 bijna 2,5 miljoen 65-plussers, wat 15,2% van de totale bevolking was op dat moment. 631.069 van deze 2,5 miljoen waren 80 jaar of ouder. Deze aantallen zullen de komende jaren blijven stijgen. In 2040 is naar verwachting 23,6% van de bevolking 65 jaar of ouder (Centraal Bureau voor de Statistiek: 2009). Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt dat door de vergrijzing de vraag naar een verblijf in verpleeg- of verzorgingstehuis tot 2030 zal groeien met 40% en de vraag naar thuiszorg met 32% (Sociaal en Cultureel Planbureau: 2009). Wanneer de thuiszorg van goede kwaliteit is, is dit positief voor zowel de groeiende druk op de arbeidsmarkt als de stijgende kosten van de zorg; zelfs intensieve thuiszorg is in de meeste gevallen nog goedkoper dan een verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis.

## 1.3 Vraagstelling

Zoals hiervoor al is geïntroduceerd, is de volgende vraag leidend voor dit onderzoek:

*Op welke wijze heeft de Wet Maatschappelijke Ondersteuning invloed op de kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg?*

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn er verschillende deelvragen opgesteld: theoretische en empirische. Deze deelvragen staan hieronder beschreven.

Theoretische deelvragen:

- ◆ Wat is kwaliteit van dienstverlening?
- ◆ Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg bepaald?

- ◆ Wat kan, aan de hand van de kenmerken die de Wmo heeft, verwacht worden ten aanzien van de invloed van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg?

Empirische deelvragen;

- ◆ Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening worden in de thuiszorg van belang geacht?
- ◆ Hoe wordt de Wmo getypeerd door verschillende bij de Wmo betrokken actoren binnen de thuiszorg?
- ◆ Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg?

De theoretische deelvragen worden beantwoord in het volgende hoofdstuk, Theorie. De empirische deelvragen worden beantwoord in het hoofdstuk dat daar op volgt, het hoofdstuk Empirie.

## 1.4 Relevantie van het onderzoek

In dit onderzoek wordt kritisch gekeken naar het effect dat de Wmo heeft op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg en tracht dit effect te verklaren. Het onderzoek biedt inzicht in de manier waarop verschillende partijen die te maken hebben met de thuiszorg: zorgontvangers, zorgverleners en het management van thuiszorgverlenende organisaties, de kwaliteit van dienstverlening beoordelen en de invloed van de Wmo hierop zien. Er zal duidelijkheid ontstaan over eventuele discrepanties hiertussen en de redenen waarom de kwaliteit van dienstverlening en de invloed van de Wmo op een bepaalde manier wordt beoordeeld door verschillende partijen. Wellicht dat hierdoor de kwaliteit van dienstverlening en de toepassing van de Wmo in de thuiszorg verbeterd zou kunnen worden. Zoals in paragraaf 1.2 is uitgelegd, is dit van belang voor het volbrengen van een van de belangrijkste doelstellingen van de Wmo: het verlagen van de kosten in de gezondheidszorg, en daarmee het slagen van de Wmo zelf. Er zou gesteld kunnen worden dat het onderzoek de toepassing van de Wmo in de thuiszorg evalueert, maar deze evaluatie is niet te generaliseren (zie hoofdstuk Empirie).

Vanuit maatschappelijk perspectief is dit onderzoek dus relevant, maar ook vanuit wetenschappelijk perspectief heeft dit onderzoek relevantie. Ten eerste is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar het effect van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Daarnaast wordt onderzocht hoe in de wetenschappelijke literatuur de perspectieven van verschillende actoren op de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg beschreven staan. Ook wordt de Wmo gedefinieerd aan de hand van de kenmerken die de nieuwe wetgeving heeft en wordt er vanuit de literatuur een verwachting opgesteld ten aanzien van de mogelijke effecten van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Tot slot raakt het onderwerp van dit onderzoek veel verschillende begrippen uit de bestuurs- en organisatiewetenschap. Zo is de Wmo het gevolg van een verschuiving in de verhouding markt, staat en civil society: de staat treedt terug waardoor de marktwerking in de zorg meer kans krijgt en er wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Daarnaast hangt de kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg nauw samen met good governance, goed bestuur, in de zorg (zie ook het hoofdstuk Theorie).

## 1.5 Definitie thuiszorg

Voor het begrip thuiszorg zijn vele definities in omloop. Sommigen gebruiken de term voor werkelijk geleverde zorg door professionelen thuis, anderen daarentegen noemen alle zorg voor de niet opgenomen patiënt thuiszorg (Schade e.a. in Bijsterveld, 2001: 15).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft een heel algemene definitie voor thuiszorg: zorg zonder verblijf, zorg voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben of hulp bij de huishouding. Als doel van zorg zonder verblijf noemt het ministerie de cliënt te ondersteunen bij zijn zelfstandigheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009), wat overeenkomt met één van de doelstellingen van de Wmo: een zorgsysteem oprichten waarin mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen (zie paragraaf 1:1, achtergrond).

Van Delden, Hertogh en Manschot geven een meer specifieke definitie van thuiszorg. Thuiszorg wordt door hen opgevat als: ondersteunende zorg, gericht op behoud van zelfstandigheid en preventie van institutionalisering. Deze zorg kan – voor zover zij wordt geboden door professionals – uit drie elementen bestaan:

- technologische zorg in de vorm van hulpmiddelen zoals aanpassing van de omgeving, sociale alarmering, verpleegmiddelen, medische apparatuur;
- huishoudelijke en lichamelijke verzorging en verpleging ('thuiszorg' in engere zin);
- behandeling, gericht op stabilisering, preventie van functieverlies en behoud van sociale participatie (van Delden, Hertogh & Manschot, 1999: 158).

Onder de noemer 'thuiszorg' vallen dus meerdere typen zorg. Wanneer in deze scriptie wordt gesproken over de term thuiszorg, wordt daarmee altijd alleen huishoudelijke hulp bedoeld. De reden hiervoor is dat alleen de huishoudelijke hulp onder de Wmo valt en wordt betaald door de gemeente. Andere vormen van zorg zonder verblijf, zoals verzorging en verpleging, zijn geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (CZ, 2010).

## 1.6 Onderzoeksorganisatie

De organisatie waar het empirische deel van dit onderzoek heeft plaatsgevonden is de stichting Trimenzo. Deze stichting levert op drie plekken zorg aan mensen: het levert zorg aan de mensen die woonachtig zijn in één van de drie zorgcentra die de stichting bezit; aan de mensen die woonachtig zijn in de aanleunwoningen, en aan mensen die nog thuis wonen. De thuiszorg wordt geleverd onder de noemer 'Zorg aan Huis'. Binnen deze tak heeft de stichting anno 2010 265 cliënten die vanuit de Wmo huishoudelijke verzorging krijgen en 180 cliënten die vanuit de AWBZ thuiszorg, verpleging, verzorging of begeleiding ontvangen.

De organisatie is gelegen in de gemeente Voorst, een relatief kleine gemeente in Gelderland, die 1 januari 2010 23.781 inwoners telde (CBS, 2010). In de gemeente Voorst zijn vijf zorgaanbieders geselecteerd die vanuit de Wmo huishoudelijke verzorging (type 1 en 2) mogen leveren. Trimenzo is daarbij als eerste geselecteerd.

De visie van Trimenzo wordt gevormd door de volgende elementen: kwaliteit, nabijheid, verantwoord ondernemerschap en goed werkgeverschap. De missie en visie van de organisatie worden kernachtig samengevat in het motto: 'deskundig en dichtbij'. De organisatie heeft als ambitie

de grootste zorgaanbieder te worden in de gemeente Voorst, maar is niet van plan buiten deze gemeente zorg aan te gaan bieden om de zorg blijvend 'dichtbij' te kunnen laten zijn.

Bij het opstellen van het kwaliteitmanagementsysteem is het kwaliteitssysteem van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) als uitgangspunt genomen. In juni 2006 heeft Trimenzo het officieel erkende HKZ-certificaat voor het eerst mogen ontvangen, wat destijds werd uitgereikt aan slechts 27 van de 1100 verzorgingshuizen in Nederland. Ook drie jaar later, in 2009, heeft de organisatie dit certificaat gekregen (Trimenzo, 2010).

## 1.7 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen die in paragraaf 1.3 aan bod zijn gekomen. Aan het eind van het hoofdstuk wordt in de conclusie de oogst van het theoretische deel van dit onderzoek benoemd. Daarnaast wordt uiteengezet op welke manier de theorie een basis vormt voor het empirische deel van dit onderzoek.

In het hoofdstuk dat daarop volgt wordt het empirisch deel van dit onderzoek behandeld. Eerst wordt ingegaan op de methoden en technieken die voor dit onderzoek worden gehanteerd. De dataverzameling, operationalisatie, data-analyse, validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek komen daarbij aan bod. Vervolgens wordt de analyse van de data zelf gegeven, waarbij de empirische vragen uit paragraaf 1.3 worden beantwoord. Het hoofdstuk Empirie wordt afgesloten met een discussie.

Deze scriptie wordt afgesloten met een conclusie waarbij op het empirische deel van dit onderzoek wordt gereflecteerd met behulp van de resultaten uit het theoretische deel. Daarbij vindt een reflectie op het onderzoek plaats.

# Theorie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste begrippen uit de vraag die leidend is voor dit onderzoek: *‘Op welke wijze heeft de invoering van de Wmo effect op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg en hoe is dit te verklaren?’* gedefinieerd en geoperationaliseerd aan de hand van de volgende theoretische deelvragen:

- ◆ Wat is kwaliteit van dienstverlening? (paragraaf 2.1)
- ◆ Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg bepaald? (paragraaf 2.2)
- ◆ Wat kan, aan de hand van de kenmerken die de Wmo heeft, verwacht worden ten aanzien van de invloed van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg? (paragraaf 2.3)

De oogst van het theoretisch kader wordt benoemd in de conclusie van dit hoofdstuk (paragraaf 2.4). In deze paragraaf wordt ook uitgelegd hoe dit hoofdstuk een basis vormt voor het empirisch onderzoek.

## 2.1 Wat is kwaliteit van dienstverlening?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal eerst worden toegelicht wat dienstverlening is, waar dienstverlenende organisaties tegenwoordig mee te maken hebben en welke middelen zij hebben om diensten te verlenen. Daarna zal worden ingegaan op twee belangrijke perspectieven op de verbetering van kwaliteit van dienstverlening.

### 2.1.1 Dienstverlening

Bij elke vorm van dienstverlening wordt een activiteit of reeks aan activiteiten verricht, drie soorten activiteiten kunnen worden onderscheiden:

- routinematige activiteiten: kortdurende, zich steeds herhalende activiteiten met een bekend resultaat en beheersbaar proces, zoals bijvoorbeeld het verstrekken van maaltijden bij mensen thuis;
- planmatige activiteiten: reeks van tevoren qua inhoud en volgorde bekende, zich niet-herhalende activiteiten, met min of meer bekende (tussen)resultaten en een goed te faseren proces, zoals bijvoorbeeld een revalidatieproces;
- improvisatie-activiteiten: reeks van niet voorgenomen, opeenvolgende, overwegend korte activiteiten, met onbekende (tussen)resultaten en een onvoorspelbaar proces (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 394), zoals bijvoorbeeld een intakegesprek.

Elk van bovenstaande typen activiteiten vindt plaats binnen de thuiszorg. Dienstverlening kan daarom als volgt worden gedefinieerd; ‘een proces dat bestaat uit een reeks van min of meer ontastbare activiteiten die normaal gesproken, maar niet altijd, plaatsvinden in interactie tussen klanten en servicepersoneel en/of fysieke resources of goederen en/of systemen van de

dienstverlener, die worden geleverd als oplossingen voor problemen van klanten' (Grönroos in Lemmens, 2003: 387).

Zoals in deze definitie beschreven staat, is een belangrijk kenmerk van dienstverlening dat er sprake is van ontastbare activiteiten. De activiteiten worden ontastbaar genoemd omdat ze een abstract karakter hebben en moeilijk grijpbaar zijn. Om een zinvol oordeel over een dienst te kunnen geven, moet je de dienst hebben ervaren. Deze ontastbaarheid heeft onder andere als gevolg dat de klant vaak relatief veel moeite zal hebben de dienst naar waarde te schatten. Ook achteraf is soms onduidelijk wat de kwaliteit van een dienst is (van der Aa & Elfring, 2003: 13).

## 2.1.2 Middelen van dienstverleners

Een andere manier om onderscheid te maken tussen verschillende soorten dienstverlening is op grond van het middel waarmee diensten door de dienstverlener verleend worden:

- materiegebonden dienstverlening: fysieke middelen worden aangewend om effecten te bereiken, zoals bijvoorbeeld het verschonen van linnengoed;
- gegevensgebonden dienstverlening: de dienstverlener verstrekt informatie om cognitieve effecten te bereiken (kennis, inzicht), zoals bijvoorbeeld het geven van voorlichting over medicijngebruik;
- interactiegebonden dienstverlening: een dialoog moet worden gevoerd om bij de cliënt sociaalpsychologische effecten te bereiken (erkenning, vertrouwen, respect), zoals bijvoorbeeld het geven van steun, hulp of begeleiding bij onzekerheid of spanning (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 393-395).

Zoals al te zien is aan de voorbeelden die hierboven beschreven staan, is ook elk type een middel waarmee diensten kunnen worden verleend terug te zien in de thuiszorg.

## 2.1.3 Dienstverlenende organisaties

Dienstverlening wordt voor het grootste deel verricht door organisaties. Deze organisaties zijn altijd kwetsbaar voor kritiek van buitenaf (Hasenfeld in Gastelaars, 2006: 9). Dit heeft te maken met verschillende factoren. Ten eerste is het een feit dat 'voor mensen werken' eigenlijk altijd ingewikkeld is en vaak leidt tot morele implicaties. Daarnaast richten de media zich vaak op dingen die er fout gaan binnen dienstverlenende organisaties, vanwege het feit dat 'iedereen' zich in de klant kan verplaatsen (Fairclough & van Ginneken in Gastelaars, 2006: 9). Ten derde worden dienstverlenende organisaties steeds vaker aangesproken op de maatschappelijke gevolgen van hun handelen; behalve winst tellen ook de gevolgen van hun acties voor de mensen en voor het milieu (Leisink in Gastelaars, 2006: 10).

Dienstverlenende organisaties moeten steeds meer rekening houden met verwachtingen van buitenaf en moeten concurreren met andere organisaties. Dit doen zij natuurlijk door de kwaliteit van hun dienstverlening zo hoog mogelijk te laten zijn.

## 2.1.4 Twee perspectieven op kwaliteit van dienstverlening

Kwaliteit wordt door Vinkenburg benoemd als een 'vague concept'. Het kan niet worden gedefinieerd. In de interactiegebonden dienstverlening, die deel uitmaakt van de thuiszorg, verwijst

het begrip kwaliteit niet naar een ding of een eigenschap daarvan, maar naar een aspect van een gebeurtenis of ontmoeting van betrokkenen (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 395).

Het proces van verbeteren van dienstverlening kan worden gezien vanuit twee elkaar aanvullende invalshoeken: de kwaliteitskundige en de veranderkundige (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 395). In de kwaliteitskunde wordt het verbeteren van de dienstverlening gezien als een proces van variatiereductie in producteigenschappen en procesparameters. Er worden technieken gebruikt als statistische procesbeheersing en principes als 'meten is weten'. Het veranderkundige perspectief richt zich daarentegen op het verbeteren van interacties, door middel van een dialoog (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 410). Beide perspectieven op het verbeteren van dienstverlening worden nu toegelicht.

### 2.1.5 Het kwaliteitskundige perspectief op het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening

In de kwaliteitskundige literatuur wordt kwaliteit van dienstverlening over het algemeen gezien vanuit het perspectief van de klant (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 406). Vaak wordt uitgegaan van de gedachte dat kwaliteit moet worden gezien als de verhouding tussen datgene wat klanten (mogen) verwachten en datgene wat ze uiteindelijk ervaren.

Doordat dienstverleners meer rekening moeten houden met allerlei verwachtingen van buitenaf, wordt er steeds meer aangedrongen op rationalisering van processen. Dit leidt tot een paradox want de rationalisering van processen, die onder de noemer van 'Nieuw Service Management' of 'Nieuw Publiek Management' (Grönroos, Normann, McLaughlin & Noordegraaf in Gastelaars, 2006: 10) wordt doorgevoerd, is voorgesteld vanuit een streven naar grotere transparantie en vooral grotere klantgerichtheid (Gastelaars, 2006: 10).

Het toonaangevende en vaak gebruikte 'SERVQUAL'-onderzoek naar kwaliteit van dienstverlening past goed binnen deze ontwikkeling. Dit onderzoek richt zich op het belang van vijf verschillende dimensies van kwaliteit van dienstverlening: tastbare aspecten, invoelend vermogen, zekerheid, reactievermogen en betrouwbaarheid (van der Aa & Elfring, 2003: 51-52). Uit dit onderzoek blijkt dat betrouwbaarheid als kenmerk van een dienst als het meest belangrijk wordt ervaren door een klant. Onder betrouwbaarheid wordt daarbij het volgende verstaan: 'the ability to perform the promised service dependably and accurately' (Zeithaml in van der Aa & Elfring, 2003: 15). Wanneer een dergelijk onderzoek is uitgevoerd, worden de kwaliteitsdimensies vaak gebruikt als kwaliteitskenmerken waarbij voor elk kenmerk een voorbeeld wordt gegeven van een indicator en een doelstelling. Zo kan de betrouwbaarheid van de Nationale Spoorwegen bijvoorbeeld worden gemeten aan de punctualiteit van het vertrek van de treinen. Een bijbehorende doelstelling kan bijvoorbeeld zijn dat minimaal 91% van de treinen op tijd vertrekt (van der Aa & Elfring, 2003: 62-63).

Diensten worden in het kwaliteitskundige perspectief gezien als activiteiten die gemakkelijk kunnen variëren in kwaliteit. Deze veelvormigheid, ook wel heterogeniteit genoemd, hangt nauw samen met drie kenmerken van diensten:

- ◆ De intensiviteit van de interacties met klanten. Een belangrijk aspect van dienstverlening is dat het vrijwel altijd plaatsvindt in directe interactie met de klant. De klant wordt vrijwel

altijd geacht een bijdrage te leveren aan en invloed uit te oefenen op het eindresultaat, dat kan variëren van klein tot groot (van der Aa & Elfring, 2003: 16). Hoe groter de rol van de klant, hoe groter ook zijn invloed op de dienstverlening en de kwaliteit daarvan.

- ◆ De grootte van de rol van het personeel. Wanneer medewerkers van een dienstverlenende organisatie een relatief belangrijke en omvangrijke rol spelen, kunnen wisselingen in kwaliteit relatief groot zijn.
- ◆ De mate van standaardisatie van taken en activiteiten. Wanneer taken weinig gestandaardiseerd zijn, kan het zo zijn dat er onvoldoende richting wordt gegeven aan het gedrag van medewerkers en daardoor het verschil in kwaliteit van de dienst groot is (van der Aa & Elfring, 2003: 21-22).

Deze veelvormigheid van diensten wordt binnen het kwaliteitskundige perspectief voornamelijk als negatief beschouwd; de veelvormigheid van diensten kan gemakkelijk leiden tot problemen met betrekking tot doelmatigheid en betrouwbaarheid. Schommelingen in prestaties kunnen leiden tot een wisselende kwaliteit en efficiency (van der Aa & Elfring, 2003: 21), wat moet worden tegengegaan met behulp van onderzoeken en doelstellingen zoals in bovenstaand voorbeeld beschreven staat.

Bij materie- en gegevensgebonden dienstverlening kunnen deze technieken en principes worden gebruikt maar de vraag is of dit ook kan bij het verbeteren van interactiegebonden dienstverlening (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 395).

### **2.1.6 Het veranderkundige perspectief op het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening**

Bij het verbeteren van interactiegebonden dienstverlening gaat het om attitudeverandering en interactieverbetering. De technieken en principes die worden gehanteerd in het kwaliteitskundige perspectief houden hier geen stand. Bij metingen aan materie en gegevens worden bepaalde aspecten van een object gemeten met een maat. Er kunnen objectieve maatstaven worden gebruikt als tijd en aantal. Bij het meten van interacties ligt dit heel anders; het object van de meting is nu een beleefde ervaring, met interactie tussen dienstverlener en klant. Wanneer deze ervaring wordt gemeten, wordt het teruggehaald in een andere interactie, een gesprek tussen klant en onderzoeker. De ervaringen worden nu in tweerichtingsverkeer, een dialoog, gemeten. Hierbij kunnen geen objectieve maatstaven worden aangelegd (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 400).

De kwaliteit van interactiegebonden dienstverlening kan niet worden beoordeeld aan de hand van kenmerken van componenten van die dienstverlening, maar alleen aan de hand van ervaringen met gebeurtenissen. Deze ervaringen en beoordelingen over de kwaliteit van dienstverlening zijn alleen te achterhalen door middel van een goed gesprek (Vinkenburg in Lemmens, 2003: 410-411). Op deze manier zijn kwaliteitverbeteraars (managers en begeleiders) zowel instrument als randvoorwaarde voor de verbetering van kwaliteit van dienstverlening (Vinkenburg, in Lemmens, 2003: 400). Broekhuis sluit hier nauw op aan door het begrip kwaliteit in een dynamisch perspectief te plaatsen. Zij stelt dat het kwaliteitsbegrip wordt geconstrueerd in de dialoog tussen professional en cliënt, kwaliteit moet worden gezien als een sociaal construct (Broekhuis in Lemmens, 2003: 425).



## 2.1.7 Conclusie

Bij dienstverlening gaat het om ontastbare activiteiten, activiteiten die abstract en moeilijk grijpbaar zijn. Daarbij is dienstverlening een gemakkelijk doelwit voor kritiek omdat 'met mensen werken' niet makkelijk is; iedereen zich in klanten van dienstverlening kan verplaatsen en de maatschappelijke gevolgen van dienstverlenend handelen steeds zwaarder tellen. Dienstverlenende organisaties gaan om met deze kritiek en verwachtingen door zware eisen te stellen aan kwaliteit van de diensten die zij leveren. Ook het begrip kwaliteit is een zogenoemd 'vague' concept. Binnen interactiegebonden dienstverlening, zoals in de thuiszorg, verwijst het niet naar een ding of eigenschap daarvan, maar naar een aspect van een gebeurtenis of ontmoeting van betrokkenen. Doordat aan deze twee begrippen op meerdere manieren invulling kan worden gegeven, zullen definities over kwaliteit van dienstverlening altijd algemeen en abstract blijven.

Dienstverlening kan op verschillende manieren worden ingedeeld, bijvoorbeeld aan de hand van de activiteiten waar het om gaat (routinematige, planmatige of improvisatie) of aan de hand van de middelen waarmee de dienst wordt verleend (materie, gegevens of interactie). Afhankelijk van het type dienstverlening, kan er een strategie gekozen worden om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Zo richt het kwaliteitskundige perspectief op het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening zich op variatiereductie in eigenschappen van dienstverlening. Veelvormigheid moet volgens dit perspectief worden tegengegaan door te meten. Het veranderkundige perspectief op het verbeteren van kwaliteit van dienstverlening richt zich daarentegen op het verbeteren van interacties, waarbij kwaliteit wordt gezien als een sociaal construct.

## 2.2 Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg bepaald?

De vraag waar de kwaliteit van dienstverlening door bepaald wordt, kan op verschillende manieren worden beantwoord. Hoe naar kwaliteit van dienstverlening wordt gekeken, is afhankelijk van twee zaken: de context waarin de dienst wordt verleend en het perspectief van waaruit de beoordeling plaatsvindt (Lemmens, 2003: 423). De context waar het binnen dit onderzoek om gaat is helder; de thuiszorg (wat binnen dit onderzoek wordt verstaan onder thuiszorg is te vinden in paragraaf 1.3). Ook binnen de thuiszorg zijn verschillende perspectieven aanwezig van waaruit de beoordeling met betrekking tot de kwaliteit van dienstverlening plaatsvindt. In de (kwaliteitskundige) literatuur wordt kwaliteit van dienstverlening met name gezien vanuit het perspectief van de klant. Maar behalve dat perspectief, zijn er ook nog andere perspectieven op kwaliteit van dienstverlening. Dienstverlening kan bijvoorbeeld ook worden beoordeeld vanuit het perspectief van de dienstverlener zelf (Lemmens, 2003: 423).

Binnen het begrip kwaliteit worden verschillende kwaliteitsdomeinen onderscheiden. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan kwaliteitsdomeinen. Bij het beschrijven en beoordelen van de kwaliteit is het van belang aan te geven welk (organisatie)niveau het betreft.

In deze paragraaf zullen eerst de belangrijkste kwaliteitsdomeinen en een omvattende definitie worden behandeld, waarna de vier belangrijkste perspectieven op kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg achtereenvolgens aan bod komen: het perspectief van de overheid, het management van de thuiszorgorganisatie, de medewerkers van de thuiszorgorganisatie en dat van de cliënt (Evans et al., 2001: 439-446).

## 2.2.1 De belangrijkste kwaliteitsdomeinen in de publieke gezondheidszorg

De kwaliteitsdomeinen voor de publieke gezondheidszorg die het meest voorkomen in de literatuur staan beschreven in de tabel hieronder.

Kwaliteitsdomeinen	Definities
Effectiviteit	De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt.
Tijdigheid	Op het juiste tijdstip aanbieden van (preventieve) zorg en voorkomen van onnodige wachttijden.
Efficiëntie	Zorg die verspilling vermijdt.
Veiligheid	Vermijden van schade bij interventies die bedoeld zijn voor het bevorderen van de gezondheid.
Toegankelijkheid	Personen die zorg nodig hebben, hebben op tijd en zonder grote drempels toegang tot zorgverlening.
Doelgroepgerichtheid	Respecteren van voorkeuren, noden en waarden van doelgroepen en daarnaar handelen.

(De Koning en Hoeijmakers in Bovendeur, 2008)

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is, zoals eerder aangestipt, sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit een actor kijkt. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de kwaliteitsdomeinen. Zo gaat het vanuit het perspectief van de cliënt met name om effectiviteit en doelgroepgerichtheid, terwijl vanuit het perspectief van de zorgverlenende organisatie efficiëntie een belangrijk kwaliteitsdomein is, evenals veiligheid (Bovendeur, 2008). Op de perspectieven van de verschillende actoren zal nu dieper worden ingegaan.

## 2.2.2 Het perspectief van de overheid op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt met name bij het management en de professionals van een zorginstelling. Maar omdat het gaat om een zware verantwoordelijkheid met een breed maatschappelijk belang stelt de overheid, als volksvertegenwoordiger, een aantal voorwaarden en eisen aan de kwaliteitszorg (Kedzierski & Vlemmix, 2001: 27).

De overheid heeft, volgens artikel 22 van de Grondwet, de grondwettelijke taak en verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat iedere Nederlander toegang heeft tot gezondheidszorg van goede kwaliteit. Wat onder gezondheidszorg van goede kwaliteit verstaan wordt, staat onder andere beschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen. In deze wet staat beschreven dat zorgaanbieders verantwoorde zorg moeten aanbieden. Onder verantwoorde zorg wordt zorg verstaan dat van goed niveau is, in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (ministerie van VWS, 1997). De

verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg is voor de overheid niet gemakkelijk omdat de overheid de zorg niet zelf kan leveren; daarvoor is zij aangewezen op (met name) privaatrechtelijke organisaties. Om de kwaliteit van zorg toch te kunnen beheersen, is voor het toezicht en de handhaving van de Kwaliteitswet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ingesteld (Busch, 2008).

Er bestaat een verschil tussen het kijken naar kwaliteit van zorg en het kijken naar kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem, te vergelijken met hoe een bedrijf niet alleen kijkt naar de kwaliteit van zijn producten, maar ook naar bijvoorbeeld de bedrijfsvoering (RIVM, 2008). Omdat de overheid verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem, is vanuit dit perspectief effectiviteit een belangrijk kwaliteitsdomein. Zorg is, zoals hiervoor in de tabel beschreven staat, effectief wanneer geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bewerkstelligd. De doelstellingen verschillen per type zorg. Voor langdurige zorg (het type zorg waar thuiszorg onder valt) hangt de effectiviteit samen met de mate waarin mensen worden ondersteund op een manier waarbij zij zoveel mogelijk het leven kunnen blijven leiden zoals zij dat gewend zijn en de dingen kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden (Arcares, 2005). Door verschillende partijen wordt gesteld dat doelmatigheid in de zorgsector in de toekomst meer aandacht nodig heeft, wil men de kosten van de zorg verminderen en de kwaliteit niet uit het oog verliezen (Westerhout, 2000).

Een ander belangrijk kwaliteitsdomein, gezien vanuit het perspectief van de overheid, is de toegankelijkheid van zorg en de keuzevrijheid van zorg die hier nauw mee samenhangt. Keuzevrijheid in de zorg houdt in dat de cliënt zelf kan kiezen hoe of door wie zorg wordt verleend en tevens voor de manier waarop men voor de bijkomende kosten verzekerd is. Deze keuzevrijheid is om verschillende redenen belangrijk, maar kan alleen worden gerealiseerd wanneer wettelijke en financiële regelingen het maken van keuzes toestaan en er voldoende diversiteit in het aanbod aanwezig is (Verkleij & Westert, 2006).

Om ruimte te laten ontstaan voor zorgaanbieders en –verzekeraars om beter en sneller in te kunnen spelen op de veranderende zorgvraag van de burger, heeft de overheid er steeds meer voor gekozen om verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zoveel mogelijk bij de veldpartijen in de zorg neer te leggen en zelf meer afstand te houden (RVZ, 2009:12). De Wmo is onderdeel van deze trend. Dat dit werkt, is te zien aan het aanzienlijk gestegen aantal zorgaanbieders voor de zorg en de vergrote diversiteit aan thuiszorgaanbieders (IGZ, 2009: 5).

Na een aantal incidenten in de zorg, is de bezorgdheid over de kwaliteit van zorg bij burgers en het parlement echter gegroeid. Op dit moment wordt er door verschillende partijen getwijfeld aan de ingeslagen weg en is de vraag naar meer regels en controle juist weer meer aanwezig (RVZ, 2009: 12). Enerzijds is er dus de vraag naar meer overheidsingrijpen om de kwaliteit van zorg te waarborgen, anderzijds is er juist behoefte aan ruimte voor zorgaanbieders en –verzekeraars om tegemoet te kunnen komen aan de vraag van de burger.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in 2009 een advies uitgebracht over hoe de kwaliteit van zorg beter te waarborgen is in het stelsel van gereguleerde marktwerking. Voorgesteld wordt dat het publieke domein scherper wordt afgegrensd van het private domein, waardoor sturingsmechanismen als overheidsregulering en marktordening consequenter kunnen worden ingezet. Voor het publieke belang dat zorg van goede kwaliteit is, betekent dit dat de overheid basisnormen moet vaststellen waaraan zorgdiensten in ieder geval moeten voldoen. De wijze

waarop zorgaanbieders tot hun prestaties komen, behoort dan tot het private domein. De focus verschuift van beleid, wet- en regelgeving van aanbod en structuur naar prestatie en uitkomsten (RVZ, 2009: 7-11).

### 2.2.3 Het perspectief van het management van de thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg

Het management van een thuiszorgorganisatie heeft een ander perspectief op kwaliteit dan de overheid. Het houdt zich vooral bezig met het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie. Zorginstellingen zijn verplicht gebruik te maken van een dergelijk systeem. In artikel 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen staat beschreven dat zorginstellingen een kwaliteitsmanagementsysteem dienen te hebben en met dat systeem de kwaliteit van zorg moeten bewaken, beheersen en verbeteren. De zorgaanbieder is verplicht systematisch gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en te registreren om de mate waarin de verleende zorg verantwoord is te kunnen toetsen (van Dam, 2004).

Binnen organisaties wordt door middel van het kwaliteitsmanagementsysteem gekeken vanuit het kwaliteitskundige perspectief; meten wordt gebruikt om de kwaliteit te verbeteren. Door middel van normen die gekoppeld zijn aan indicatoren wordt gekeken of doelstellingen worden behaald (van Dam, 2004). Een indicator is in deze context een meetbaar aspect van zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg (Colsen & Casparie, 1995). Om de indicatoren en bijbehorende normen te kunnen gebruiken, moet de organisatie eerst definiëren wat ze precies onder kwaliteit van zorg verstaat. Vaak hangt dit samen met de normen die vanuit de AWBZ worden gesteld (waaraan de organisatie moet voldoen om subsidie te krijgen). Daarbij zijn de normen die de stichting Harmonisatie van Kwaliteit in de Zorgsector (HKZ) voor de zorgsector benoemt (en toetsbaar maakt door middel van certificatieschema's) richtinggevend voor het opzetten van het kwaliteitsmanagementsysteem (van Dam, 2004).

Naast deze normen, die voor elke organisatie uit de thuiszorgsector even belangrijk zijn, bepaalt de zorgverlenende organisatie zelf waar zij de focus op legt wat kwaliteit betreft. Naast het feit dat het kwaliteitsmanagementsysteem wettelijk verplicht is, kan het namelijk uitstekend worden ingezet als strategisch middel (Tomas, 2005). De thuiszorgverlenende organisatie kan zich, door de nadruk te leggen op bepaalde kwaliteitsdomeinen, onderscheiden van andere organisaties en daardoor de positie binnen de sector versterken.

Het is niet voldoende dat het kwaliteitsmanagementsysteem van een organisatie waarborgt dat de kwaliteit van zorg een constante waarde heeft. Het systeem moet tevens helpen de bedrijfsvoering van de organisatie te verbeteren, waardoor het kwaliteitsniveau continu verbetert. Het kwaliteitsmanagementsysteem moet worden gezien als een instrument voor de inrichting en de besturing van de organisatie, waarbij de doelstellingen in het teken staan van de klant (Tomas, 2005). Kwaliteit hangt op deze manier samen met governance in de zorg; goed bestuur door middel van een waarborging van de eigen effectiviteit en resultaatgerichtheid met structurele maatregelen (Bossert, van Leeuwen & Smidt, 2006). Ook de RVZ pleit dat zorginstellingen governance, nadrukkelijker dan nu het geval is, met kwaliteit moeten verbinden. Hier is reden te meer voor, nu zorginstellingen op een grotere afstand van de overheid komen te staan. Daarbij stelt de RVZ dat de cliënt in dit interne governancesysteem een prominente positie zou moeten innemen (RVZ, 2009).

## 2.2.4 Het perspectief van de medewerker van een thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg

De medewerkers van de thuiszorgverlenende organisatie, de professionals, moeten er op de werkvloer voor zorgen dat de door de organisatie opgestelde normen worden behaald. Omdat zij zich op de plek bevinden waar het kwaliteitsmanagementsysteem moet worden waargemaakt, is het van belang ook hun visie op kwaliteit te behandelen. Dit zal in deze paragraaf gebeuren.

Modernisering is de noemer waaronder de verschillende ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren samengaan. Habermas stelt dat dit proces niet per se een positief karakter heeft; het kan namelijk leiden tot een verzelfstandiging van de twee maatschappelijke sferen: de systeemwereld en de leefwereld. Waar in de systeemwereld economische en bestuurlijke logica domineren en prestaties, voorspelbaarheid en beheersbaarheid centraal staan, bepalen in de leefwereld zingeving, waarden en persoonlijke relaties de onderlinge omgang.

Terwijl in de maatschappij over het algemeen een verzelfstandiging van de twee maatschappelijke sferen heerst, zijn de verbindingen tussen systeem- en leefwereld op de werkvloer van de thuiszorg juist van groot belang. Een medewerker van een thuiszorgorganisatie vervult een bemiddelende rol tussen het niveau waar economische en bestuurlijke prioriteiten (waar het kwaliteitsmanagementsysteem deel van uitmaakt) uit de systeemwereld worden gesteld enerzijds en het niveau waar sprake is van zorgafhankelijke mensen en behoeften anderzijds. Omdat de zorgprofessionals deze bemiddelende functie vervullen, kan gesteld worden dat zij voor een groot deel bepalend zijn voor de totale kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg (van Elteren, Kunneman & Rozing, 2006: 7-8).

Voor een thuiszorgorganisatie is het dan ook van groot belang dat de medewerkers goed op de hoogte zijn van de normen die zij stelt aan de verschillende domeinen van kwaliteit. De waarden en normen die zorgverleners met zich meedragen, moeten niet worden gezien als een extraatje; ze vormen de kern van de professionele kwaliteit en doeltreffendheid van het handelen van de professionals. Dit is de reden dat de zorgwaarden en de daarmee verbonden normen voortdurend ontwikkeld en in stand moeten worden gehouden door de thuiszorgverlenende organisatie (van Elteren, Kunneman & Rozing, 2006: 13-14).

Uit onderzoek van van Elteren, Kunneman en Rozing (2006: 28) is gebleken dat de zorgwaarden die het belangrijkste worden bevonden in het primaire proces van het verlenen van thuiszorg allemaal relationele waarden zijn die morele kwaliteiten tot uitdrukking brengen in de onderlinge omgang tussen mensen. Thuiszorgmedewerkers beoordeelden de volgende vijf zorgwaarden als het meest belangrijk: respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en menselijke warmte. Voor zorgverleners hebben deze waarden ook een professionele betekenis; ze zijn niet alleen bepalend voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen. In dit beroepsmatig handelen is het daarbij noodzaak de schaarse tijd zo doeltreffend mogelijk te besteden, gezien de normen die vanuit de systeemwereld worden gesteld (van Elteren, Kunneman & Rozing (2006: 27-32).

## 2.2.5 Het perspectief van de cliënt van een thuiszorgorganisatie op de kwaliteit van dienstverlening in de zorg

Het perspectief van de cliënt op kwaliteit van dienstverlening is, van alle perspectieven die hier zijn behandeld, het meest onderzocht. Dit gebeurt vanuit het kwaliteitskundige perspectief waar, zoals in paragraaf 2.1.5 werd besproken, de gedachte wordt gevolgd dat kwaliteit moet worden gezien als de verhouding tussen datgene wat klanten (mogen) verwachten van de dienstverlening en hetgeen ze werkelijk ervaren. Het vaak gehanteerde en toonaangevende SERVQUAL-onderzoek sluit goed aan bij deze visie op kwaliteit van dienstverlening en zal daarom in deze paragraaf worden besproken.

De samenstellers van het SERVQUAL-onderzoek hebben aan de hand van veel verschillende interviews naar kwaliteit van dienstverlening tien algemene kwaliteitsdimensies opgesteld. Deze tien kwaliteitsdimensies worden op een kwantitatieve manier onderzocht en variëren, naargelang het type dienstverlening waarnaar onderzoek wordt gedaan, in de mate waarin ze belangrijk worden bevonden. De kwaliteitsdimensies staan beschreven in onderstaande tabel (van der Aa & Elfring, 2003: 51).

Kwaliteitsdimensie	Toelichting
Tastbaarheden	Het uiterlijk van onder andere gebouwen, apparatuur, medewerkers en communicatiemateriaal.
Betrouwbaarheid	De beloofde dienst wordt correct en accuraat geleverd.
Reactievermogen	De organisatie helpt de klanten en staat direct voor ze klaar.
Bekwaamheid	Medewerkers beschikken over de vereiste kennis en vaardigheden.
Hoffelijkheid	Medewerkers zijn welwillend en vriendelijk en tonen respect voor klanten.
Geloofwaardigheid	De organisatie is geloofwaardig en eerlijk.
Veiligheid	De dienstverlening is vrij van gevaren en risico's.
Toegankelijkheid	De organisatie is bereikbaar en er wordt gemakkelijk contact gelegd.
Communicatie	De organisatie luistert naar klanten en communiceert in begrijpelijke taal.
Begrip	De organisatie verdiept zich in de klant en zijn behoeften.

(Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990 in van der Aa & Elfring, 2003: 52)

Wanneer het gaat om de thuiszorg, is elk van deze kwaliteitsdimensies relevant. Dit geldt echter niet alleen voor de cliënt. Ook thuiszorgmedewerkers en leden van het management hebben een oordeel over deze kwaliteitsdimensies. Aan de hand van de interviews binnen dit onderzoek zal blijken in welke mate dimensies van belang zijn wanneer het gaat om thuiszorg, hoe de dimensies worden beoordeeld en wat de Wmo hier voor een effect op heeft (gehad). Hoe de verschillende aspecten van kwaliteit worden onderzocht in de praktijk, staat beschreven in het hoofdstuk Empirie.

## 2.2.6 Conclusie

Hoe wordt gekeken naar de kwaliteit van dienstverlening is afhankelijk van de context waarin de dienst wordt verleend en het perspectief van waaruit de beoordeling plaatsvindt. De context waar het hier om draait is de thuiszorg. Bij de beantwoording van deze vraag is gekeken naar de perspectieven van vier actoren op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg, namelijk het perspectief van de overheid, van het management van een thuiszorginstelling, van de medewerkers van een thuiszorginstelling en dat van de cliënten van de thuiszorginstelling. De algemene kwaliteitsdomeinen voor de publieke gezondheidszorg die het meest voorkomen in de literatuur zijn: effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, veiligheid, toegankelijkheid en doelgroepgerichtheid. De verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de verschillende kwaliteitsdomeinen.

De overheid heeft de grondwettelijke taak en de verantwoordelijkheid te zorgen voor gezondheidszorg van goede kwaliteit. Het hanteert daarbij het begrip ‘verantwoorde zorg’ voor zorginstellingen. Onder verantwoorde zorg wordt zorg verstaan dat van goed niveau is, in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Naast het feit dat de overheid kijkt naar de kwaliteit van zorg die verleend wordt, kijkt het ook naar de kwaliteit van het gehele gezondheidszorgsysteem. Dit maakt dat de kwaliteitsdomeinen effectiviteit, toegankelijkheid en keuzevrijheid van de zorg binnen dit perspectief veel aandacht krijgen. Op dit moment speelt daarbij met name het vinden van de balans tussen overheidsregulering en marktwerking in de zorg.

Het management van de thuiszorgorganisatie wordt door de overheid verplicht gebruik te maken van een kwaliteitsmanagementsysteem, en houdt zich, met betrekking tot kwaliteit, dan ook met name hiermee bezig. Hier worden de denkwijzen vanuit het kwaliteitskundige perspectief gehanteerd; er wordt gewerkt met indicatoren en bijbehorende normen. Doordat kwaliteitswetgeving en normen van instanties als het HKZ richtinggevend zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie, letten organisaties op dezelfde domeinen. De organisatie kan daarnaast ook zijn voordeel behalen met het kwaliteitsmanagementsysteem, door het in te zetten als strategisch middel. Thuiszorgorganisaties kunnen zich onderscheiden van andere organisaties door het accent op een bepaald kwaliteitsdomein te leggen.

De medewerkers van de thuiszorgorganisatie vervullen een bemiddelende rol tussen het niveau van de economische en bestuurlijke prioriteiten uit de systeemwereld enerzijds en het niveau van de zorgafhankelijke mensen en behoeften anderzijds. Hierdoor zijn ze gelijk voor een groot deel bepalend voor de totale kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg. De waarden en normen die de medewerkers hanteren tijdens hun werk zijn geen extraatje, ze vormen de kern van de professionele kwaliteit en doeltreffendheid van het handelen van de professionals. Uit onderzoek is gebleken dat de vijf zorgwaarden die de medewerkers van thuiszorgorganisaties het meest belangrijk



vinden allemaal relationele waarden zijn die morele kwaliteiten tot uitdrukking brengen. Het gaat hier om respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en menselijke warmte.

Het perspectief van de cliënt op de kwaliteit van dienstverlening (in de thuiszorg) wordt het meest onderzocht. Hierbij wordt veelal gekeken vanuit het kwaliteitskundige perspectief, waarbij wordt uitgegaan van de gedachte dat kwaliteit van dienstverlening de verhouding is tussen wat de cliënt verwacht en datgene wat hij daadwerkelijk ervaart. Het toonaangevende SERVQUAL-onderzoek kijkt vanuit dit perspectief naar tien verschillende dimensies in kwaliteit: tastbaarheden, betrouwbaarheid, reactievermogen, bekwaamheid, hoffelijkheid, geloofwaardigheid, veiligheid, toegankelijkheid, communicatie en begrip. Elk van deze dimensies is van toepassing op het perspectief van de cliënt op de dienstverlening binnen de thuiszorg, maar de mate van belangrijkheid zal nog moeten blijken uit het empirisch deel van dit onderzoek.

Uit bovenstaande blijkt dat er verschillen zijn maar dat er ook veel overlap aanwezig is waar de verschillende actoren de nadruk op leggen wanneer het gaat om kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. In het empirisch hoofdstuk van deze scriptie zal worden uitgelegd hoe bovenstaande kwaliteitsdimensies zijn verwerkt tot een topiclijst, die leidend is voor de interviews.

## **2.3 Wat kan, aan de hand van de kenmerken die de Wmo heeft, verwacht worden ten aanzien van de invloed van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg?**

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden wordt eerst toegelicht wat de belangrijkste kenmerken van de Wmo zijn en waar deze vandaan komen. Vervolgens wordt de mogelijke invloed van de kenmerken op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg benoemd. Deze paragraaf wordt afgesloten met een conclusie.

### **2.3.1 Kenmerken van de Wmo**

De Wmo kan worden gezien als een onderdeel van een grote innovatie in de sociale sector die gevolg is van drie verschillende verschuivingen in het denken over de verzorgingsstaat en beleid.

Osborne en Gaebler ( in van Ewijk, 2006: 5) stellen dat globalisering leidt tot concurrentieverhoudingen tussen staten. Multinationals kiezen namelijk voor vestiging en investeringen in landen waar een goed economisch klimaat. Een goed ondernemingsklimaat is een essentiële voorwaarde voor het welzijn en de welvaart van een land. Daarnaast werd door verschillende internationale organisaties, met name de Europese Unie, aangedrongen op privatisering van overheidsdiensten. Na het privatiseren van sectoren als transport en volkshuisvesting, is er nu het voornemen ook de maatschappelijke dienstverlening naar de markt te brengen.

Door de druk van de internationale organisaties en de wens een goed ondernemingsklimaat te ontwikkelen is ook de Nederlandse overheid bezig zich te ontdoen van een aantal maatschappelijke activiteiten en deze over te laten aan de burgers. Een van de traditionele rollen van de verzorgingsstaat is om dat wat de markt en civil society niet oppakken zelf op zich te nemen. De Nederlandse overheid is op dit moment bezig deze zaken terug te geven aan de samenleving. Daarnaast kunnen er nog twee redenen worden gegeven om het initiatief van burgers te stimuleren.



Ten eerste dreigt er een tekort aan arbeidskrachten in sectoren als onderwijs en zorg te ontstaan en ten tweede zou de versterking van de civil society tot een stabielere en productievere samenleving leiden (van Ewijk, 2006: 5-6).

Naast deze verschuiving van een duidelijk aanwezige verzorgingsstaat naar de wens van een vergrote civil society, is er ook sprake van een andere verschuiving; de verschuiving van universeel naar meer contextueel en integraal beleid. Universeel beleid is er op gericht ieder individu hetzelfde te bieden. De contextuele benadering daarentegen, houdt in dat per situatie of per probleem wordt gekeken welke aanpak vereist is. In een meer contextueel beleid wordt ervan uit gegaan dat een ongelijke aanpak betere resultaten af zou leveren dan een universele aanpak. Daarbij zijn meerdere acties van verschillende actoren nodig om problemen op te lossen, een integraal beleid. Zo wordt armoede in deze tijd minder als een probleem gezien van inkomensverdeling, maar meer als het probleem dat sommige individuen minder in staat zijn hun kansen waar te maken. Voor deze individuen is een op maat gemaakte aanpak nodig waarbij verschillende partijen betrokken zijn.

De laatste verschuiving in het denken over beleid is de lokalisering van beleid. Decentralisatie is een derde strategie van de landelijke overheid om het verzorgende karakter van de staat te verkleinen. Lagere overheden als gemeenten krijgen een grotere verantwoordelijkheid wanneer het gaat om bijvoorbeeld zorg, waarbij als belangrijke reden wordt genoemd dat het beleid op deze manier beter past bij de lokaal heersende situatie (van Ewijk, 2006: 7-9).

De Wmo lijkt een essentieel instrument om de sociale innovatie, door middel van privatisering, versterking van het burgerschap en decentralisatie, te implementeren.

### **2.3.2 Mogelijke invloed van de kenmerken van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg**

De vraag is nu wat de invloed van privatisering in de publieke sector, de poging tot versterking van het burgerschap en de decentralisatie van beleid kan zijn op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg.

Het streven naar meer marktwerking in de publieke sectoren gaat ervan uit dat de markt in principe een efficiënter coördinatie- en allocatiemechanisme voert dan het overheidsapparaat. Deze benadering is in vrijwel alle ontwikkelde economieën in de wereld terug te zien: er wordt een rol gezien voor markten in de financiering en het leveren van gezondheidszorg (Laeven, 2008:27). Een positief effect voor de kwaliteit in de thuiszorg kan zijn dat zorgverleners een goede afstemming moeten maken tussen prijs en kwaliteit. Door kwaliteit te leveren kunnen zorgverlenende organisaties zich onderscheiden van andere organisaties en hun concurrentiepositie versterken. De zorgverleningmarkt is echter geen gewone markt van vraag en aanbod. De patiënt maakt niet uit vrije wil gebruik van zorg en is afhankelijk van het professionele oordeel van de zorgverlener, hij kan de kwaliteit van zorg niet goed zelf beoordelen (den Dekker, 2008). Dit kan betekenen dat de aanbodkant van de markt meer macht heeft. Een ander gevaar van de privatisering van de zorg kan zijn dat zorgverlenende organisaties zo gericht zijn op het verlenen van zorg tegen een aantrekkelijke prijs dat dit ten koste gaat van de kwaliteit.

Ook het beroep dat de Wmo doet op de draagkracht van de burger kan van positieve en negatieve invloed zijn op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. De eigen verantwoordelijkheid van de

burger wordt gestimuleerd wat onder andere gestalte krijgt in vormen van zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk (Boot & Knapen, 2005: 33). Daarnaast wordt van de burger verwacht dat hij de rol aanneemt van een kritische consument die een bewuste keuze maakt voor een zorgverzekeringspolis en de verantwoordelijkheid neemt voor de eigen gezondheid. Wanneer een burger dit kan en doet, kiest hij voor zorgverlening waarbij de kwaliteit is afgestemd op zijn wensen. Wanneer de burger de verantwoordelijkheid echter niet aan kan (of niet de moeite neemt een kritische keuze te maken) gaat dit ten koste van de kwaliteit van zorg voor de cliënt.

Tot slot gaat de Wmo gepaard met een aanzienlijke decentralisatie. De lokale overheid kan hierdoor dichterbij de burger voorzieningen realiseren. Hierdoor zijn niet alleen efficiencyvoordelen te behalen, maar kan de zorg ook beter worden aangepast op wat de burger in de desbetreffende gemeente verwacht van de zorg; het zou de kwaliteit van de zorg voor de burger kunnen vergroten (Cardoso Ribeiro, Hout & Putters, 2007: 37). Dat de gemeente veel beleidsvrijheid krijgt in kader van de Wmo kan voor de kwaliteit van de zorg die de cliënt ontvangt ook negatief zijn; de cliënt is sterk afhankelijk van de keuzes die gemeente maakt. In de manier waarop gemeenten zorg inrichten kan dan ook veel verschil ontstaan.

### 2.3.3 Conclusie

De Wmo komt voort uit drie verschillende verschuivingen in het denken over de verzorgingsstaat en beleid. De wet wordt gebruikt als een instrument om de sociale innovatie door middel van privatisering, versterking van het burgerschap en decentralisatie te bewerkstelligen. De drie kenmerken van de Wmo kunnen allemaal een positieve en negatieve invloed hebben op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Door de privatisering in de zorg worden zorgverlenende organisaties gestimuleerd een goede afstemming te maken tussen prijs en kwaliteit, wat de kwaliteit ten goede kan komen. Nadeel van de privatisering kan zijn dat prijs juist ten koste gaat van de kwaliteit. Voordeel van het beroep op de eigen draagkracht van de burger is dat, wanneer die in staat is een goede keuze te maken, zorg kan kiezen die goed aansluiten bij zijn wensen. Wanneer de burger de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid echter niet aan kan, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Doordat gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de maatschappelijke ondersteuning van de burger, vindt de zorgvoorziening dichterbij de burger plaats. De zorg zou daarom beter afgestemd kunnen worden op de wens van de burger. Nadeel van de decentralisatie is dat de cliënt afhankelijk is geworden van het voorzieningenaanbod van de gemeente, de kwaliteit van het voorzieningenaanbod kan per gemeente sterk verschillen.

## 2.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende theorieën en begrippen gebruikt om te kunnen beschrijven wat kwaliteit van dienstverlening is en waar de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg door wordt bepaald. Daarnaast is, ook aan de hand van bestaande theorie, een verwachting geschetst ten aanzien van de invloed van de kenmerken van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Op deze verwachting wordt teruggekomen in de conclusie van dit onderzoek (hoofdstuk 4).

De informatie die gebruikt is om de tweede theoretische deelvraag (Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de (thuis)zorg bepaald?) te beantwoorden is de basis voor het empirisch deel van dit onderzoek. Wat uit de eerste theoretische deelvraag bleek, is dat het lastig te definiëren is wat

kwaliteit van dienstverlening inhoudt. De manier waarop wordt gekeken naar kwaliteit van dienstverlening is afhankelijk van het perspectief van waaruit de beoordeling plaatsvindt. Daarom is het perspectief van vier verschillende actoren op de kwaliteit in de thuiszorg besproken: dat van de overheid, van het management van de thuiszorginstelling, van de medewerkers van de thuiszorginstelling en dat van de cliënten van de thuiszorginstelling. Deze verschillende actoren zijn ook geïnterviewd. Tijdens de interviews is gevraagd naar de aspecten van kwaliteit waarvan uit de theorie bleek dat deze voor het desbetreffende perspectief relevant zijn. Welke kwaliteitsaspecten dat zijn staat in onderstaande tabellen beschreven:

Overheid:

Niveau van de zorg
Doeltreffendheid
Doelmatigheid
Patiëntgerichtheid
Afstemming op de reële behoefte van de cliënt
Effectiviteit
Toegankelijkheid
Keuzevrijheid

Management:

Kwaliteit als strategie
Effectiviteit
Afstemming op de behoefte van de cliënt

Medewerkers:

Respect
Betrokkenheid
Betrouwbaarheid (van de medewerker)
Zorgvuldigheid
Menselijke warmte

Clënten:

Betrouwbaarheid (van de organisatie)
Reactievermogen (van de organisatie)
Bekwaamheid (van de medewerkers)
Hoffelijkheid (van de medewerkers)
Veiligheid (van de zorg)
Toegankelijkheid (van de organisatie)
Communicatie (tussen cliënt en medewerker en tussen cliënt en organisatie)
Begrip (van de behoefte van de cliënt door medewerker en organisatie)

Uit paragraaf 2.2 is gebleken dat het management zich met kwaliteit bezighoudt door middel van het verplichte kwaliteitsmanagementsysteem en kan worden beoordeeld op de kwaliteit door bijvoorbeeld de HKZ. Ook dit is meegenomen in de interviews . Over de manier waarop bovenstaande heeft geleid tot de verschillende topiclijsten wordt meer beschreven in paragraaf 3.1.2.

# Empirie

Aan het begin van dit hoofdstuk wordt de weg waarlangs de onderzoeksresultaten tot stand zijn gekomen besproken. Eerst wordt ingegaan op de manier waarop de data verzameld is. Vervolgens wordt hiervan een verdere operationalisatie gegeven, waarna de manier waarop de data is geanalyseerd, wordt besproken. Tot slot worden de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek behandeld.

Nadat bovenstaande is besproken, vindt de daadwerkelijke analyse van de onderzoeksdata plaats en wordt antwoord gegeven op de empirische deelvragen. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt de onderzoeksdata en –analyse bediscussieerd.

## 3.1 Methoden en technieken

### 3.1.1 Dataverzameling

Dit onderzoek is gedaan naar een situatie, dat wil zeggen een geheel van omstandigheden waarin zich een bepaald verschijnsel voordoet. De Wmo bepaalt de omstandigheden waardoor zich een bepaald verschijnsel voor kan doen: een verandering in de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden en de bestaande situatie te kunnen onderzoeken, is er gebruikgemaakt van kwalitatief onderzoek.

Er is gebruikgemaakt van kwalitatief onderzoek omdat, wanneer het effect van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg wordt onderzocht, het met name om kwaliteit, ervaring, beleving en betekenisgeving gaat. In de thuiszorg is sprake van interactiegebonden dienstverlening, in plaats van materie- of gegevensgebonden dienstverlening, waarbij de technieken en principes die worden gehanteerd in het kwaliteitskundige perspectief (zie het hoofdstuk Theorie) geen stand houden. Het veranderkundige perspectief (zie het hoofdstuk Theorie) was hier meer op zijn plaats. Ervaringen werden in tweerichtingsverkeer, een dialoog, gemeten. Hierbij werd geen gebruikgemaakt van objectieve maatstaven omdat het in dit onderzoek ging om het begrijpen van een complexe situatie. Omdat er werd gezocht naar een verklaring voor het effect van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg lag de nadruk op het begrijpen en doorgronden ervan en niet op het meten.

Om op een juiste manier de situatie te kunnen begrijpen, was het van belang dat de gegevens werden geïnterpreteerd vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen. Het ging er daarbij niet om dat wat werd gezegd in het interview objectief juist was. De beleving van de respondenten stond centraal; de ervaringen die zij hebben en hun perspectief op de eventuele verandering van de kwaliteit binnen de thuiszorg door de invoering van de Wmo. Om dit zo goed mogelijk te kunnen beschrijven, interpreteren en begrijpen, was het van belang dat de dataverzamelmethode ruimte bood voor interactie.

#### 3.1.1.1 Kwalitatieve interviews

De dataverzamelmethode die hierbij het best aansluit, en dan ook is gehanteerd binnen dit onderzoek, is het kwalitatieve interview. Een groot voordeel van deze methode was de mogelijkheid

dóór te vragen op hetgeen de respondent vertelde. Zo concreet mogelijk is achterhaald wat de respondenten denken, voelen en weten over het effect van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg.

De vorm van interviewen die hiervoor is gebruikt is het halfgestructureerde interview. Tijdens de voorbereiding van het interview is een topiclijst met gespreksonderwerpen opgesteld die zijn behandeld in een volgorde die logisch was tijdens het desbetreffende interview. Dit om zoveel mogelijk informatie van de respondent te kunnen verkrijgen, op een voor hem of haar prettige manier, zonder het risico onderwerpen te vergeten. De vragen uit het interview waren niet vooraf vastgesteld.

### 3.1.1.2 Case-selectie

Er zijn verschillende redenen waarom Trimenzo is gekozen als organisatie om onderzoek te doen. Ten eerste is Trimenzo een stichting die naast thuiszorg ook andere vormen van zorg aanbiedt. Dit maakt dat de stichting zich middenin de zorgsector bevindt en zich daarom ook bezighoudt met kwaliteitsonderwerpen die specifiek op de zorg gericht zijn. Dit is bijvoorbeeld niet het geval bij een schoonmaakbedrijf dat tevens huishoudelijke hulp verzorgt. Ten tweede is het natuurlijk van belang dat de stichting de gunning heeft gekregen van de gemeente om thuiszorg te verlenen, anders was het op dit moment niet gerechtigd Zorg aan Huis te verlenen. Daarnaast staat Trimenzo bovenaan de lijst van gegunde organisaties, wat betekent dat de organisatie het best scoort op de criteria die zijn opgesteld door de gemeente. Naar verwachting heeft Trimenzo daarom de beste prijs-kwaliteitverhouding en heeft dit effect op het aantal burgers dat Trimenzo kiest voor het verlenen van zorg. Tot slot blijkt uit het feit dat Trimenzo een HKZ-certificaat heeft gekregen voor de manier waarop de organisatie met kwaliteit omgaat in de drie verzorgingshuizen, dat er binnen de stichting veel aandacht wordt geschonken aan kwaliteit. Dit betekent dat de mensen die werkzaam zijn binnen de organisatie naar verwachting bezig zijn met de kwaliteit van zorg en daar een deskundig oordeel over kunnen geven.

### 3.1.1.3 Selectie van de respondenten

Om tot een antwoord te komen op de empirische deelvragen is met verschillende respondenten gesproken. Omdat de resultaten van het onderzoek niet statistisch representatief zijn, maar een indicatie geven van wat er leeft onder de doelgroep, was de selectie van respondenten erg belangrijk. Hoe dit heeft plaatsgevonden staat in deze paragraaf beschreven.

De respondenten waarmee gesproken is, hebben verschillende functies en zijn op verschillende manieren betrokken bij de Wmo. Er is gekozen voor verschillende respondentengroepen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen op het effect van de Wmo op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Omdat er sprake was van een complexe situatie zijn alle relevante factoren en processen in hun onderlinge verwevenheid onderzocht (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005: 113). Daarnaast is het hierdoor mogelijk overeenkomsten en verschillen vast te stellen in de perspectieven van de verschillende betrokken actoren.

Binnen de onderzoeksorganisatie is gesproken met drie leden van het management van de stichting, namelijk een locatiemanager die tevens manager Zorg aan Huis is, de zorgmanager Zorg aan Huis en de teamleider Huishouding Zorg aan Huis (deze teamleider is sinds kort in dienst bij de organisatie en is afkomstig van een organisatie die geen gunning heeft gekregen van de gemeente). Daarnaast zijn

zes medewerkers van de organisatie geïnterviewd die huishoudelijke taken verrichten bij mensen thuis. Bij de selectie van de medewerkers is gekeken naar de tijd dat ze werkzaam zijn binnen de organisatie (zodat ze ook de situatie van voor de invoering van de Wmo kennen) en het type thuiszorg dat zij verrichten. Ook is er gesproken met een kwaliteitsmedewerker van de organisatie en de Wmo-functionaris van de gemeente waarbinnen de organisatie gevestigd is. Tot slot is er zijn drie cliënten van de organisatie geïnterviewd, die geselecteerd zijn op basis van de mate van ervaring met de thuiszorg en het vermogen dat zij hebben om deze ervaring te delen.

### 3.1.2 Operationalisatie

De topiclijsten (zie hiervoor de bijlage) die leidend waren voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van de drie empirische deelvragen. Eerst werd gevraagd naar de kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Vervolgens zijn de belangrijkste kenmerken van de Wmo doorgenomen, waarna is gevraagd naar de invloed van deze kenmerken op verschillende aspecten van kwaliteit. Voor de verschillende respondentengroepen zijn aparte topiclijsten opgesteld omdat er verschil bestaat tussen de manier waarop de verschillende onderwerpen met betrekking tot kwaliteit en de Wmo relevant zijn voor de actoren. Naar de invloed van de kenmerken van de Wmo op de verschillende kwaliteitsaspecten, waarvan uit de literatuur bleek dat ze van belang zijn, is bij elke respondent op dezelfde manier gevraagd zodat de data uit de interviews in de analyse met elkaar vergeleken kon worden.

### 3.1.3 Data-analyse

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is de gefundeerde-theoriebenadering gebruikt. Vanuit de richtinggevende onderzoeksvraag, theoretische bronnen en bestaande begrippen is het onderzoeksproces gestart om systematisch tot theorievorming te komen (Baarda, Goede & Teunissen, 2005: 97). Hoe dit onderzoeksproces in zijn werk ging, wordt nu beschreven.

Nadat de halfgestructureerde interviews hadden plaatsgevonden volgde een uitgebreide analyse aan de hand van verschillende stappen. Eerst zijn de interviews volledig uitgetypt, waarna de zinnen zijn genummerd en gekopieerd naar het programma Excel. Door de nummering konden de zinnen snel in de context van het gesprek worden geplaatst tijdens de analyse. Vervolgens is open gecodeerd en zijn er verschillende labels aangebracht op zinsniveau, zodat er geen sprake kon zijn van interpretatieproblemen. Aan een aantal zinnen zijn meerdere labels toegekend. Nadat de labels waren toegekend, werd structuur aangebracht aan de labels door middel van axiaal coderen; labels werden op een hoger abstractieniveau geformuleerd. Na het axiaal coderen vond tot slot het selectief coderen plaats; de labels zijn gebruikt voor de beantwoording van de empirische deelvragen (Baarda, Goede & Teunissen, 2005: 316-337).

### 3.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Om het onderzoek betrouwbaar te maken is veel aandacht besteed de verschillende stappen die zijn genomen controleerbaar en inzichtelijk te maken, de paragrafen over de gebruikte methoden en technieken maken hier deel van uit. Geprobeerd is op een zo constitent mogelijke manier het onderzoek uit te voeren; de stappen die nodig zijn om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag zijn in zowel het theoretische als het empirische deel genomen. Daarnaast is de topiclijst tot stand gekomen op basis van de literatuur en is het gebruikt voor zowel de interviews als de analyse.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een dictafoon, waarna de interviews zo snel mogelijk zijn omgezet tot transcripties zodat er geen informatie verloren kon gaan en de data op een juiste manier werden geïnterpreteerd. Geprobeerd is de eigen ervaringen en gevoelens zoveel mogelijk achterwege te laten tijdens de interviews, op een objectieve manier naar de data te kijken en open vragen te stellen.

De validiteit van het onderzoek is zo groot mogelijk gemaakt door de onderzoekssituatie zoveel mogelijk overeen te laten komen met de realiteit. Er zijn verschillende respondentengroepen, en meerdere personen daarbinnen, geïnterviewd over de invloed van de Wmo op de kwaliteit in de thuiszorg. Omdat het binnen kwalitatief onderzoek om inhoudelijke, in plaats van statistische, generaliseerbaarheid gaat, is de keuze voor de respondenten heel belangrijk geweest en uitgebreid verantwoord (zie paragraaf 3.1.1.3). Daarnaast is de validiteit vergroot door regelmatig overleg te hebben gehad met de focusgroep over het onderzoek en de onderzoeksresultaten voor te leggen aan de betrokkenen in het veld.

## 3.2 Analyse van de data

In deze paragraaf wordt een analyse gegeven aan de hand van de data die is verkregen door middel van interviews. Dit zal gebeuren aan de hand van de volgende vier empirische deelvragen:

- ◆ Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening worden in de thuiszorg van belang geacht? (paragraaf 3.2.1)
- ◆ Hoe wordt de Wmo getypeerd door verschillende bij de Wmo betrokken actoren binnen de thuiszorg? (paragraaf 3.2.2)
- ◆ Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg? (paragraaf 3.2.3)

Omdat de kwaliteitsfunctionaris van de organisatie zich bezig houdt met het kwaliteitsmanagement, zal deze respondent worden meegenomen binnen de groep 'management van de organisatie'. Nadat de empirische deelvragen zijn beantwoord zal de analyse worden bediscussieerd in paragraaf 3.3 en met de theoretische bevindingen worden vergeleken in paragraaf 4.1, de conclusie van het onderzoek.

### 3.2.1 Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening worden in de thuiszorg van belang geacht?

Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg van belang worden geacht blijkt te verschillen per type actor. Daarom zal deze vraag eerst worden beantwoord voor elk van de verschillende respondentengroepen. Daarna wordt een conclusie gegeven op de empirische deelvraag door de antwoorden van de verschillende respondentengroepen met elkaar te vergelijken.

#### 3.2.1.1 Gemeente

De gemeentefunctionaris Wmo houdt zich met name bezig met de indicaties voor thuiszorg. Middels huisbezoeken wordt bepaald hoeveel uur, en welke type (hv1 of hv2) thuiszorg de cliënt kan ontvangen. De respondent gaf aan dat het wenselijk is dat de cliënt zoveel mogelijk dezelfde persoon ontvangt voor thuiszorg. Dit kan lastig zijn wanneer de cliënt bijvoorbeeld gedoucht moet worden, maar het huis van de cliënt ook schoongemaakt moet worden. Deze twee verschillende



werkzaamheden kunnen niet altijd door dezelfde medewerker worden verricht in verband met de opleiding die de medewerkers hebben gehad. Daarnaast geeft de respondent aan dat de rol van de thuiszorgmedewerker vaak wordt onderschat:

*'De thuiszorgmedewerker is meer dan iemand die kan poetsen, diegene heeft bijvoorbeeld meer de rol van een dochter in het gezin. Dit wordt vaak heel erg onderschat. De thuiszorgmedewerker regelt vaak meer dan de kinderen weten.'* (respondent 8)

### 3.2.1.2 Management van de organisatie

Met het management van de organisatie is gesproken over verschillende onderwerpen die samenhangen met de kwaliteit van de thuiszorg: waar kwaliteit op de werkvloer door wordt bepaald, hoe kwaliteitsnormen door middel van het kwaliteitsmanagementsysteem worden geïmplementeerd, hoe toezicht wordt gehouden op deze implementatie en hoe kwaliteit deel uitmaakt van de strategie van de organisatie. Deze onderwerpen zullen nu achtereenvolgens worden behandeld.

#### Kwaliteit op de werkvloer

Aangegeven wordt dat, naast natuurlijk de kwaliteit van de manier van schoonmaken zelf, de wensen van de cliënt op de eerste plek staan. Begrip, het verdiepen in de cliënt en zijn of haar behoeften, staat op de eerste plaats. Per cliënt is het heel verschillend waar de kwaliteit wordt neergelegd:

*'De ene cliënt wil alles spik en span, de ander vindt juist aandacht heel belangrijk. Dan kun je ook een keer gezellig samen wat doen, in plaats van alleen maar te poetsen.'* (respondent 6)

*'De cliënt woont daar dus de medewerker past zich aan aan de wensen van de cliënt. Als de cliënt gewend is een keer per half jaar de ramen te lappen, dan kun je dat niet ineens om de week gaan doen. Kijken wat nodig is in overeenstemming met de cliënt.'* (respondent 6)

Daarnaast wordt gezegd dat ook privacy een belangrijk item is. Wat een cliënt vertelt kan niet worden doorgespeeld aan anderen. Dit lijkt met name van belang te zijn omdat de organisatie zich binnen een kleine gemeente bevindt. Ook professionaliteit is van belang:

*'Je bent niet de beste vriendin van de cliënt. Dat je het goed met elkaar kunt vinden, prima, maar graag ook een stukje objectiviteit.'* (respondent 6)

Deze objectiviteit is van belang omdat dit een belangrijk aspect van de huishoudelijke hulp mogelijk maakt: het signaleren van eventuele achteruitgang bij de cliënt. Dit is vooral van belang bij hv2. Bij hv1 kan de kwaliteit van de medewerker wat minder zijn, maar bij hv2 wordt ook observatie van de cliënt verwacht:

*'Mensen kunnen licht dementerend zijn. Observatie is een keer in de koelkast kijken of er niet al dingen weken in liggen, kijken of de cliënt niet al weken dezelfde kleding aan heeft, kijken wat er in de was zit en of het bed wel wordt verschoond.'* (respondent 7)

Volgens een andere respondent is het daarom ook zo belangrijk dat de zorg bij de zorg blijft; medewerkers van bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven weten nou eenmaal minder goed waar ze op moeten letten wanneer het gaat om dementie. Ook is de zorg, wanneer nodig, veel sneller ingeschakeld bij huishoudelijke medewerkers van zorgorganisaties.

Wat tot slot belangrijk wordt gevonden voor de kwaliteit van de thuiszorg is het intakegesprek. Met elke nieuwe cliënt wordt een intakegesprek gehouden, wat niet bij alle organisaties vanzelfsprekend is. Hierdoor is duidelijk wat voor een type persoon de cliënt is en in welke woonsituatie de cliënt zich bevindt. Op deze manier kan de cliënt worden gekoppeld aan een medewerker die bij hem of haar past.

## **Implementatie van de kwaliteitsnormen**

De kwaliteitsfunctionaris van de organisatie houdt zich bezig met alle wet- en regelgeving waar de organisatie mee te maken krijgt en die betrekking heeft op de kwaliteit de zorg. Vanuit de Kwaliteitswet is de organisatie verplicht een kwaliteitsmanagementsysteem te hebben. Binnen de wetgeving is de norm Verantwoorde Zorg het meest belangrijk. Elke medewerker heeft middels intranet toegang tot het kwaliteitsmanagementsysteem. In dit systeem staan alle processen rondom de cliënt beschreven aan de hand van processtappen. Deze processtappen hangen samen met de protocollen waarin beschreven staat hoe de medewerker moet handelen in elke situatie.

*‘Voor de medewerkers is deze gedetailleerdheid dubbel. Aan de ene kant geeft het een stuk verplichting, een soort juk. Aan de andere kant zijn ze ook wel blij dat ze handvaten hebben, ze weten precies wat ze moeten doen om de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. En zo hebben wij onze kwaliteit geborgd.’ (respondent 7)*

Voor de medewerkers is het niet altijd gemakkelijk om te gaan met het intranet. Dit heeft onder andere te maken met de aandacht die hieraan wordt besteed:

*‘Het ligt er toch wel aan hoe je er als leidinggevende mee omgaat. Ik heb wel verschillen gezien tussen de drie locaties, heeft toch met communicatie te maken. Er zijn heel veel vijftigplussers, die hebben minder met computers. Dus die zien dat allemaal niet zo zitten. Maar als een zorgmanager toch heel enthousiast is, dan zie je dat ze daarmee gaan werken.’ (respondent 2)*

Vanuit de norm Verantwoorde Zorg is de organisatie verplicht te werken met een zogeheten cyclus met bijstelling. Hierdoor worden er binnen de organisatie verschillende fasen onderscheiden waarbij terugkoppeling plaatsvindt. Binnen de organisatie wordt dit als positief ervaren:

*‘Goed punt dat je moet werken aan een cyclus met bijstelling, dwingt het management te kijken naar het eigen functioneren. Maakt de kwaliteit niet alleen beheersbaar, maar ook bestuurbaar. Er wordt gekeken naar innovatie. En zo kun je zaken ook eerder bijsturen, waardoor er minder geld verloren gaat.’ (respondent 2)*

Niet alleen de richtlijnen uit de wet zijn in het systeem verwerkt, maar ook de normen die worden gesteld door de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Om de drie jaar komt een externe organisatie, T&O, kijken of de organisatie nog voldoet aan de normen die door de HKZ worden gesteld. Wanneer dit het geval is, wordt de organisatie door de HKZ gecertificeerd.

## **Toezicht op de implementatie van de kwaliteitsnormen**

Het is voor het management niet gemakkelijk toezicht te houden op de kwaliteit van thuiszorg, het gaat om individueel werk en de werkzaamheden vinden plaats bij cliënten thuis:

*'We hebben wel evaluatiegesprekken en dat soort dingen, maar je hebt natuurlijk wel te maken met een afhankelijkheidspositie. Mensen zullen niet allemaal even snel klagen. Sommige mensen klagen altijd, welke hulp je ook inzet. Andere mensen hoor je nooit, dat is wel lastig. Dan is een medewerker ziek en dan pas hoor je van een vervanger 'Nou, wat ik hier zag..'. ... En deze generatie is nog niet echt van het klagen. Ze denken wel eens dat het wel zo zou horen en 'Ach, het is een lief ding dus..'. Bij jongere cliënten zie je dat toch al wel meer komen, die zijn wat assertiever.'* (respondent 6)

De kwaliteit van de thuiszorg wordt geborgd doordat er voor elk proces uit het kwaliteitsmanagementsysteem een checklist aanwezig is welke wordt afgetekend. Bij elk proces hoort een verantwoordelijke die ervoor moet zorgen dat de processtappen worden uitgevoerd zoals beschreven staat. Daarbij vinden ook checkmomenten plaats door middel van interne audits. Daarnaast wordt de kwaliteit van de zorg, zoals eerder beschreven staat, gecontroleerd door middel van een externe audit aan de hand van de normen van de HKZ. Ook wordt er elk jaar een AOIC-controle gehouden, waarbij wordt gekeken naar de wettelijke verplichtingen die de organisatie heeft. Er wordt bijvoorbeeld gekeken of elke cliënt een geldige indicatie heeft. De zorg wordt tot slot ook gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hierbij ligt de focus op de veiligheid binnen de zorg.

### **Kwaliteit als strategie**

De aandacht voor kwaliteitsmanagement lijkt in de laatste jaren sterk gegroeid:

*'Het is heel erg gegroeid. Een aantal jaren geleden hadden kleine organisaties nog niet eens een kwaliteitsmedewerker. Ze zijn hier bijvoorbeeld ook begonnen met vier uurtjes per week. Nu is dat al 32 uur! In vijf jaar lijkt het alsof er steeds meer komt en het zich ook steeds sneller opvolgt.'* (respondent 2)

Binnen Trimenzo wordt volgens het management relatief veel aandacht besteed aan kwaliteitsmanagement:

*'Ze hebben hier kwaliteit altijd wel een heel belangrijk thema gevonden. Ik vind dat een goede instelling. Ik heb ook wel het idee, als ik het vergelijk met andere organisaties, dat we redelijk ver zijn. Ik denk dat dat goed wordt aangepakt. In verhouding geven ze hier, denk ik, veel geld uit aan kwaliteit.'* (respondent 2)

Binnen de strategie van de organisatie wordt kwaliteit als belangrijk speerpunt meegenomen. Het management verwacht dat de organisatie door middel van kwaliteit heel hoog kan scoren ten opzichte van andere organisaties. Dat kwaliteit deel uitmaakt van de strategie komt terug in de ondertitel van de organisatie: 'deskundig en dichtbij'. Aan de hand van deze ondertitel worden doelen beschreven en een strategische keuze bepaald.

#### **3.2.1.3 Medewerkers van de organisatie**

De aspecten van kwaliteit die de medewerkers voor de thuiszorg van belang achten zijn in te delen in twee groepen: de relationele waarden die morele kwaliteiten tot uitdrukking brengen in de onderlinge omgang tussen mensen (zie paragraaf 2.2.4) en waarden die meer te maken hebben met de huishoudelijke hulp an sich. Deze laatste groep wordt nu eerst behandeld, waarna het belang van de relationele waarden worden besproken.

## **Aspecten van kwaliteit die te maken hebben met huishoudelijke hulp an sich**

Betrouwbaarheid wordt door één van de respondenten genoemd als een aspect waar de kwaliteit van thuiszorg van af hangt:

*'Op tijd zijn. Als je om acht uur moet beginnen, moet je er ook om acht uur zijn. Je kan een keer wat later zijn, maar het moet geen spelletje worden.'* (respondent 1)

Drie andere respondenten noemen dat er sprake is van kwaliteit wanneer de huishoudelijke hulp voldoet aan de eisen die ervoor staan. Hierbij zijn hygiëne en structuur van belang. Een eigen invulling van de huishoudelijke hulp mag niet ontbreken, zorgvuldigheid is belangrijk maar kan niet altijd volledig tot uiting komen:

*'Het is niet altijd makkelijk, je komt jezelf soms tegen. Je wil heel veel doen, je ziet heel veel, maar dat kan dan niet. Daar heb je de tijd niet altijd voor.'* (respondent 1)

Privacy is een item wat ook voor de medewerkers van de organisatie speelt:

*'Mensen proberen af en toe ook wel gewoon dingetjes te weten te komen over andere cliënten. Daar moet je dan wel mee oppassen, vooral naar buiten toe.'* (respondent 9)

Drie van de medewerkers geven tot slot aan dat de signaleringsfunctie van huishoudelijke hulp van groot belang is.

## **Aspecten van kwaliteit die te maken hebben met relationele waarden**

Wanneer aan de medewerkers werd gevraagd waardoor de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg werd bepaald, werd vaak een relationele waarde genoemd. Zo is begrip van de behoefte van de cliënt één volgens de medewerkers het meest belangrijke aspect van kwaliteit. De behoefte kan per cliënt sterk verschillen:

*'En gewoon ja, het werk doen in overleg. Wat zij graag willen, wat ze ook niet meer kunnen. De cliënt zo tevreden mogelijk maken. Voor de één is dat dat alles netjes is, de ander heeft liever een praatje.'* (respondent 9)

*'Ik overleg altijd. Die vrouw van dinsdag bijvoorbeeld, die zegt dan dat ze planten wil gaan halen. Nou dan stappen we de auto in en dan gaan we ook planten halen.'* (respondent 3)

Omdat cliënten van huishoudelijke hulp vaak eenzaam zijn is contact volgens alle medewerkers heel belangrijk. Voor één van de medewerkers is dit zelfs de reden dat zij huishoudelijke hulp is gaan verrichten:

*'Ik had een cliënt en die was zo eenzaam. Die is uiteindelijk overleden en dat is eigenlijk alleen maar goed. Daar heb ik nog behoorlijk veel uit kunnen trekken. Gewoon stukjes wandelen, zodat hij eens onder de mensen kwam. Dan gooide ik het er gewoon op dat ik moest bewegen, anders wilde hij niet mee naar buiten. Echt heel vies was het er toch niet. En ik heb dat ook wel eens in mijn eigen tijd gedaan, dan heb je zo te doen met die mensen!'* (respondent 1)

*'Zorg vind ik hartstikke mooi. Het mooiste eigenlijk. Huishouding zelf is natuurlijk niet echt leuk, je wil niet alle dagen poetsen. Maar juist door dat contact! Bij de zorg ben je zo weer weg..' (respondent 10)*

Doordat medewerkers vaak een aantal uur per week gedurende meerdere jaren bij de cliënt in huis zijn wordt er vaak een band opgebouwd tussen medewerker en cliënt. De medewerkers vinden dit over het algemeen prettig en belangrijk. Één respondent noemde ook een nadeel aan het feit dat er een band wordt opgebouwd: mensen raken erg gehecht aan de medewerker en vinden het heel moeilijk als er een vervanger komt door bijvoorbeeld ziekte of vakantie.

*'Het was de bedoeling dat ik zou stoppen met huishoudelijke hulp, omdat ik merendeels zorg doe. Maar ik kom al zo lang bij die mensen, één is 88 en de ander 96 jaar. Daar heb je dan toch een bepaalde band mee. Dan denk ik van ja, moeten die mensen dan op die leeftijd nog iemand anders krijgen? Nou dan denk ik, dan doe ik die er ook nog wel bij.'* (respondent 10)

*'We kregen een nieuwe aanbouw aan de keuken. En daar had ik dan over verteld. Toen zijn die mensen ook een keer bij mij thuis geweest. Om te kijken, op de koffie. Dan heb ik zo iets van, dat is mijn manier van doen.'* (respondent 11)

### 3.2.1.4 Cliënten van de organisatie

Ook de geïnterviewde cliënten hechten waarde aan de relationele aspecten van huishoudelijke hulp. Één respondent geeft aan dat er overleg plaatsvindt, een ander vindt dit juist vervelend:

*'Ik zeg wel eens van dit en dit wil ik graag gedaan hebben. Als ik weg ga, op vakantie, als je dan even de koelkast doet en in die hoek. Daar kom je normaal niet bij he. Maar ik zeg maar heel weinig wat hoor. Als het maar netjes is, en dat is prima.'* (respondent 12)

*'Ik heb er wel een hekel aan natuurlijk dat ik een volwassen vrouw moet bestellen. Dat ik moet zeggen hoe ze het allemaal doen moet.'* (respondent 13)

Daarbij geven de cliënten aan dat er een band wordt gevormd met de medewerker. De cliënten vinden het belangrijk een vaste huishoudelijke hulp te hebben:

*'Ik kreeg zo'n brief over vakantiehelpen, van die hele jonge meisjes. Daar heb ik dan helemaal geen zin in. En daar houdt ze dan altijd wel een beetje rekening mee, ik ben ook heel veel weg dus..' (respondent 14)*

*'Toen mijn vrouw overleden was, toen was ik in twee maanden tijd in mijn achtste hulp toe. Elke week zowat een ander. Daar heb ik geen genoeg mee genomen. Toen heb ik een gesprek met Trimenzo gehad en dat genomen.'* (respondent 13)

Het contact is belangrijk, maar het schoonmaken zelf natuurlijk ook:

*'Slaapkamer, badkamer, keuken, dat ze daar zorg aan besteden. En het stofzuigen, want dat lukt mij niet. Maar ik ben ook wel het type van gezellig koffie drinken, dat hoort er bij dus.'* (respondent 12)

De cliënten die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek zijn over het algemeen heel tevreden:

*'Ze doen hun werk heel goed hoor, het moet echt nodig zijn als ik bel. ... Iedereen is tevreden met de hulp, ik hoor hier nooit een klacht. Prima, echt prima.'* (respondent 14)

### 3.2.1.5 Conclusie

Welke aspecten van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg van belang worden geacht is afhankelijk van het perspectief van waaruit wordt gekeken. Begrip, het verdiepen in de cliënt en zijn of haar behoeften, wordt door zowel het management, de medewerkers als de cliënten van de organisatie van groot belang geacht. De wensen van de cliënt behoren volgens deze verschillende respondentengroepen op de eerste plek te staan. Zowel de medewerkers als de cliënten noemen de band die tussen de twee partijen ontstaat en het bijbehorende contact als één van de belangrijkste aspecten van de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. De cliënten van de thuiszorgorganisatie en de gemeentefunctionaris Wmo noemen daarbij iets wat samenhangt met de band tussen cliënt en medewerker: het belang van een vaste medewerker. Volgens het management mag hierbij de objectiviteit van de medewerker niet verloren gaan. Zonder de objectiviteit gaat de signaleringsfunctie die de medewerkers hebben namelijk verloren, welke ook door de medewerkers als een belangrijk aspect van thuiszorg wordt benoemd. Ook is enige afstand volgens het management en de medewerkers nodig om de privacy van de cliënten in de gaten te houden.

Naast deze relationele aspecten van kwaliteit is ook gesproken over de kwaliteitsaspecten van de huishoudelijke hulp an sich. Volgens de cliënten is ook belangrijk dat 'het schoonmaken zelf' op een goede manier gebeurt. De medewerkers benoemen daarbij de volgende kwaliteitsaspecten als belangrijk: betrouwbaarheid, hygiëne, structuur en zorgvuldigheid. Door het management wordt tot slot het intakegesprek nog van belang geacht voor de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg.

## 3.2.2 Hoe wordt de Wmo getypeerd door verschillende bij de Wmo betrokken actoren binnen de thuiszorg?

Er zit verschil in wat de respondentengroepen weten te vertellen over de Wmo. Daarom wordt deze vraag eerst beantwoord voor elk van de verschillende respondentengroepen. De behandeling van deze vraag wordt vervolgens afgesloten met een conclusie, waarin de antwoorden van de verschillende respondentengroepen weer met elkaar worden vergeleken.

### 3.2.2.1 Gemeente

De respondent bij de gemeente werkt bij het zogeheten Wmo-loket, waar cliënten een aanvraag kunnen doen voor zorg. De aanvraag wordt vervolgens behandeld door de klantmanagers. Voor de invoering van de Wmo bestond het loket al, het droeg destijds wel een andere naam.

Wanneer mensen een aanvraag doen voor zorg, wordt gekeken of zij hiervoor in aanmerking komen. Het inkomen van de cliënt wordt hierbij meegenomen. Vervolgens wordt gekeken welke indicatie, welke voorzieningen, het best passen bij de cliënt en mogelijk zijn binnen de Wmo. Vanuit de landelijke overheid werd het gebruik van een beslisboom voor de indicatie gestimuleerd. In de gemeente waar Trimenzo gevestigd is wordt dit middel niet gebruikt, de indicatie wordt verleend door persoonlijke contacten. De klantmanagers komen bij alle mensen thuis.

Een nadeel aan de Wmo is, volgens de respondent, dat zorg en huishoudelijke hulp niet meer binnen dezelfde wet vallen:

*'Als een cliënt verschillende typen thuiszorg nodig heeft, wordt dat door verschillende organisaties en verschillende mensen gedaan. Om half negen moet er bijvoorbeeld iemand zijn voor het douchen, maar ook iemand die voor de kinderen zorgt. Dat is heel onlogisch, dat is echt de Wmo. AWBZ heeft de zorg, Wmo heeft de huishoudelijke zorg. Iemand die het douchen doet en poetst, dat kon vroeger gewoon. Nu is dat veel lastiger.'* (respondent 8)

De respondent legt uit dat het feit dat de gemeente nu de indicatie voor de huishoudelijke hulp verzorgt ook een voordeel heeft. Voorheen werden alle indicaties gedaan door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Nu geldt dit alleen nog voor de zorg die onder de AWBZ valt. Het CIZ verzorgt deze indicaties middels telefonische gesprekken. De respondent is hier niet over te spreken:

*'De telefonische indicatie van het CIZ is wel anders. Die hebben geen idee van wat er gebeuren moet. ... Ik hoop dat de AWBZ ook naar de gemeente gaat, omdat het dichterbij is. Je kan dan gewoon alles in een keer meepakken, dat is gewoon handig. Ooit komt het allemaal weer bij de gemeentes terecht, gewoon zo als het vijftientig jaar geleden was.'* (respondent 8)

Van de vijf gegunde organisaties is Trimenzo, samen met nog een organisatie, de enige waarbij een combinatie van zorg en huishoudelijke hulp nog verleend kan worden door dezelfde medewerker. Dit komt volgens de respondent omdat het een lokale organisatie. Binnen grote, landelijke organisaties is dit niet meer mogelijk.

Tot slot: de respondent laat weten dat er tijdens het aanbestedingsproces veel onrust is geweest bij de cliënten van huishoudelijke hulp.

### 3.2.2.2 Management van de organisatie

Met het management is gesproken over de verschillende kenmerken van de Wmo en de gevolgen hiervan. Deze kenmerken worden nu één voor één besproken, waarbij ook wordt ingegaan op het effect dat het kenmerk heeft op de organisatie.

#### Aanbestedingsproces

Twee leden van het management geven aan dat er bij het aanbestedingsproces met name naar de prijs van de zorg wordt gekeken:

*'Ik vind dat ze het gewoon op basis van cliëntonderzoek moeten doen bij de organisaties. Maar de prijs is volgens mij het meest doorslaggevend. Blijft gewoon een hele rare bedoening die aanbesteding.'* (respondent 6)

Een ander legt uit dat het bij de aanbesteding gaat om een goede kwaliteit tegen een geschikte prijs, waarbij de prijs slechts voor een gedeelte bepalend is:

*'Verschillende onderdelen waren van belang. Je moest in ieder geval voldoen aan een aantal kwaliteitseisen. Bijvoorbeeld over de inzet van je personeel, dat ze goed gekwalificeerd zijn. Één van de onderdelen was de prijsvorming. Elk onderdeel kreeg punten, de prijs was voor ongeveer 30% bepalend.'* (respondent 7)

Één van de leden van het management is afkomstig van een organisatie die niet gegund werd door de gemeente. Deze respondent geeft aan dat de uitslag van de aanbesteding heftig was voor zowel



de medewerkers als cliënten van de organisatie. De meeste cliënten zijn samen met hun medewerker overgegaan naar een andere organisatie, waardoor de cliënt dezelfde medewerker kon houden.

Tijdens de aanbesteding hebben ook een aantal landelijke organisaties meegedaan, waarvan sommige zijn ontstaan uit schoonmaakbedrijven. Omdat de Wmo huishoudelijke hulp van de andere typen thuiszorg onderscheid, zijn ook deze organisaties zich op de markt voor huishoudelijke hulp gaan begeven.

Trimenzo is bovenaan het lijstje gegunde organisaties terecht gekomen. Als mensen zorg aanvragen kunnen ze kiezen uit de vijf organisaties, maar:

*‘Als een cliënt aangeeft dat het hem niet uitmaakt bij welke zorgorganisatie hij terecht komt, dan komt hij bij Trimenzo terecht. Trimenzo heeft wat dat betreft een voorkeurspositie. Ja, dat is wel een groot aandeel..’ (respondent 7)*

Doordat Trimenzo in het aanbestedingsproces bovenaan is komen te staan, is de organisatie ook wegens een andere reden gegroeid. In het bestek van de aanbestedingsprocedure was namelijk verwerkt dat organisaties die gegund zouden worden, verplicht waren cliënten de mogelijkheid te bieden dezelfde medewerker te houden. Deze medewerker zou dan onder dezelfde arbeidsvoorwaarden terecht kunnen bij organisatie die wel gegund is.

*‘We zijn behoorlijk gegroeid. Een grote organisatie met het grootste aantal huishoudelijke klanten binnen de gemeente is met de gunning buiten de boot gevallen. De cliënten moesten dus voor iets anders kiezen, het ging om 260 mensen. Daarvan zijn er 180 in één klap bij Trimenzo bijgekomen. Dat betekent dat we ook in één keer zo’n 50 medewerkers erbij hebben gekregen. ... In drie, vier jaar, sinds de invoering van de Wmo is Zorg aan Huis enorm gegroeid. Elke week krijgen we er wel wat cliënten bij.’ (respondent 7)*

Tot slot geven de leden van het management aan dat het aanbestedingsproces voor onrust heeft gezorgd bij zowel de medewerkers als cliënten. Daarnaast verwachten zij dat deze groepen verder niet veel hebben gemerkt van de Wmo doordat Trimenzo bij de gegunde organisaties hoort.

## **Indicatie**

Twee respondenten gaven aan dat het indiceren van zorg positief is veranderd door de komst van de Wmo:

*‘Nu is het van, de gemeente geeft de indicaties uit. En die zijn daar toch wat makkelijker mee. Je moet geen puntensysteem aanhouden, misschien heb jij bijvoorbeeld wel heel veel was en ik maar een klein beetje.’ (respondent 4)*

*‘Het is wat opener geworden allemaal, wij zijn afhankelijk van de indicatie, maar zij ook van de hulp die ze kunnen inzetten. Eerder had je wel eens van ik moet eigenlijk een uitbreiding aanvragen, maar ik krijg het vast niet voor elkaar, dan had je wel eens het gevoel dat je in twee werelden bezig bent. Nu is het gewoon 95% kans dat je het krijgt. Zij weten wel dat wel dat we het niet vragen als het niet nodig is, dat vertrouwen. Dat vind ik een groot voordeel van de Wmo.’ (respondent 6)*



Dat de indicatie voor huishoudelijke hulp nu lokaal geregeld wordt, kan ook een negatieve kant hebben. Een respondent noemt dat er, omdat het om een kleine gemeente gaat, wel gelet moet worden op de privacy van de cliënten:

*'We bespreken één keer per maand de wachtlijst. Dan kunnen er dingen ter sprake komen die privacygevoelig zijn. Maar dat wordt dan ook wel ingeperkt hoor. Voor de rest heb ik er alleen maar positieve ervaringen mee.'* (respondent 6)

### **Eigen bijdrage**

Doordat het beleid met betrekking tot huishoudelijke hulp sinds de Wmo lokaal geregeld wordt, kan de eigen bijdrage die cliënten moeten betalen voor thuiszorg per gemeente sterk verschillen. Een aantal van de respondenten begon hierover, toen gevraagd werd naar de belangrijkste kenmerken van de Wmo. Beide respondenten maken zich hier zorgen over:

*'Ik vind het ook gewoon oneerlijk dat er zulke verschillen tussen gemeenten kunnen zijn over de eigen bijdrage. Ik maak me zorgen als de AWBZ er ook naartoe gaat. Als iemand door die hoge bijdrage geen zorg wil, en die komt in het ziekenhuis terecht, dan gaat het je zelfs nog meer geld kosten!'* (respondent 2)

*'Die eigen bijdrage is puur op inkomsten gebaseerd. Het is ook een hele rare regeling hoor, in het verleden was die voor verpleging, verzorging en huishouding allemaal hetzelfde. Sinds het bij de Wmo ligt betaal je voor een uurtje huishouding veel meer dan voor een uurtje verpleging bijvoorbeeld.'* (respondent 6)

### **Verhouding hv1/hv2**

Het verschil tussen hv1 en hv2 zit in de mate van ondersteuning aan de cliënt. Het volgende citaat illustreert dit goed:

*'Bij hv2 neem je een deel van de cliënt over. Bij hv1 zegt de cliënt zelf zou je me vandaag de ramen willen wassen of de koelkast willen schoonmaken. Bij hv2 zegt de medewerker van zal ik vandaag je ramen wassen of de koelkast schoonmaken, want dat moet nodig gebeuren.'* (respondent 7)

Uit onderzoek is gebleken dat in de meeste gemeentes het percentage hv1 binnen de huishoudelijke hulp is gegroeid sinds de invoering van de Wmo. Het tarief voor hv1 ligt voor de gemeente lager, waardoor hv1 de zorgverlenende organisatie minder oplevert. In de gemeente waar Trimenzo is gevestigd, is dit juist niet het geval:

*'De meeste gemeentes hebben meer hv1 gekregen, maar Voorst niet. In de gemeente Voorst levert dat voor ons gunstige getallen op: er is minder hv1 nodig dan hv2. In andere gemeentes is dat even veel of is er meer hv1 nodig. ... Ik neem aan dat ze in Voorst eerlijk zijn geweest en uit ervaringsonderzoek blijkt dat dit reële cijfers zijn.'* (respondent 7)

### **3.2.2.3 Medewerkers van de organisatie**

Hoe de Wmo wordt getypeerd door de medewerkers wordt, net als bij het management, per kenmerk besproken.

Alle medewerkers gaven aan dat er voor hun werkzaamheden in principe niets is veranderd, behalve dat de papieren die ze moeten invullen iets veranderd zijn. Wel hebben ze meegekregen dat er nu sprake is van een aanbestedingsproces waardoor de huishoudelijke tak van Trimenzo is gegroeid en dat de rol van de gemeente is veranderd.

### **Aanbestedingsproces**

Drie van de geïnterviewde medewerkers geven aan dat er tijdens het aanbestedingsproces veel over de gunning werd gepraat. Een ander geeft aan dat het bij haar totaal niet leefde.

Geen van de respondenten is positief over de aanbesteding van zorg. Alle medewerkers geven aan dat ze denken dat geld een grote rol speelt bij de aanbesteding, een aantal maakt zich hier zorgen over:

*‘Dan denk ik wel eens, dit is zorg. Maar het lijkt net alsof we bij de grote bouw zijn. Want ze zeggen nu, voor zoveel geld willen we de zorg gaan leveren. Nou wat houdt dan in? Dat ze zich goedkoop ingeschreven hebben. Ze moeten het wel waarmaken. Daar heb ik wel af en toe m’n twijfels over.’* (respondent 1)

*‘Het is puur een stomme geldkwestie, het moet zo goedkoop mogelijk. Maarja, hoever ga je dan he?’* (respondent 5)

Twee van de respondenten gaven aan dat de huishoudelijke tak van Trimenzo flink gegroeid is door de Wmo. Deze respondenten maken zich hier zorgen over:

*‘Nou hebben ze heel veel medewerkers en cliënten hiernaartoe getrokken. Dan denk ik, waar gaan we naartoe? Ik hoop gewoon dat ze het overzicht niet kwijt raken. Ik ken ze allemaal al lang niet meer. Laatst moest ik voor iemand invallen, en die kende ik dus helemaal niet! Dat vind ik toch wel een minpuntje hebben.’* (respondent 1)

Elke geïnterviewde medewerker geeft aan dat het aanbestedingsproces bij de cliënten van huishoudelijke verzorging voor onrust heeft gezorgd. De cliënten waren met name bang de vaste medewerker kwijt te raken:

*‘Dan krijg je anderen in huis, dat kan. Anderen in huis? Ja mevrouw, die kans bestaat! Ze werden er toch wel onrustig van.’* (respondent 10)

*‘Bang om het vertrouwde kwijt te raken, bang dat Trimenzo het niet krijgt. Toch dat onbekende weer. Mensen hechten zich snel, als iets goed is moet het goed blijven.’*

### **Verandering rol gemeente**

Drie van de geïnterviewde medewerkers geven aan dat ze niets merken van het feit dat de rol van de gemeente is gegroeid. Eén van hen legt uit dat de lokaliteit niet als negatief wordt ervaren doordat Trimenzo de gunning heeft gekregen, wanneer dit niet het geval was geweest had het oordeel volgens haar anders kunnen zijn.

Van het feit dat de indicatiestelling voor huishoudelijke hulp nu door de gemeente wordt gedaan hebben de medewerkers niets gemerkt. Wanneer zij denken dat de indicatie voor een cliënt niet in orde is, wordt dit doorgegeven aan de zorgmanager.

### 3.2.2.4 Cliënten van de organisatie

De geïnterviewde cliënten merken weinig van de Wmo. Eén van de cliënten geeft aan het ook niet te interesseren:

*'Nee, daar weet ik echt helemaal niks van. Interesseert me ook allemaal niks eigenlijk. ... Ik ben al 86, ik maak me daar echt niet meer druk om.'* (respondent 12)

Deze cliënt geeft aan dat er wel steeds meer cliënten bij komen voor de organisatie, maar hier zelf niets van te merken. Een andere cliënt weet te vertellen dat de Wmo veel te maken heeft met de samenstelling van het gemeentebestuur, maar geeft aan dat de veranderingen nog niet goed te beoordelen zijn.

### 3.2.2.5 Conclusie

Hoe de Wmo wordt getypeerd verschilt per type respondent. Dat de rol van de gemeente is veranderd wordt door de gemeentefunctionaris als positief beoordeeld omdat de indicatie nu dichterbij de cliënt plaatsvindt en door middel van persoonlijke gesprekken wordt gedaan. Nadeel is volgens deze respondent wel dat huishoudelijke verzorging en andere typen van thuiszorg niet meer binnen één wet geregeld worden, waardoor de inzet van meerdere medewerkers per cliënt eerder noodzakelijk is. Ook het management van de organisatie beschouwt het als positief dat de indicatie nu door de gemeente wordt gedaan. Hierbij wordt genoemd dat er nu sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid, waarvan voorheen geen sprake was. Wel wordt gezegd dat de privacy nu meer in de gaten moet worden gehouden. De medewerkers en cliënten merken niets van het feit dat de gemeente sinds de invoering van de Wmo een grotere rol heeft de indicatie verzorgt.

De medewerkers van de organisatie hebben in hun werkzaamheden niets gemerkt van de invoering van de Wmo, behalve het feit dat zij andere papieren in moeten vullen. De aanbesteding leefde wel bij de medewerkers, niemand van de respondenten was hier positief over. Een aantal van de medewerkers maakt zich zorgen over de rol die geld speelt tijdens de aanbesteding, evenals een aantal leden van het management van de organisatie. Een ander geeft daarentegen aan dat de prijs slechts voor 30% bepalend is. Elk van de geïnterviewde partijen geeft aan dat er tijdens de aanbesteding sprake was van onrust bij de cliënten. Daarnaast wekt het feit dat de eigen bijdrage per gemeente sterk kan verschillen zorgen op bij de verschillende partijen.

De geïnterviewde leden van het management geven aan dat de afdeling huishoudelijke hulp van de organisatie sterk gegroeid is wegens twee redenen: doordat cliënten die geen voorkeur uitspreken voor een zorgorganisatie Trimenzo toegewezen krijgen en doordat in het aanbestedingsbestek opgenomen was dat cliënten het recht hadden hun huishoudelijke hulp mee te nemen. Een aantal van de geïnterviewde medewerkers zegt zich zorgen te maken over deze groei. De cliënten zeggen zelf niets van de groei te merken.

Tot slot is opvallend dat de gemeente Voorst een relatief hoog percentage hv2 geïndiceerd heeft. Bij de meeste gemeenten is het percentage hv1, een goedkoper type zorg, hoger dan het percentage hv2.

### 3.2.3 Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg?

Voor de beantwoording van deze empirische vraag is gevraagd naar het effect van de Wmo op verschillende aspecten van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Tijdens de interviews werd eerst gevraagd naar de invloed van de aspecten van kwaliteit die volgens de respondent zelf belangrijk zijn. Vervolgens kwamen aspecten van kwaliteit aan bod waarvan uit de literatuur gebleken was dat deze van belang worden geacht gezien vanuit de verschillende perspectieven op kwaliteit binnen de thuiszorg. De volgende kwaliteitsaspecten kwamen hierbij aan bod:

- ◆ De betrouwbaarheid van de organisatie; wordt de beloofde dienst snel en accuraat geleverd?
- ◆ Het reactievermogen van de organisatie; hoe snel wordt gereageerd op een zorgaanvraag?
- ◆ De bekwaamheid van de medewerkers, gelet op opleiding en vaardigheden.
- ◆ De hoffelijkheid van de medewerkers; het respect, de betrouwbaarheid, de zorgvuldigheid, de menselijke warmte en de betrokkenheid van de medewerker.
- ◆ De veiligheid van de geleverde zorg.
- ◆ De toegankelijkheid (bereikbaarheid) van de organisatie.
- ◆ De communicatie; wordt er geluisterd en gecommuniceerd in begrijpelijke taal met de cliënt door het management en de medewerkers van de organisatie?
- ◆ Het begrip van de medewerkers en de organisatie; verdieping in de cliënt en zijn of haar behoeften.

Voor elk van deze kwaliteitsaspecten is gevraagd op welke wijze de Wmo invloed heeft op het desbetreffende aspect. Tijdens het interviewen bleek al gauw dat er verschil zit in de mate waarop de kwaliteitsaspecten relevant zijn binnen deze context. Wanneer werd gesproken over het effect van de verschillende kenmerken van de Wmo op de kwaliteit van de thuiszorg, bleek het voor de respondent vaak lastig te definiëren op welk aspect van kwaliteit het kenmerk invloed had. Vaak werd gesteld dat een kenmerk van de Wmo, bijvoorbeeld de lokalisering, invloed heeft op 'de' kwaliteit van thuiszorg. Eerst wordt daarom ingegaan op de invloed van de Wmo op de verschillende aspecten van kwaliteit, waarna wordt besproken wat de invloed van de Wmo is op de totale kwaliteit binnen de thuiszorg.

#### 3.2.3.1 De wijze waarop de Wmo invloed heeft op de verschillende aspecten van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg

De kwaliteitsaspecten van thuiszorg waarop de Wmo mogelijk invloed heeft zullen in de volgorde behandeld worden zoals ze hierboven beschreven staan.

De betrouwbaarheid van de organisatie is volgens de respondenten niet beïnvloed door de Wmo. Ook het reactievermogen is volgens de respondenten niet veranderd. Elk van de geïnterviewde medewerkers heeft aangegeven dat de zorgaanvragen over het algemeen snel verwerkt kunnen worden:

*'Was altijd al heel snel, is niet veranderd denk ik. Er zijn heel veel cliënten bijgekomen natuurlijk, maar die medewerkers ook dus.. Dat heft elkaar wel op.'* (respondent 11)

De bekwaamheid is volgens de leden van het management van Trimenzo niet veranderd. Twee van de geïnterviewde medewerkers geven aan zich zorgen te maken over de opleiding en vaardigheden van de medewerkers nu de afdeling huishouding van Trimenzo zo gegroeid is:

*'Je kunt wel cliënten aannemen, maar je moet wel kwaliteit blijven leveren. Zowel bij huishouding al bij zorg. Je moet kunnen inzien als cliënten achteruitgaan. ... Met huishouden kan dat ook een cursus zijn, of hoe ga je om met oudere mensen enzovoort, maar je zult toch wel iets moeten weten.'* (respondent 10)

Het management probeert de nieuwe medewerkers zoveel mogelijk op de hoogte te stellen van wat de Trimenzo als kwaliteit ziet:

*'Er zijn nu heel veel nieuwe medewerkers, die afspraak was binnen het Wmo gemaakt. Die kan je niet zomaar ontslaan, mensen met een contract voor onbepaalde tijd. Voor de kwaliteit betekent dat dat je heel hard moet werken om die nieuwe medewerkers allemaal op de hoogte te stellen van jouw manier van kwaliteit in het werk.'* (respondent 7)

Door één van de geïnterviewde medewerkers wordt opgemerkt dat de klantvriendelijkheid in de thuiszorg in het gedrang kan komen wanneer schoonmaakbedrijven huishoudelijke hulp gaan verlenen:

*'Schoonmaakbedrijven, die mogen dat nooit overnemen. Dan denk ik van klantvriendelijkheid, een schoonmaakbedrijf? Het is maar te hopen dat de gemeente kwaliteit belangrijk vindt.'* (respondent 5)

De andere kenmerken van hoffelijkheid; respect, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, menselijke warmte en betrokkenheid van de medewerker zijn volgens de respondenten niet beïnvloed door de invoering van de Wmo.

De veiligheid van de thuiszorg is volgens de respondenten niet beïnvloed door de komst van de Wmo. Huishoudelijke hulp levert niet veel risico's op. Wanneer huishoudelijke hulp in combinatie met een ander type thuiszorg wordt verleend is veiligheid wel een belangrijk kenmerk van kwaliteit. Dit aspect zou dan kunnen samenhangen met de bekwaamheid van de medewerkers.

De toegankelijkheid van de organisatie is volgens cliënten en medewerkers niet beïnvloed door de invoering van de Wmo. Deze was en is volgens de respondenten prima. Ook het management beoordeelt de bereikbaarheid van de organisatie even goed als voor de invoering van de Wmo. Eén van de respondenten stelt dat dit anders zou kunnen zijn bij bijvoorbeeld een schoonmaakbedrijf:

*'Die zijn heel landelijk opererend en hebben ook geen fysieke omgeving. Mensen lopen daar niet binnen. Nou doen mensen dat hier ook niet echt denk ik, maar die mogelijkheid hebben ze wel. En ik ben eigenlijk altijd wel bereikbaar.'* (respondent 6)

De communicatie met de cliënten is volgens de cliënten en de medewerkers van Trimenzo niet veranderd doordat de Wmo is ingevoerd. Tot slot: ook in het begrip voor de behoeften van de cliënt is volgens de verschillende geïnterviewde respondentengroepen niets veranderd.

### 3.2.3.2 De wijze waarop de Wmo invloed heeft op de totale kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg

Op de vraag of er verandering was in de kwaliteit van de huishoudelijke hulp sinds de invoering van de Wmo reageerde één van de leden van het management als volgt:

*'Nee volgens mij niet. Je blijft gewoon door leveren he. De mensen die al bij de cliënt zaten, die blijven daar ook. En die doen gewoon hun best.'* (respondent 4)

De medewerkers van Trimenzo reageren op dezelfde manier, een voorbeeld hiervan:

*'De mensen die aan het werk zijn, je wil toch dat de cliënten tevreden zijn dus.. Als ik het bij mezelf na ga is het voor de kwaliteit van ja, die mensen kunnen er ook niets aan doen dat het zo gaat. Je probeert er gewoon het beste van te maken.'* (respondent 5)

Ook het feit dat geld in het aanbestedingsproces een rol speelt, heeft volgens de leden van het management geen invloed op de kwaliteit op de werkvloer. Wel geeft één van de respondenten aan dat het niet echt wenselijk is dat schoonmaakbedrijven zich op de thuiszorgmarkt gaan begeven:

*'Organisaties die niks hebben met zorg, als je dan kijkt naar de kwaliteitseisen, dan denk ik van ja, op het randje.'* (respondent 6).

Eén van de cliënten geeft aan zich zorgen te maken over het feit dat geld een rol speelt in de aanbesteding:

*'De goedkoopste komt dan aan de bak. Dat is met de reiniging en overal mee. Maar of het daar beter van wordt is natuurlijk een andere vraag. Net als met de PTT en het spoor, privatisering heeft nog nooit wat goeds opgeleverd. Kijk maar naar de bladeren, die liggen nog steeds op de rails!'* (respondent 14)

De Wmo lijkt direct geen invloed te hebben op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Indirect zou de Wmo toch effect kunnen hebben op de kwaliteit, wat nu wordt uitgelegd aan de hand van twee onderwerpen die het meest aan de orde kwamen tijdens de interviews: de groei van de afdeling huishouding van Trimenzo en de verandering van de rol van de gemeente.

#### Groei afdeling huishouding

Wanneer werd gevraagd welke invloed de Wmo heeft op de kwaliteit in de thuiszorg kwam bij elke respondentengroep vaak de groei van de huishoudelijke afdeling van Trimenzo ter sprake. Door één van de leden van het management wordt aangegeven dat er tijdens de groei wel eens werk bleef liggen, maar dat hierop is ingesprongen door een extra teamleiders en ondersteunde functies aan te stellen. In een aankomende reorganisatie wordt de groei van de 'Zorg aan Huis'-afdeling ook meegenomen. Door het management wordt daarnaast gesteld dat er veel aandacht besteed moet worden aan het bekend maken van de nieuwe medewerkers met de organisatie.

Drie van de geïnterviewde medewerkers geven aan dat de kwaliteit van de thuiszorg goed bewaakt moet worden nu er zoveel cliënten en medewerkers bij zijn gekomen. Zij geven daarbij aan dat de nieuwe medewerkers niet altijd goed lijken te weten welke taken bij Trimenzo onder huishoudelijke

hulp vallen, dat het mogelijk is dat door de groei personeel wordt aangenomen die niet bekwaam genoeg is en dat de sociale controle tussen medewerkers sterk verminderd is. Twee anderen zien geen effect op de kwaliteit op de werkvloer en een ander stelt dat het juist prettig is dat de huishoudelijke afdeling duidelijk gescheiden is van de andere typen thuiszorg.

Elk van de geïnterviewde cliënten geeft aan te merken dat Trimenzo gegroeid is, zij zien dit echter niet terug bij de huishoudelijke hulp die zij ontvangen.

### **Verandering rol gemeente**

Om het aantal jaar wordt binnen Trimenzo een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden. Eén van de leden van het management weet de vertellen dat de gemeente wil gaan verplichten dat dit jaarlijks gebeurt. Deze respondent is het hier niet mee eens omdat het geld beter gebruikt zou kunnen worden:

*‘En ik weet vanuit de Wmo, die willen het zelfs jaarlijks. Waarmee wij dus op kosten worden gejaagd. Dat wordt betaald door de organisatie. ... De klacht die je hoort van cliënten is: weer zo’n onderzoek, alweer iets tekenen.. Ik vraag me af of ze dat jaarlijks moeten gaan doen, wat moeten ze met al die info? Dan kunnen we het geld wel beter gebruiken; voor de cliënt.’*  
(respondent 2)

Eén van de leden van het management vindt het jammer dat de gemeente de organisatie nooit heeft geïnformeerd over de kwaliteitsnormen die de gemeente van belang vindt. Ook verbaast deze respondent zich erover dat de afgesproken kwaliteitsnormen (binnen het aanbestedingsproces) nooit zijn getoetst door de gemeente:

*‘Intramuraal heb je allemaal normen gemeten en aangeleverd, maar daar is nooit wat over terug gegeven. ... We hebben van alles ingeleverd bij de gunning, maar daar verder nooit wat op terug gekregen. Dus blijkbaar is wat we hebben aangeleverd goed geweest. Maar ik ben wel benieuwd in hoeverre de gemeente dan nog normen heeft.’* (respondent 2)

De leden van het management die goed zicht hebben op de indicaties die de cliënten krijgen, geven aan dat door het lokale karakter de indicaties nu beter aansluiten bij de behoefte van de cliënt (zie hiervoor ook paragraaf 3.2.2.2). Volgens deze respondenten heeft dit daarom ook een positieve invloed op de totale kwaliteit van de huishoudelijke hulp. Wanneer de medewerkers van mening zijn dat de indicatie niet klopt, zeggen zij dit door te geven aan het management. Elk van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat zij op de hoogte is van het feit dat de indicatie nu door de gemeente gesteld wordt, de respondenten zien echter geen verandering in de indicaties zelf.

### **3.2.3.3 Conclusie**

Voor de respondenten was het lastig aan te geven op welk van de kwaliteitsaspecten de kenmerken van de Wmo van invloed zijn. De betrouwbaarheid van de organisatie, het reactievermogen van de organisatie, de hoffelijkheid van de medewerkers, de veiligheid van de zorg, de toegankelijkheid van de organisatie, de communicatie naar de cliënt en het begrip voor de behoefte van de cliënt zijn volgens de verschillende respondentengroepen niet beïnvloed door de kenmerken van de Wmo. De klantvriendelijkheid in de thuiszorg kan, volgens een aantal respondenten, in het geding komen wanneer schoonmaakbedrijven zich door de komst van de Wmo op de markt van gaan begeven. Ook één van de cliënten gaf aan zich hier zorgen over te maken. Twee geïnterviewde medewerkers gaven



aan zich zorgen te maken over de bekwaamheid van de nieuwe medewerkers nu de huishoudelijke tak van Trimenzo, als indirect gevolg van de invoering van de Wmo, snel gegroeid is. Het management gaf aan dat daarom zoveel mogelijk wordt geprobeerd de nieuwe medewerkers op de hoogte te stellen van wat Trimenzo als kwaliteit ziet.

De medewerkers en het management van Trimenzo gaven over het algemeen aan dat er geen directe verandering te zien is in de totale kwaliteit op de werkvloer door de kenmerken van de Wmo. Indirect zou de verandering van de rol van de gemeente en de groei van de afdeling huishoudelijke hulp bij Trimenzo wel van invloed kunnen zijn op de totale kwaliteit in de thuiszorg. Het management beschouwt het als positief dat de indicaties nu door de gemeente worden verzorgd. Medewerkers en cliënten hebben hierin geen verandering opgemerkt. Eén van de leden van het management geeft daarnaast aan dat de gemeente na het aanbestedingsproces niets heeft laten weten over de gehanteerde kwaliteitsnormen. Ook heeft deze respondent nog niets van controle op de, tijdens het aanbestedingsproces afgesproken, kwaliteitscriteria gemerkt vanuit de gemeente.

De groei van de afdeling huishoudelijke hulp (binnen de thuiszorg) lijkt als gevolg van de invoering van de Wmo de meeste invloed te hebben op de kwaliteit van de thuiszorg. Het management gaf aan dat het werk wel eens bleef liggen, maar dat dit is opgelost door extra managements- en ondersteuningsfuncties. Er wordt door het management geprobeerd de nieuwe medewerkers zoveel mogelijk bekend te maken met hun nieuwe organisatie. Dat dit wellicht ook nodig is blijkt uit het feit dat de geïnterviewde medewerkers aangeven dat sociale controle minder groot is, de bekwaamheid van de nieuwe medewerkers minder zou kunnen zijn en de nieuwe medewerkers niet altijd weten welke taken Trimenzo aan huishoudelijke hulp toekent. De cliënten zijn op de hoogte van de groei bij Trimenzo, maar zeggen dit niet terug te zien in de kwaliteit van de hulp bij hun thuis.

### 3.3 Discussie

De regierol die de gemeente ten aanzien van onder andere huishoudelijke verzorging heeft gekregen maakt dat lokaal beleid sterk bepalend is geworden voor de kwaliteit van thuiszorg; de manier waarop indicaties worden gesteld en voorzieningen worden getroffen voor de burger zijn hiervan afhankelijk. Hoe dit wordt gedaan is voor een groot deel afhankelijk van het geld dat de gemeente beschikbaar stelt voor zorg. Het geld dat de gemeente uit het Gemeentefonds ontvangt is niet geormerkt, het kan besteed worden aan wat dan ook (Raad voor de financiële verhoudingen, 2008).

In de gemeente Voorst, waar onderzoek is gedaan, is meer huishoudelijke zorg geïndiceerd van het type hv2 dan van het type hv1. Bij hv1 gaat het om een lichtere vorm van zorg die minder geld kost voor de gemeente en minder geld oplevert voor de zorgverlenende organisatie. Uit onderzoek is gebleken dat na de invoering van de Wmo in 2007, in de meeste gemeenten juist meer hv1 is geïndiceerd dan hv2 (van der Velde, Smeets & van Essen, 2007: 35-37). Het zou daarom kunnen dat de kwaliteit van thuiszorg in deze gemeenten anders wordt beoordeeld. Een onderzoek dat op grotere schaal plaatsvindt en waarin meerdere gemeenten met elkaar worden vergeleken zou dit kunnen uitwijzen.

De organisatie waar onderzoek is gedaan, Trimenzo, is een lokale organisatie die naast huishoudelijke hulp ook andere typen van zorg verleent. Niet elke gemeente kiest ervoor om huishoudelijke hulp aan te besteden bij een dergelijke organisatie; gemeenten kunnen huishoudelijke



hulp ook inkopen bij bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven (FNV, 2008). Een aantal functies van de thuiszorg gaat verloren wanneer een dergelijk organisatie dit type thuiszorg verleend. Hieronder valt de signalering van achteruitgang bij de cliënt, waarvan gebleken is dat dit een erg belangrijk onderdeel is van huishoudelijke hulp. Voor de kwaliteit van de zorg maakt het veel uit welk type organisatie gegund wordt, nader onderzoek zou ook kunnen vaststellen welke invloed dit heeft.

# Conclusie

De Nederlandse gezondheidszorg is de afgelopen jaren op verschillende manieren aan verandering onderhevig geweest. In dit onderzoek stond één van die veranderingen centraal; de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Door de invoering van deze wet is de privatisering en marktwerking in de zorg toegenomen en er wordt aanspraak gedaan op de verantwoordelijkheid van de burger. Daarnaast is de gemeente een belangrijke rol gaan spelen: de gemeente is verantwoordelijk geworden voor de ontwikkeling van het beleid omtrent maatschappelijke ondersteuning en draagt zorg voor de uitvoering daarvan. Aanleiding voor dit onderzoek is de vraag naar het effect van deze ontwikkeling op de kwaliteit van zorg, de hoofdvraag die leidend is geweest luidt als volgt:

*‘Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening binnen de thuiszorg?’*

Het onderzoek is gericht op de thuiszorg omdat dit één van de meest belangrijke velden is waar de Wmo toepassing op heeft. Daarnaast is in de thuiszorg veel voordeel te behalen ten aanzien van de belangrijkste reden voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel; het verlagen van de kosten voor de zorg.

De hoofdvraag is beantwoord door middel van een theoretisch en empirisch onderzoek. De literatuur heeft een basis gevormd voor het empirische onderzoek en heeft daarnaast gezorgd voor een verwachting ten aanzien van de resultaten van het empirisch onderzoek. In zowel het theoretische als het empirische deel van dit onderzoek zijn dezelfde stappen gemaakt om op die manier tot een antwoord op de hoofdvraag te komen. Eerst is gekeken naar wat kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg inhoudt, ofwel; wanneer kan men eigenlijk spreken van kwaliteit in de thuiszorg? Vervolgens is gekeken naar de kenmerken die Wmo heeft en de manier waarop deze wordt getypeerd door verschillende actoren. Pas nadat deze stappen zijn genomen is gekeken naar de manier waarop de kenmerken van de Wmo invloed hebben op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg. Om een conclusie te kunnen geven worden nu dezelfde stappen genomen, waarbij theorie en empirie aan elkaar worden gekoppeld.

## **Waardoor wordt de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg bepaald?**

Uit de literatuur bleek dat de manier waarop gekeken wordt naar kwaliteit van dienstverlening afhankelijk is van het perspectief van waaruit gekeken wordt, verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de verschillende kwaliteitsdomeinen. Dit blijkt slechts deels te kloppen; er zit verschil in de manier waarop de verschillende actoren naar kwaliteit kijken, maar er is wel veel overlap aanwezig in de manier waarop zij belang hechten aan bepaalde aspecten van kwaliteit.

Dat de waarden en normen van de medewerkers geen extraatje, maar juist de kern van het professionele handelen zijn blijkt uit de interviews met elke respondentengroep. Zowel de cliënten, de medewerkers en het management zien de relationele waarden die morele kwaliteiten tot uitdrukking brengen als het belangrijkste aspect van thuiszorg. Het begrip van de wensen van de cliënt komt daarbij op de eerste plaats. Ook het belang van contact en een band tussen cliënt en medewerker wordt door de respondentengroepen onderstreept. Het management plaatst hierbij wel de kanttekening dat de objectiviteit van de medewerkers niet verloren mag gaan wegens de

signaleringsfunctie die zij hebben. Ook de medewerkers vinden het signaleren van eventuele achteruitgang bij de cliënt een belangrijk kwaliteitsaspect.

De huishoudelijke hulp moet volgens de respondenten op zichzelf ook van goede kwaliteit zijn: hygiëne, structuur en zorgvuldigheid worden daarbij belangrijk bevonden, maar de relationele waarden mogen zeker niet ontbreken.

### **Hoe kan de Wmo worden getypeerd?**

Uit het theoretische deel van dit onderzoek is gebleken dat door een verschuiving in het denken over verzorgingsstaat en beleid een tendens is ontstaan richting de privatisering van de publieke sector, decentralisatie van beleid en versterking van het burgerschap. De Wmo is een uitkomst van deze drie tendensen en bevat daarom kenmerken die hiermee samenhangen.

De versterking van het burgerschap is door de respondenten niet genoemd als één van de kenmerken van de Wmo. Dit zou kunnen komen doordat dit een relatief abstract begrip is, waarbij veel tijd nodig is voordat er verandering zichtbaar is. De decentralisatie van het beleid omtrent huishoudelijke verzorging wordt wel opgemerkt door de respondenten; dat de rol van de gemeente veranderd is werd vaak genoemd. Zowel de gemeente als het management van de organisatie vindt het positief dat de indicatiestelling door de lokalisering van het beleid dichtbij de cliënt plaatsvindt. Medewerkers en cliënten weten dat de indicatiestelling sinds de Wmo door de gemeente wordt gedaan, maar zien hierdoor geen verschil.

De medewerkers en cliënten hebben in de huishoudelijke hulp an sich geen verschil opgemerkt na de invoering van de Wmo. Wel weten zij te vertellen dat zorg nu aanbesteed wordt en dat hierdoor de marktwerking in de zorg versterkt is. Hierover zijn zij niet positief; zowel de medewerkers als het management zijn bang dat geld voor de gemeente zo'n grote rol gaat spelen dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de voorzieningen die zij voor de burgers treft. Elke respondentengroep gaf aan dat het aanbestedingsproces voor veel onrust heeft gezorgd, met name bij de cliënt. Een aantal van de respondenten gaf ook aan zich zorgen te maken over het feit dat er verschil kan ontstaan in de eigen bijdrage voor zorg tussen gemeenten.

De afdeling huishoudelijke hulp van Trimenzo is, als in direct gevolg van de privatisering van de zorg, flink gegroeid sinds de invoering van de Wmo. Dit komt onder andere doordat Trimenzo bovenaan het lijstje van gegunde organisaties terecht is gekomen; burgers die geen voorkeur uitspreken voor een organisatie komen automatisch bij Trimenzo terecht. De grootste groei komt echter doordat in het aanbestedingsbestek beschreven stond dat cliënten die moesten kiezen voor een andere zorgverlenende organisatie hun medewerker konden meenemen naar Trimenzo. Een aantal medewerkers maakt zich zorgen over de groei en ook het management houdt zich hiermee bezig. Hierover zal in de volgende stap meer aan bod komen.

### **Op welke wijze heeft de Wmo invloed op de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg?**

De respondenten vonden het lastig aan te geven op welk kwaliteitsaspect de kenmerken van de Wmo invloed hebben, wat nog maar eens bewijst dat het bij kwaliteit om een zogenoemd 'vague' concept gaat. De betrouwbaarheid van de organisatie, het reactievermogen van de organisatie, de hoffelijkheid van de medewerkers, de veiligheid van zorg, de toegankelijkheid van zorg, de

communicatie naar de cliënt en het begrip voor de behoeften van de cliënt zijn volgens de verschillende respondentengroepen niet direct beïnvloed door de komst van de Wmo. De klantvriendelijkheid binnen de thuiszorg kan, wanneer schoonmaakbedrijven gegund worden, volgens een aantal respondenten achteruitgaan. Een aantal medewerkers gaf aan zich zorgen te maken over de bekwaamheid van de zorgverlenende medewerkers.

Geen van de respondenten ziet een directe verandering van 'de' kwaliteit op de werkvloer. Indirect zouden de veranderde rol van de gemeente en de groei van de afdeling huishoudelijke hulp wel invloed kunnen hebben op de kwaliteit van thuiszorg. Dat de indicatie, door de lokalisering van het beleid, dichterbij de cliënt plaatsvindt kan volgens het management en de medewerker van de gemeente positief zijn voor de kwaliteit van de thuiszorg: deze zou beter afgestemd zijn. Als indirect gevolg van privatisering, namelijk de invoering van het Europese aanbesteden, en decentralisering; de rol die de gemeente hierbij speelt, is Trimenzo sterk gegroeid. Deze groei heeft volgens de respondenten de meeste invloed op de kwaliteit van de zorg. Door de sterke groei bleef er wel eens werk liggen bij het management, maar dit is opgelost door de invulling van nieuwe functies. Zowel medewerkers als het management spreken uit dat het zorg is de nieuwe medewerkers zoveel mogelijk bekend te maken met de kwaliteitsnormen van Trimenzo. Dit lijkt nodig te zijn; een aantal medewerkers geeft aan dat de sociale controle tussen medewerkers veel kleiner is geworden, de bekwaamheid van de nieuwe medewerkers minder groot zou kunnen zijn en dat nieuwe medewerkers niet altijd lijken te weten welke taken Trimenzo aan huishoudelijke hulp toekent.

### **Afronding**

De Wmo lijkt in de case die in dit onderzoek onderzocht is geen grote negatieve invloed op de kwaliteit te hebben gehad. Met name de groei van de afdeling huishoudelijke hulp zou invloed op kunnen hebben op de kwaliteit maar wanneer hier binnen de organisatie aandacht aan wordt besteed hoeft dit geen problemen op te leveren. Zoals ook in de discussie beschreven staat, maakt de regierol die de gemeente heeft gekregen in de Wmo dat de kwaliteit van de thuiszorg sterk afhankelijk is van het lokale beleid. Wanneer de gemeente een reëel bedrag over heeft voor zorg; indicaties stelt die passen bij de zorgaanvrager en voorzieningen treft voor de burger die van goede kwaliteit zijn, hoeft de kwaliteit van thuiszorg niet te worden aangetast. Lokalisering van beleid en privatisering in de publieke sector hoeft niet te betekenen dat de kwaliteit van de publieke sector achteruit gaat, wanneer de verschillende actoren de verantwoordelijkheid op zich nemen die hun wordt toevertrouwd.

# Literatuur

- Arcares. (2005). *Toetsingskader voor verantwoorde zorg*. Utrecht: Arcares.
- Baarda, Goede, d., & Teunissen. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Besouw, d. S., & Noordman, d. T. (2005). *Non-profit governance, zicht op de stand van zaken*. Den Haag: Smalltails.com.
- Bijsterveld, H. (2001). *Het ouderenperspectief op thuiszorg*. Groningen.
- Bijsterveld, N. R. (2001). *Het ouderenperspectief op zorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Boon, L. (1992). *Zorgvisies, prijs en kwaliteit*. Amstelveen.
- Boot, J., & Knapen, M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bossert, H., van Leeuwen, H., & Smidt, P. (2006). *Governance beter verklaard, goed bestuur in de zorgpraktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Bovendeur, I. (2008). Wat zijn prestatie-indicatoren? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* .
- Busch, M. (2008). *Welke instrumenten en initiatieven zijn gericht op stimuleren kwaliteit?* Bilthoven: RIVM.
- Cardoso Ribeiro, T., Hout, E. v., & Putters, K. (2007). *De zorg van het lokaal bestuur, consequenties van de Wmo*. Assen: Van Gorcum BV.
- CBS. (sd). Opgeroepen op maart 24, 2010, van <http://www.cbs.nl>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). Opgeroepen op januari 10, 2010, van <http://www.cbs.nl>
- Colsen, P., & Casparie, A. (1995). Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* , 297-299.
- CZ. (sd). *Thuiszorg - AWBZ*. Opgeroepen op februari 12, 2010, van <http://www.cz.nl/pzp-thuiszorg-awbz>
- den Dekker, J. (2008). *Mondzorg in sociaal perspectief*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Evans, D., Tan-Torres Edejer, T., Lauer, J., Frenk, J., & Murray, C. (2001). Measuring quality: from the system to the provider. *Intern Journal for Quality in Health Care*, 439-446.

FNV. (2008). *Maatschappelijk verantwoorde aanbesteding van de huishoudelijke hulp in de drie noordelijke provincies*. Amsterdam.

Gastelaars, M. (2006). *Excuses voor het ongemak, de vele gevolgen van klantgericht organiseren*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

IGZ. (2009). *Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt, kwaliteit van zorg onderzocht bij niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties*. Den Haag.

Kant, A. (sd). *WMO is Wet Maatschappelijke Onrust*. Opgeroepen op januari 17, 2010, van SP: [http://www.sp.nl/opinies/WMO\\_is\\_Wet\\_Maatschappelijke\\_Onrust.html](http://www.sp.nl/opinies/WMO_is_Wet_Maatschappelijke_Onrust.html)

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

Laeven, A. (2008). *Een gezonde blik naar buiten, marktoriëntatie van ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer.

Lemmens, N. (2003). *Facility services in Nederland, kwaliteit van professionele dienstverlening*. Utrecht: LEMMA BV.

Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (sd). *Invoering WMO*. Opgeroepen op januari 4, 2010, van <http://www.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/Prestatievelden/Prestatievelden.htm>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009, september 11). *Dossier thuiszorg*. Opgeroepen op februari 9, 2010, van <http://www.minvws.nl/dossiers/thuiszorg>

Peer, M. (2005). *De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)*. Maastricht: CESRT, Hogeschool Zuyd.

Plas, L., Noordhuizen, B., & van Vree, F. (2008). *Wet maatschappelijke ondersteuning, het aflopen van het overgangsrecht: effecten voor cliënten, gemeenten en thuiszorgorganisaties*. Zoetermeer: in opdracht van het ministerie van VWS.

Raad voor de financiële verhoudingen. (2008). *De gemeente en haar financiën*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

RIVM. (2008). *Hoe is de kwaliteit van de gezondheidszorg?* Bilthoven: RIVM.

RVZ. (2009). *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schaapman, M. (sd). *Overeenstemming over herziening zorgstelsel kwetsbaar compromis*. Opgeroepen op januari 6, 2010, van Eurofound: [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu)

Sociaal en Cultureel Planbureau. (sd). *Tot 2030 groei van zowel publieke als particuliere zorg voor ouderen*. Opgeroepen op januari 10, 2010

Thesaurus Zorg en Welzijn. (2007). Opgeroepen op januari 3, 2010, van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/curatievezorg.htm>

Tomas, J. (2005). *Kwaliteitssystemen in de zorg, last of lust?* Veenendaal: ZBC.

Trimenzo. (sd). Opgeroepen op maart 31, 2010, van <http://www.trimenzo.nl>

van Dam, A. (2004). *Kwaliteitsindicatoren in de zorg*. Veenendaal: ZBC.

van Dam, A. (2004). *Kwaliteitszorg in de thuiszorg met het HKZ-certificatieschema als basis*. Veenendaal: ZBC.

van Delden, J., Hertogh, C., & Manschot, H. (1999). *Morele problemen in de ouderenzorg*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.

van der Aa, W., & Elfring, T. (2003). *Management van dienstverlenende bedrijven*. Schoonhoven: Academic Service.

van der Ham, K., Roozendaal, M., & Schalk, R. (2006). *De Wmo komt!* Alphen aan de Rijn: Kluwer.

van der Kwast, P. (2005, juni 28). Zorgen over de zorg. *Intermediair Weekblad* .

van der Velde, F., Smeets, R., & van Essen, G. (2007). *De Wet maatschappelijke ondersteuning en de arbeidsmarkt in de thuiszorg*. Den Haag: FAOT.

van Elteren, A., Kunneman, H., & Rozing, M. (2006). *Thuiszorg in transitie, een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de zorg*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.

van Ewijk, H. (2006). De WMO als instrument in de transformatie van de welvaartsstaat en als impuls voor vernieuwing van het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* , 5-16.

Verkleij, H., & Westert, G. (2006). *Zorgbalans, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu van Loghum.

VWS, M. v. (1997). *De Kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag.

Westerhout, E. (2000). *Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. (2006). *Leren van de praktijk, gebruik van lokale kennis en ervaring voor beleid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

# Bijlagen

## 1 Prestatievelden van de Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning kent negen prestatievelden, namelijk:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psycho-sociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psycho-sociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen, en
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

## 2 Topiclijst medewerkers thuiszorg

1. Kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg:
  - a. in het algemeen;
  - b. in de eigen werksituatie.
2. Kenmerken van de Wmo, dingen opgemerkt met betrekking tot de Wmo:
  - a. in het algemeen;
  - b. in de eigen werksituatie;
  - c. voor de cliënt.
3. Effect van de Wmo op de kenmerken van de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg met betrekking tot:



- a. de door de respondent genoemde kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg;
- b. betrouwbaarheid (wordt de beloofde dienst snel en accuraat geleverd?);
- c. reactievermogen (hoe snel wordt gereageerd wordt op een zorgaanvraag?);
- d. bekwaamheid (opleiding en vaardigheden van de medewerkers);
- e. hoffelijkheid:
  - i. respect;
  - ii. betrouwbaarheid van de medewerker;
  - iii. zorgvuldigheid;
  - iv. menselijke warmte;
  - v. betrokkenheid;
- f. veiligheid (van de geleverde zorg);
- g. toegankelijkheid (de bereikbaarheid van de organisatie);
- h. communicatie (wordt er geluisterd en gecommuniceerd in begrijpelijke taal met de cliënt door management en medewerkers van de organisatie?);
- i. begrip (verdieping in de cliënt en zijn/haar behoeften).

### 3 Topiclijst management en kwaliteitsmedewerker thuiszorg

1. Kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg:
  - a. meest belangrijke: uitleg;
  - b. kwaliteit als strategie;
  - c. kwaliteit van bestuur;
  - d. manier van overbrengen op de medewerker;
  - e. manier van kwaliteitshandhaving (controle).
2. Kenmerken van de Wmo, dingen opgemerkt met betrekking tot de Wmo:
  - a. in het algemeen;
  - b. met betrekking op de organisatie;
  - c. effect op (het bestuur van) de organisatie.
3. Effect van de Wmo op de kenmerken van de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg

met betrekking tot (voor zover hier zicht op kan bestaan):

- a. de door de respondent genoemde kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg;
- b. betrouwbaarheid (wordt de beloofde dienst snel en accuraat geleverd wordt?);
- c. reactievermogen (hoe snel wordt gereageerd op een zorgaanvraag?);
- d. bekwaamheid (opleiding en vaardigheden van de medewerkers);
- e. hoffelijkheid:
  - i. respect;
  - ii. betrouwbaarheid van de medewerker;
  - iii. zorgvuldigheid;
  - iv. menselijke warmte;
  - v. betrokkenheid;
- f. veiligheid (van de geleverde zorg);
- g. toegankelijkheid (de bereikbaarheid van de organisatie);
- h. communicatie (wordt er geluisterd en gecommuniceerd in begrijpelijke taal met de cliënt door management en medewerkers van de organisatie?);
- i. begrip (verdieping in de cliënt en zijn/haar behoeften).

## 4 Topiclijst cliënt thuiszorg

1. Kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg:
  - a. in het algemeen;
  - b. in de eigen situatie.
2. Kenmerken van de Wmo, dingen opgemerkt met betrekking tot de Wmo:
  - a. in het algemeen;
  - b. in de eigen situatie.
3. Effect van de Wmo op de kenmerken van de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg met betrekking tot:
  - j. de door de respondent genoemde kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg;
  - k. betrouwbaarheid (wordt de beloofde dienst snel en accuraat geleverd wordt?);

- l. reactievermogen (hoe snel wordt gereageerd op een zorgaanvraag?);
- m. bekwaamheid (opleiding en vaardigheden van de medewerkers);
- n. hoffelijkheid:
  - i. respect;
  - ii. betrouwbaarheid van de medewerker;
  - iii. zorgvuldigheid;
  - iv. menselijke warmte;
  - v. betrokkenheid;
- o. veiligheid (van de geleverde zorg);
- p. toegankelijkheid (de bereikbaarheid van de organisatie);
- q. communicatie (wordt er geluisterd en gecommuniceerd in begrijpelijke taal met de cliënt door management en medewerkers van de organisatie?);
- r. begrip (verdieping in de cliënt en zijn/haar behoeften).

## 5 Topiclijst gemeentefunctionaris Wmo

1. Kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg:
  - a. proces gunning.
2. Kenmerken van de Wmo, dingen opgemerkt met betrekking tot de Wmo:
  - a. taken gemeente;
  - b. kenmerken specifiek voor de gemeente;
  - c. vergelijking met andere gemeenten;
  - d. effect op thuiszorgorganisaties;
  - e. effect op medewerkers in de thuiszorg;
  - f. effect op cliënten thuiszorg.
3. Effect van de Wmo op de kenmerken van de kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg met betrekking tot:
  - a. de door de respondent genoemde kenmerken van kwaliteit van dienstverlening in de thuiszorg;
  - b. betrouwbaarheid (wordt de beloofde dienst snel en accuraat geleverd wordt?);

- c. reactievermogen (hoe snel wordt gereageerd op een zorgaanvraag?);
- d. bekwaamheid (opleiding en vaardigheden van de medewerkers);
- e. hoffelijkheid:
  - i. respect;
  - ii. betrouwbaarheid van de medewerker;
  - iii. zorgvuldigheid;
  - iv. menselijke warmte;
  - v. betrokkenheid;
- f. veiligheid (van de geleverde zorg);
- g. toegankelijkheid (de bereikbaarheid van de organisatie);
- h. communicatie (wordt er geluisterd en gecommuniceerd in begrijpelijke taal met de cliënt door management en medewerkers van de organisatie?);
- i. begrip (verdieping in de cliënt en zijn/haar behoeften).