

# Een Onderzoek naar Kwaliteit van Zorg binnen Intramurale Zorginstellingen van BrabantZorg



**Auteur:**

Kimberley van Bijsteren (3628221)  
kimberley@vanbijsteren.nl

**Begeleiding door:**

Prof. dr. P. Leisink

**Harderwijk, juli 2011**

# Een Onderzoek naar Kwaliteit van Zorg binnen Intramurale Zorginstellingen van BrabantZorg

**Auteur** Kimberley van Bijsteren (3628221)

**In opdracht van** BrabantZorg  
Dhr. Vincent Bakx  
Dhr. Bert Visser

**Instelling** Universiteit Utrecht  
Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie  
Departement Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap  
Master Strategic Human Resource Management

**Begeleider** Prof. dr. Peter L.M. Leisink  
P.L.M.Leisink@uu.nl

**Plaats en datum** Harderwijk  
15 juli 2010

---

## Voorwoord

---

Met trots presenteer ik hierbij het rapport van het onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg.

Op vrijdag 17 december 2010 heeft het eerste gesprek bij BrabantZorg plaatsgevonden. 's Morgens om 11:00 uur waren Peter Leisink (begeleider van Universiteit Utrecht), Mandy Onwezen (medestudent) en ik in Veghel aanwezig. Dit gesprek was de start van het onderzoek bij BrabantZorg. Vol enthousiasme zaten wij, met zijn drieën, terug in de auto. Bij knooppunt Everdingen kwamen wij echter in de file, door hevige sneeuwval; de op twee na drukste avondspits, met zo'n 750 km file. Met ongeveer één kilometer per uur, reden we over de snelweg, die meer leek op 'een grote ijsbaan'. Tenslotte na ongeveer drie à vier uur en na veel glijdende vrachtwagens gezien te hebben besloten we om de snelweg af te gaan, om in Vianen een late lunch te verorberen. Uiteindelijke binnendoor via Nieuwegein richting Utrecht. In Utrecht aangekomen moest ik nog een stuk met de trein, wat relatief gemakkelijk ging. Al met al na een tocht van zo'n zes uur was ik weer terug in Harderwijk. Wat een begin van het onderzoek.

Gelukkig kan dit achteraf gezien worden als een valse start van een geslaagd onderzoek. Het werd daarna alleen maar beter: geen files of verkeersopstoppingen meer, maar een leuke plek om onderzoek te doen. Na de eerste observaties werd ik als maar enthousiaster over het werk met ouderen. Na de laatste observaties dacht ik bij mezelf: "Misschien is het tijd om vrijwilligerswerk te doen bij een ouderenzorginstelling". Hieruit blijkt wel dat ik een leuke tijd gehad heb bij de locatie Katwijk. Ik hoop dan ook dat Mandy en ik een bruikbare tool hebben ontwikkeld, die de medewerkers daadwerkelijk helpt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

In dit voorwoord wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst wil ik Peter Leisink, mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, bedanken voor de mogelijkheid die ik gekregen heb om dit onderzoek te doen, maar ook voor de kritische blik die mij aan het denken heeft gezet en die mij geholpen heeft om te komen tot dit rapport. Ik heb de wijze waarop hij feedback gaf op mijn werk als zeer prettig ervaren. Maar ook wil ik Mandy bedanken voor de samenwerking.

Daarnaast wil ik een aantal mensen binnen BrabantZorg bedanken. Allereerst Vincent Bakx en Bert Visser, de opdrachtgevers, voor het mogelijk maken van dit onderzoek. Ik hoop dat de uitkomst voldoet aan de verwachtingen en dat jullie verder kunnen om BrabantZorg een voorloper te laten blijven op het gebied van kwaliteit van de ouderenzorg. Natuurlijk wil ik ook de locatiemanager van de Locatie Katwijk, Jan Hupkens, bedanken dat de casestudie binnen de locatie Katwijk uitgevoerd mocht worden. Mijn contactpersoon binnen de locatie, Rozemarijn Langenhuizen, bedankt voor het inplannen van de diverse afspraken. Ook wil ik iedereen binnen de locatie Katwijk bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek; de zorgverleners die zo vrij zijn geweest mij op 'sleeptouw' mee te nemen, maar ook de zorgverleners en leidinggevenden die deelgenomen hebben aan de brainstorm of waarmee een interview gehouden is.

Tot slot wil ik een aantal mensen bedanken van het 'thuisfront'. Allereerst mijn 'schoonzusje' Marjan, die vele uren besteed heeft aan het nalezen en corrigeren van mijn stukken. Mijn vriend, Peter, wil ik tevens bedanken voor de steun die hij mij heeft gegeven tijdens deze periode. Als laatste wil ik mijn familie bedanken: Toon, Marja en Samantha. Zonder jullie steun en toewijding had ik het niet tot hier geschopt. Allen dank!

Al met al kan ik terugzien op een drukke periode, waarin het onderzoek zijn 'ups en downs' gekend heeft. Ondanks deze drukke periode en het sociale isolement van de laatste twee maanden, ben ik altijd gemotiveerd gebleven. Met het afronden van dit onderzoek, rond ik ook mijn master Strategic Human Resource Management en mijn tijd als voltijd student af. De komende periode staat in het teken van geld verdienen, zodat ik in november vijf maanden kan genieten van een wereldreis naar Australië, Nieuw Zeeland en de Verenigde Staten met mijn vriend. Hierna moet het werkende leven toch echt gaan beginnen!

Voor diegenen die dit rapport lezen (of scannen) zeg ik: "Veel leesplezier!"

**Kimberley van Bijsteren**

Harderwijk, juli 2011

---

## Samenvatting

---

### Achtergrond

De ouderenzorg staat onder druk. Zij heeft te maken met oplopende kosten en kampt met een imago probleem, waardoor minder mensen in de ouderenzorg willen werken. Dit terwijl er in de toekomst één op de vijf leden van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg aan de slag moet. De kwaliteit van de ouderenzorg komt hiermee onder druk te staan, terwijl de kwaliteit met de toenemende marktwerking steeds belangrijker wordt in de zorg.

### Aanleiding, doel en vraagstelling

Dit onderzoek richt zich allereerst op deze kwaliteit van zorg binnen BrabantZorg. Binnen BrabantZorg is geconstateerd dat de huidige meetinstrumenten vooral gericht zijn op de uitkomstkwaliteit, terwijl BrabantZorg juist geïnteresseerd is naar de proceskwaliteit. De huidige meetinstrumenten meten volgens BrabantZorg slechts waar de zorg minimaal aan moet voldoen. Dat ('extra') stukje zorg waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverleners jegens de cliënt meten deze instrumenten minimaal. Daarnaast is er binnen BrabantZorg behoefte om inzicht te krijgen in de benodigde ondersteuning van medewerkers ten opzichte van collega's/leidinggevenden/organisatie en van leidinggevenden ten opzichte van hoger management/organisatie om een hoger niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. De doelstelling van het onderzoek is dan ook tweeledig. Ten eerste heeft het onderzoek als doel om een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen welke de kwaliteit van zorg meet binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Het gaat expliciet *niet* om een 'nieuw' meetinstrument. Dit te ontwikkelen kwalitatieve meetinstrument dient dieper in te gaan op dat 'extra' stukje zorg, waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverlener jegens de cliënt; datgene wat voor de cliënt het verschil maakt. Bejegening is een ambigu begrip dat zweeft tussen proces- en uitkomstkwaliteit. Bijvoorbeeld in de zorg kan bejegening gezien worden als uitkomstkwaliteit, omdat het in de zorg een onderdeel is van het product zelf (Pommer et al., 2008). Binnen dit onderzoek wordt bejegening echter gezien als proceskwaliteit, zoals bedoeld door Koch (1992). Ten tweede zal inzicht verschaft worden aan BrabantZorg over de ondersteuning die medewerkers ten opzichte van hun collega's, leidinggevenden en/of organisatie en leidinggevenden ten opzichte van hoger management en/of organisatie nodig hebben om tot een hoger niveau van kwaliteit van zorg te komen. Dit leidt tot twee centrale vraagstellingen:

1. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevenden van BrabantZorg?
2. Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?<sup>1</sup>

### Relevantie van het onderzoek

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is dat er vanuit de praktijk een vraag is naar een kwalitatief meetinstrument complementair aan de huidige, vooral kwantitatieve, meetinstrumenten om de kwaliteit van zorg te meten. In wetenschappelijk opzicht kan dit onderzoek wel gezien worden als explorierend. Er is onderzoek gedaan naar indicatoren van kwaliteit van zorg gericht op bejegening. Er is ook veelvuldig onderzoek gedaan naar ondersteuning, maar onderzoek naar de combinatie tussen deze twee is echter uitgebleven. Binnen dit onderzoek wordt deze combinatie wel gezocht. Er wordt namelijk gezocht naar indicatoren van kwaliteit van zorg gericht op bejegening, maar er wordt ook bekeken welke ondersteuning medewerkers en leidinggevenden nodig hebben om te komen tot een hoog niveau op deze kwaliteit van zorg. Kortom, het gaat hierbij om een nieuwe focus binnen een bestaand onderzoek domein.

---

<sup>1</sup> Het onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg is uitgevoerd op twee locaties, namelijk de locatie Wielewaal in Zaltbommel en de locatie Katwijk in Oss. In dit rapport zal voor de locatie Katwijk antwoord gegeven worden op deze twee vraagstellingen. Echter, vindt er ook synthese plaats tussen de resultaten van de twee locaties. Op organisatieniveau zal slechts antwoord gegeven worden op de tweede vraagstelling. Voor de resultaten van de locatie Wielewaal en beantwoording van de eerste vraagstelling op organisatieniveau, verwijs ik naar de scriptie van Mandy Onwezen.

## Theorie

De literatuurstudie voor dit rapport heeft zich op de tweede vraagstelling gericht. Uit deze studie is naar voren gekomen dat ondersteuning twee vormen kent, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. De sociaal-emotionele ondersteuning kan opgesplitst worden naar drie niveaus. Dit zijn organisatie, leidinggevenden en collegiaal niveau. Bij instrumentele ondersteuning gaat het om de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten (Vaux, 1988), inclusief HRM praktijken (Purcell & Hutchinson, 2007). Sociaal-emotionele ondersteuning gaat om de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering. Vier vormen zijn hierin te onderkennen, namelijk (1) emotionele ondersteuning (tekenen van waardering en affectie), (2) taakondersteuning (concreet hulp en uitwisseling van taken en ideeën), (3) informatieve ondersteuning (informatie-uitwisseling om problemen op te lossen) en (4) advies/coaching (informatie ter bevordering van zelfevaluatie en informatie die het leerproces bevordert). Binnen dit onderzoek is de vraag welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Hierbij kan het gaan om een direct of een indirect verband tussen ondersteuning en de kwaliteit van zorg. Uit de literatuur is gebleken dat instrumentele ondersteuning in de vorm van HPWPs een direct effect heeft op de kwaliteit van zorg (Boselie, 2010). Sociaal-emotionele ondersteuning heeft een indirect effect op kwaliteit van zorg, gemedieerd door *organizational citizenship behavior* (OCB) en werkhouding (Bowler et al., 2010; Katrinli et al., 2008).

## Methode

Het onderzoek is een exploratief onderzoek dat niet is vertrokken vanuit concepten en operationalisering die afgeleid zijn uit eerder uitgevoerd onderzoek. Wel heeft eerder uitgevoerd onderzoek geholpen bij het onderscheiden van dimensies van kwaliteit van zorg, maar de essentie van dit onderzoek lag bij het exploreren van nieuwe dimensies en indicatoren van kwaliteit van zorg. Met andere woorden, er is dus gekeken naar de betekenisgeving van mensen. Hiermee past het onderzoek binnen de interpretatieve onderzoekstraditie (Boeije et al., 2009). Daarnaast kan dit onderzoek getypeerd worden als praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek; het onderzoek was erop gericht om een oplossing te bieden voor een praktijkprobleem. Voor dit onderzoek is ook gekozen voor kwalitatief onderzoek in de vorm van een casestudie. Doordat hetzelfde onderzoek ook uitgevoerd is door Mandy Onwezen hebben er twee casestudies op twee verschillende locaties plaatsgevonden, namelijk op de locatie Katwijk (Oss) en op de locatie De Wielewaal (Zaltbommel). Omdat het om een complex vraagstuk ging is methodetriangulatie ingezet. Er is namelijk gebruik gemaakt van de volgende dataverzamelmethode: literatuurstudie, brainstorm (focusgroep), participerende observatie en semi-gestructureerde interviews.

## Conclusie: locatie Katwijk

De indicatoren van kwaliteit van zorg voor de cliënt die volgens medewerkers en leidinggevenden van de locatie Katwijk belangrijk zijn, zijn als het gaat om de proceskwaliteit: in waarde laten cliënt, aandacht, vertrouwensband, cliënt kennen en individuele bejegening. Qua uitkomstkwaliteit worden de volgende indicatoren genoemd: rustige cliënt, verminderde hospitalisatie, eigenwaarde en tevredenheid.

Qua ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden kan geconcludeerd worden dat zowel voor de medewerkers als voor de leidinggevenden van de locatie Katwijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning belangrijk zijn. Leidinggevenden hebben behoefte aan de volgende instrumentele ondersteuning: HR praktijken (specifiek regelruimte en inspraak), expertise en tijd. De sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden zijn vertrouwen en advies. Medewerkers hebben meer instrumentele ondersteuning nodig, namelijk de volgende HR praktijken: training en ontwikkeling, waardering, *performance management*, regelruimte en inspraak. Ook tijd, sfeer, kleinschalige woonvorm en hulpmiddelen zijn belangrijk als instrumentele ondersteuning. De sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van medewerkers zijn door collega's, leidinggevenden en de organisatie taak- en emotionele ondersteuning. Van collega's hebben ze daarnaast advies nodig en van leidinggevenden vertrouwen. Training en ontwikkeling en sociaal-emotionele ondersteuning leidt tot de belangrijke vaardigheden rust, prioriteiten stellen, inlevingsvermogen en observeren (PG).

## Conclusie: BrabantZorg

Geconcludeerd kan worden dat ondersteuning van medewerkers moet leiden tot een verbetering van de vaardigheden, de motivatie en de mogelijkheden. Daarvoor hebben medewerkers universele goederen en diensten

nodig, ofwel instrumentele ondersteuning. Universele middelen die medewerkers nodig hebben zijn: voldoende beschikbare ruimte, voldoende en functionerende hulpmiddelen, weinig verstoringen, tijd en een rustige en huiselijke sfeer. Ook kleinschalig wonen heeft effect op de mogelijkheden om kwaliteit van zorg te leveren. Diensten die medewerkers nodig hebben zijn HR praktijken. Drie HR praktijken worden door medewerkers aangehaald, namelijk training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie. Daarnaast hebben de medewerkers sociaal-emotionele ondersteuning nodig van met name collega's en leidinggevenden. Allereerst willen medewerkers van beide partijen taak- en emotionele ondersteuning. Bij taakondersteuning gaat het om hulp door bijvoorbeeld het uitwisselen van ideeën. Emotionele ondersteuning gaat om de mate waarin de emoties (zowel werk- als privé gerelateerd) gedeeld kunnen worden met collega's of leidinggevende. Van collega's hebben zij daarnaast behoefte aan informatieve ondersteuning (die helpt bij het oplossen van problemen) en advies/coaching nodig (waarbij het gaat om informatie die helpt bij zelfevaluatie). Ook van de organisatie hebben zij sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften, namelijk in de vorm van taakondersteuning (expertise van ondersteunende diensten) en emotionele ondersteuning, oftewel begrip.

Leidinggevenden hebben deels dezelfde, maar ook andere ondersteuningsbehoeften. Allereerst kan geconcludeerd worden dat leidinggevenden de volgende instrumentele ondersteuningsbehoeften hebben: expertise van ondersteunende diensten en HR praktijken (training en ontwikkeling en medezeggenschap, inspraak en participatie). Qua sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften hebben leidinggevenden slechts één behoefte, namelijk advies/coaching (de mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie en informatie die wordt gegeven voor de evaluatie van het gevoerde beleid).

### Aanbevelingen

Op korte termijn is het aan te bevelen dat BrabantZorg investeert in haar teammanagers. Belangrijk is dat teammanagers de vaardigheden en de motivatie krijgen om medewerkers sociaal-emotioneel te kunnen ondersteunen. De teammanagers zullen zich in moeten zetten om een 'hecht' team te ontwikkelen, zodat het team elkaar sociaal-emotioneel ondersteunt. Een 'hecht' team is namelijk eerder in staat om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren. Om dit te bewerkstelligen is het aan te raden gebruik te maken van het teamoverleg. Daarnaast is het aan te raden dat de teammanagers een 'open deur'-beleid voeren. Dit houdt in dat de deur van de teammanagers letterlijk open staat en medewerkers zich vrij voelen om naar binnen te gaan. Betrokkenheid van medewerkers bij BrabantZorg breed kan gerealiseerd worden door medewerkers meer te informeren, bijvoorbeeld door een nieuwsbrief.

Op HRM gebied is het aan te raden dat P&O HRM beleid ontwikkeld, indien dit nog niet aanwezig is. Hierbij zijn drie HRM praktijken van belang die gezamenlijk een minibundel moeten gaan vormen: training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie.

Op de langere termijn kan BrabantZorg investeren in instrumentele ondersteuning. Indien er sprake is van nieuw- of uitbouw is het aan te raden dat nagedacht wordt over de fysieke ruimte van het gebouw, zodat medewerkers voldoende ruimte hebben om hun werk te doen. Daarnaast is het belangrijk dat de hulpmiddelen voorradig zijn en functioneren, waardoor een deel van de verstoringen voorkomen zullen worden. Verstoringen worden ook veroorzaakt door vragen van collega's. Tijdens het teamoverleg kunnen er afspraken gemaakt worden over het binnen lopen bij collega's als zij aan in een kamer van een cliënt zijn.

Tot slot zijn er twee aanbevelingen beschreven voor toekomstig onderzoek. De eerste is een aanbeveling voor toekomstig onderzoek binnen BrabantZorg naar de ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden. Daarnaast is het op wetenschappelijk vlak relevant om onderzoek te doen naar de vraag hoe leidinggevenden in de zorg onder de huidige contextuele omstandigheden voldoende discretionaire ruimte krijgen om medewerkers te ondersteunen.

# Inhoud

---

VOORWOORD

SAMENVATTING

INHOUD

<b>HOOFDSTUK 1: INLEIDING .....</b>	<b>1</b>
1.1 ACHTERGROND .....	1
1.1.1 Landelijke ontwikkelingen .....	1
1.1.2 BrabantZorg .....	4
1.2 AANLEIDING .....	5
1.3 PROBLEEMSTELLING .....	7
1.3.1 Doelstelling .....	7
1.3.2 Vraagstelling .....	7
1.3.3 Relevantie van het onderzoek .....	8
1.4 METHODISCHE AANPAK .....	9
1.5 LEESWIJZER .....	9
<b>HOOFDSTUK 2: THEORETISCH KADER .....</b>	<b>10</b>
2.1 INLEIDING .....	10
2.2 ONDERSTEUNING: EEN INTRODUCTIE .....	10
2.3 WELKE VORMEN VAN ONDERSTEUNING ZIJN TE BENOEMEN VANUIT DE LITERATUUR? .....	12
2.3.1 Instrumentele ondersteuning .....	13
2.3.2 Sociaal-emotionele ondersteuning .....	14
2.3.3 Conclusie .....	19
2.4 WELKE VORMEN VAN ONDERSTEUNING LEIDEN TOT EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG? .....	20
2.4.1 Instrumentele ondersteuning en kwaliteit van zorg .....	20
2.4.2 Sociaal-emotionele ondersteuning en kwaliteit van zorg .....	21
2.4.3 Conclusie .....	23
2.5 ONDERZOEKSVERWACHTINGEN .....	23
<b>HOOFDSTUK 3: METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING .....</b>	<b>25</b>
3.1 INLEIDING .....	25
3.2 ONDERZOEKSBENADERING .....	25
3.3 AARD VAN HET ONDERZOEK .....	25
3.4 DATAVERZAMELINGSMETHODEN .....	26
3.4.1 Literatuurstudie .....	26
3.4.2 Brainstorm (focusgroep) .....	27
3.4.3 Participerende observatie .....	27
3.4.4 Semi-gestructureerde interviews .....	29
3.5 ANALYSEMETHODE .....	30
3.6 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT .....	31
3.6.1 Betrouwbaarheid .....	31
3.6.2 Validiteit .....	31
3.7 SYNTHESE .....	32
<b>HOOFDSTUK 4: RESULTATEN .....</b>	<b>33</b>
4.1 INLEIDING .....	33
4.2 LOCATIE KATWIJK .....	33



4.3 WELKE INDICATOREN VAN KWALITEIT VAN ZORG WORDEN DOOR DE CLIËNT BELANGRIJK GEVONDEN VOLGENS MEDEWERKERS VAN BRABANTZORG? .....	35
4.3.1 Inleiding.....	35
4.3.2 Uitkomstkwaliteit.....	35
4.3.3 Proceskwaliteit.....	36
4.4 WELKE INDICATOREN VAN KWALITEIT VAN ZORG WORDEN DOOR DE CLIËNT BELANGRIJK GEVONDEN VOLGENS DE LEIDINGGEVENDEN VAN BRABANTZORG? .....	44
4.4.1 Inleiding.....	44
4.4.2 Uitkomstkwaliteit.....	44
4.4.3 Proceskwaliteit.....	45
4.5 WELKE INSTRUMENTELE ONDERSTEUNING HEBBEN MEDEWERKERS NODIG OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	48
4.5.1 Inleiding.....	48
4.5.2 HR praktijken .....	48
4.5.3 Tijd.....	53
4.5.4 Sfeer.....	53
4.5.5 Kleinschalig wonen .....	54
4.5.6 Hulpmiddelen .....	54
4.6 WELKE SOCIAAL-EMOTIONELE ONDERSTEUNING HEBBEN MEDEWERKERS NODIG VAN COLLEGA'S/LEIDINGGEVENDEN/ORGANISATIE OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	55
4.6.1 Inleiding.....	55
4.6.2 Organisatie.....	55
4.6.3 Leidinggevende.....	56
4.6.4 Collega's .....	58
4.6.5 Motivatie.....	59
4.7 WELKE INSTRUMENTELE ONDERSTEUNING HEBBEN LEIDINGGEVENDEN NODIG OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	60
4.7.1 Inleiding.....	60
4.7.2 HR praktijken .....	60
4.7.3 Expertise.....	60
4.7.4 Tijd.....	61
4.8 WELKE SOCIAAL-EMOTIONELE ONDERSTEUNING HEBBEN LEIDINGGEVENDEN NODIG VAN HOGER MANAGEMENT/ORGANISATIE OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	61
4.8.1 Inleiding.....	61
4.8.2 Vertrouwen.....	62
4.8.3 Advies .....	62
4.9 WELKE INSTRUMENTELE ONDERSTEUNING HEBBEN MEDEWERKERS NODIG OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	62
4.9.1 Inleiding.....	62
4.9.2 Overeenkomsten .....	63
4.9.3 Verschillen.....	64
4.10 WELKE SOCIAAL-EMOTIONELE ONDERSTEUNING HEBBEN MEDEWERKERS NODIG VAN COLLEGA'S/LEIDINGGEVENDEN/ORGANISATIE OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	65
4.10.1 Inleiding.....	65
4.10.2 Overeenkomsten .....	65
4.10.3 Verschillen.....	66
4.11 WELKE INSTRUMENTELE ONDERSTEUNING HEBBEN LEIDINGGEVENDEN NODIG OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	67
4.11.1 Inleiding.....	67
4.11.2 Overeenkomsten .....	67



4.11.3 <i>Verschillen</i> .....	67
4.12 WELKE SOCIAAL-EMOTIONELE ONDERSTEUNING HEBBEN LEIDINGGEVENDEN NODIG VAN HOGER MANAGEMENT/ORGANISATIE OM EEN HOOG NIVEAU VAN KWALITEIT VAN ZORG TE KUNNEN LEVEREN? .....	68
4.12.1 <i>Inleiding</i> .....	68
4.12.2 <i>Overeenkomsten</i> .....	68
4.12.3 <i>Verschillen</i> .....	68
<b>HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE, DISCUSSIE, AANBEVELINGEN EN REFLECTIE .....</b>	<b>69</b>
5.1 INLEIDING .....	69
5.2 LOCATIE KATWIJK: CONCLUSIE .....	69
5.2.1 <i>Inleiding</i> .....	69
5.2.2 <i>Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevenden van BrabantZorg?</i> .....	69
5.2.3 <i>Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/ leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?</i> .....	71
5.3 DISCUSSIE.....	74
5.3.1 <i>Inleiding</i> .....	74
5.3.2 <i>Instrumentele ondersteuning</i> .....	74
5.3.3 <i>Sociaal-emotionele ondersteuning</i> .....	76
5.4 BRABANTZORG: CONCLUSIE .....	78
5.4.1 <i>Inleiding</i> .....	78
5.4.2 <i>Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?</i> .....	78
5.4.3 <i>Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevenden/ organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?</i> .....	79
5.4.4 <i>Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?</i> .....	80
5.4.5 <i>Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/ organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?</i> .....	80
5.4.6 <i>Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/ leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?</i> .....	80
5.5 AANBEVELINGEN.....	82
5.6 REFLECTIE .....	84

## BIJLAGEN

BIJLAGE I: LITERATUUR

BIJLAGE II: ORGANIGRAM BRABANTZORG

BIJLAGE III: KLEINSCHALIG WONEN

BIJLAGE IV: FIGUREN EN TABELLEN

BIJLAGE V: BEGRIPPENLIJST

BIJLAGE VI: TOPICLIST BRAINSTORM

BIJLAGE VII: FORMATS PARTICIPERENDE OBSERVATIES

BIJLAGE VIII: TOPICLIST SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

BIJLAGE IX: CODEBOOM

BIJLAGE X: KWALITATIEF MEETINSTRUMENT & ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE

BIJLAGE XI: SHRM EN HET PUBLIEKE DOMEIN

## Hoofdstuk 1: Inleiding

### 1.1 Achtergrond

In het Parool van 14 april 2011 is over de zorginstelling Cordaan het volgende te lezen:

De personeelsleden stelden dat het voorkomt dat bejaarden die niet incontinent zijn, wel 24 uur per dag een luier moeten dragen. Dit omdat er te weinig tijd is om met ze naar de wc te gaan. Ook zouden ouderen weinig buiten komen. Een man zou zelfs twee jaar niet buiten zijn geweest.

Uit bovenstaand citaat kan geconcludeerd worden dat de ouderenzorg onder druk staat. Zij heeft te maken met oplopende kosten en kampt met een imago probleem, waardoor minder mensen in de ouderenzorg willen werken (Rijksoverheid, 2011a). Dit terwijl er in de toekomst één op de vijf leden van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg aan de slag moet (Eggink, Oudink & Woittiez, 2010). De kwaliteit van de ouderenzorg komt hiermee onder druk te staan, terwijl de kwaliteit met de toenemende marktwerking in de zorg steeds belangrijker wordt.

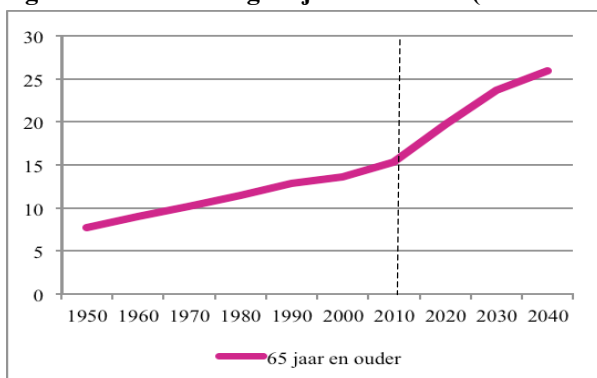
Dit onderzoek richt zich op de kwaliteit van de ouderenzorg. Wat doet er nou echt toe voor de cliënt? Wanneer is een cliënt nou echt gelukkig? Met andere woorden, het onderzoek probeert de ‘zachte’ kant van kwaliteit van zorg in kaart te brengen in plaatst van de regelmatig bestudeerde ‘harde’ kant van kwaliteit van zorg. Daarnaast wordt bestudeerd welke behoeften aan ondersteuning medewerkers nodig hebben van collega’s/leidinggevende/organisatie en leidinggevendenden van hoger management/organisatie om te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg.

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de afronding van de master *Strategic Human Resource Management* aan de Universiteit Utrecht. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van BrabantZorg te Veghel.

#### 1.1.1 Landelijke ontwikkelingen

Een oorzaak van de druk die ontstaat op de ouderenzorg is de vergrijzing. De grote babyboomgeneratie, geboren na de Tweede Wereldoorlog, wordt de komende jaren 65. Daarnaast is de prognose voor de levensverwachting verhoogd. Mannen uit de babyboomgeneratie leven in vergelijking met de generatie geboren in 1930 drie jaar langer en vrouwen leven in vergelijking met dezelfde groep twee jaar langer. Mannen en vrouwen geboren in 1960 leven nog een jaar langer (CBS, 2010). Door deze ontwikkelingen zal Nederland de komende jaren in verdubbeld tempo vergrijzen, zie figuur 1.1. In deze grafiek is te zien dat in 2040 iets meer dan 25 procent van de totale bevolking 65 jaar en ouder zal zijn.

**Figuur 1.1: Bevolking 65 jaar en ouder (% bevolking)**

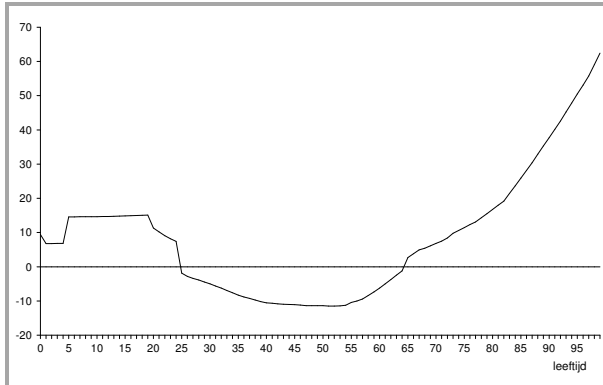


Bron: CBS (2011a/b)

De bevolking van 65 jaar en ouder stijgt, terwijl de potentiële beroepsbevolking zal dalen. In 2010 was het aantal ouderen van 65 jaar en ouder 26 op 100 leden van de potentiële beroepsbevolking. Dit zal naar verwachting stijgen tot 49 per 100 in 2040 (CBS, 2010). Hierdoor kan een probleem ontstaan, want mensen tussen ongeveer 25 en 65 jaar betalen aan de overheid, terwijl zij voor hun 25<sup>e</sup> en na hun 65<sup>e</sup> jaarlijks geld ontvangen van de overheid, zie figuur 1.2.

De vergrijzing brengt dus met zich mee dat de kosten van de zorg zal stijgen en vooral de kosten voor de langdurige zorg (Van der Horst et al., 2010). De kosten voor de zorgsector kunnen worden opgesplitst in twee soorten, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Zvw bevat kosten voor de curatieve zorg en de AWBZ vergoedt kosten voor langdurige zorg aan gehandicapten en ouderen. In figuur 1.3 is te zien hoe de kosten van vooral de AWBZ stijgen bij een hogere leeftijd.

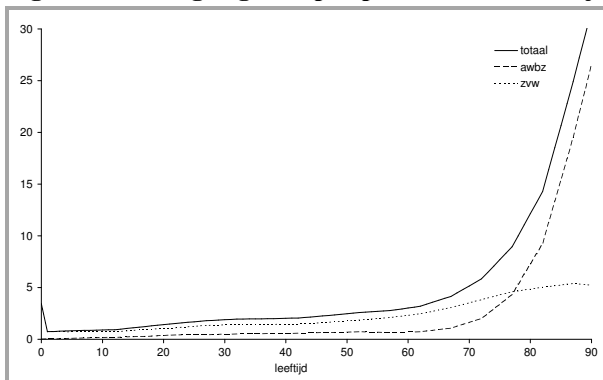
**Figuur 1.2: Gemiddeld netto jaarlijks profijt van de overheid naar leeftijd (x 1.000 euro)**



Bron: Van der Horst, Bettendorf, Draper, Van Ewijk, De Mooi & Ter Rele (2010:15)

Door de toename van het aantal ouderen en de hogere levensverwachting zullen de kosten voor de ouderenzorg stijgen. Van der Horst et al. (2010) concluderen dat de zorgkosten zullen stijgen van 10 procent van het BBP in 2010 naar bijna 14 procent van het BBP in 2060, zie figuur 1.4.<sup>2</sup>

**Figuur 1.3: Zorguitgaven per persoon naar leeftijd in 2008 (x 1.000 euro)**



Bron: Van der Horst et al. (2010:43)

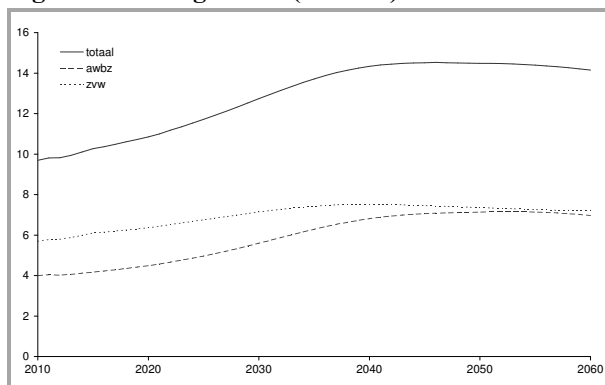
De kosten van de zorg zullen op deze manier de pan uitrijzen, is de Rijksoverheid genoodzaakt om te bezuinigen. Als dit niet gebeurt wordt de zorg straks onbetaalbaar (Veldhuijzen van Zanten, 2011). Nu betaalt elke burger 330 euro AWBZ-premie per maand, zonder maatregelen dreigt dit bedrag te verdubbelen. Een omslag in de AWBZ is nodig om deze kosten houdbaar te laten blijven. De ministerraad heeft op 1 juni 2011 ingestemd met de maatregelen die beschreven zijn in een brief van Veldhuijzen van Zanten (2011), staatssecretaris VWZ. De maatregelen die betrekking hebben op de ouderenzorg zijn als volgt:

- Het persoonsgebonden budget (pgb) zal worden beperkt. Het pgb is een belangrijke oorzaak van de overschrijding van de AWBZ. De pgb-uitgaven zijn vanaf 2002 jaarlijks gemiddeld 23 procent gestegen. Om deze uitgaven houdbaar te houden komen alleen cliënten met een verblijfsindicatie nog in aanmerking voor een pgb. Cliënten met een verblijfsindicatie zijn mensen die dermate veel zorg nodig hebben, dat verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis aangeraden wordt.
- Om fraude met het pgb tegen te gaan worden alle budgethouders verplicht een aparte bankrekening te openen. Betalingen aan zorgverleners kunnen alleen nog via de bank plaatsvinden.
- Een deel van de langdurige zorg gaat van de AWBZ naar de gemeenten.

<sup>2</sup> Diverse aannames liggen ten grondslag voor deze prognose, zoals de rentestand, de arbeidsparticipatie en de prijsontwikkeling in de zorg.

- Zorg en wonen zal worden gescheiden in de AWBZ. Volgens de staatssecretaris zal dit leiden tot een kwaliteitsverbetering voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Vanaf 2014 krijgen bewoners namelijk geleidelijk meer keuzemogelijkheden voor hun woonsituatie.
- Vanaf 2013 zullen zorgverzekeraars direct verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ en zullen de zorgkantoren worden opgeheven.
- Het toezicht op zorginstelling wordt verbeterd en fusies tussen instellingen worden scherper getoetst.
- Verplegend en verzorgend personeel worden gestimuleerd om eigen kwaliteitsnormen en richtlijnen te ontwikkelen, aangezien zij het dichtst bij de cliënt staan.

**Figuur 1.4: Zorgkosten (% BBP)**



Bron: Van der Horst et al. (2010:44)

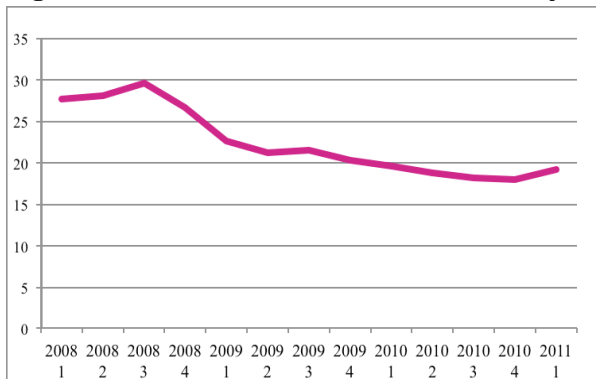
Uit de maatregelen blijkt dat kwaliteit van de (ouderen)zorg hoog in het vaandel staat. Naast bovenstaande maatregelen heeft het kabinet diverse maatregelen genomen om deze kwaliteit te verbeteren. Het kabinet heeft bijvoorbeeld ruim 850 miljoen euro per jaar extra beschikbaar gesteld om te investeren in extra personeel en opleidingen. Daarnaast wordt 10 miljoen euro per jaar uitgetrokken om ouderenmishandeling tegen te gaan (Veldhuijzen van Zanten, 2011). In het regeer- en gedoogakkoord (2010) is ook te lezen dat het kabinet duidelijke normen wil stellen aan de kwaliteit van zorg. Daarnaast wil zij kleinere en kleinschaligere zorginstellingen, omdat deze zorginstellingen betere, doelmatigere en meer samenhangende zorg leveren. Dit leidt tot een hogere klanttevredenheid.

Het is echter te bezien of sommige doelstellingen van het kabinet om de kwaliteit van zorg te verbeteren bewerkstelligd kunnen worden, aangezien er een schaarste aan zorgpersoneel is en zal blijven. In de programmabrief van de staatssecretaris van VWZ (Veldhuijzen van Zanten, 2011) wordt ook aandacht besteed aan het grote tekort dat dreigt te ontstaan aan zorgpersoneel. Gesteld wordt dat er in 2010 1,3 miljoen werknemers werkten in de zorg- en welzijnssector. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verwacht dat er de komende 15 tot 20 jaar – bij ongewijzigd beleid – alleen al in de zorgsector minimaal 400.000 extra zorgverleners nodig zijn, terwijl de beroepsbevolking de komende decennia zal krimpen. Dit sluit aan bij de conclusie van het Sociaal en Cultureel Planbureau. In dit rapport van Eggink et al. (2010) is te lezen dat in 2040 bijna één op de vijf werknemers in de zorg zal moeten werken. De vraag is daarentegen of er wel voldoende aanbod is om aan deze vraag te kunnen voldoen, want de beroepsbevolking zal krimpen. De huidige recessie heeft kortstondig de druk van de ketel gehaald wat betreft deze schaarste aan zorgpersoneel. Vacatures in de zorg zijn door de recessie minder moeilijk vervulbaar (UWV WERKbedrijf, 2009; in Eggink et al., 2010). Dit blijkt ook uit de gegevens van het CBS, zie figuur 1.5. Zoals blijkt uit de grafiek zal naarmate de economie aantrekt de schaarste in volle hevigheid terugkeren. Vanaf het eerste kwartaal van 2011 is deze stijgende lijn ingezet. Gesteld kan worden dat er een schaarste aan zorgpersoneel is en zal blijven.

Naast bovenstaande ontwikkelingen is er reeds een langere periode een belangrijke ontwikkeling gaande op het gebied van zorg, namelijk de omvorming van het Nederlandse zorgstelsel van aanbodgericht naar vraaggericht (Delnoij & Hendriks, 2008). Deze omslag was nodig, omdat er onaanvaardbaar lange wachtlijsten waren en sterk stijgende zorguitgaven. Om deze omslag te bewerkstelligen heeft de Rijksoverheid gereguleerde marktwerking ingevoerd (Sauter, 2009). De overheid had hiermee de volgende intentie:

Samengevat komt de nieuwe rolverdeling neer op een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de positie van de aanbieder en de verzekeraar, een versterking van de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders, en vergroting van de speelruimte voor de zorgaanbieders. De rol van de overheid is in die rolverdeling kaderstellend en toezichhoudend (Sauter, 2009:7).

**Figuur 1.5: Vacatures Gezondheids- en Welzijnssector per kwartaal (x 1.000)**



Bron: CBS (2011c)

Zorgvragers zouden een meer centrale rol krijgen. De gedachte achter de keus was dat “goed geïnformeerde, kritische consumenten zullen kiezen voor kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs” (Delnoij & Hendriks, 2008:440). De zorgverzekeraars krijgen een grotere verantwoordelijkheid om bij de inkoop van zorg de wensen van de zorgvragers af te stemmen op de mogelijkheden van de zorgaanbieders. Hierdoor worden de zorgaanbieders gestimuleerd tot betere prestaties. De overheid heeft de rol van toezichhouder. Daarnaast blijft de overheid verantwoordelijk voor de toegankelijkheid tot kwalitatief goede zorg en voor de betaalbaarheid van deze zorg. Meer concurrentie en marktwerking is de uitkomst wat zou moeten leiden tot een vermindering van de kosten en een hogere efficiëntie en klantgerichtheid (Delnoij & Hendriks, 2009). De gereguleerde marktwerking is geen doel op zich maar een middel om te komen tot een doelmatiger en efficiëntere gezondheidszorg (Sauter, 2009). Eén van de voorwaarden voor het slagen van de marktwerking in de zorg is transparantie over de prijs, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg die wordt verleend (Delnoij & Hendriks, 2009).

Zowel in de huidige ontwikkeling van toenemende zorgvraag en verminderd zorgaanbod door gebrek aan zorgpersoneel, als in de ontwikkeling van de gereguleerde marktwerking, is kwaliteit van zorg een belangrijk aspect. Dit onderzoek richt zich dan ook op de kwaliteit van zorg.

### 1.1.2 BrabantZorg

BrabantZorg wil zorg en ondersteuning bieden aan mensen die ouder worden. Dit doet zij vanuit 24 locaties in de regio Oss-Uden-Veghel (BrabantZorg, 2010). BrabantZorg is een jonge organisatie die ontstaan is uit de fusie tussen Welstaete en Zorg voor Ouderen Maastrand (BrabantZorg, 2010). In bijlage II is het organigram toegevoegd, hieruit wordt duidelijk hoe de organisatie opgebouwd is. BrabantZorg (2011a) heeft de volgende missie omschreven: “Mensen kunnen bij BrabantZorg zo plezierig mogelijk leven, zelfstandig wonen en regie voeren over hun eigen leven, of beschermd wonen met ondersteuning. Het gaat daarbij om relaties tussen mensen die iets voor elkaar betekenen.” Deze missie resulteert in de volgende visie:

BrabantZorg wil voor haar cliënten, medewerkers en vrijwilligers lokaal naar de menselijke maat functioneren. Goede zorg kijkt niet naar één facet van het leven. Het gaat ook om lichamelijk en mentaal welbevinden, om woon- en leefomstandigheden en om participatie. BrabantZorg sluit aan bij de keuzen die cliënten zelf maken over de invulling van hun leven. Wanneer cliënten door toenemende beperkingen de regie (dreigen te) verliezen kan BrabantZorg hen op hun verzoek ondersteunen op die terreinen waar de cliënt dat vraagt (BrabantZorg, 2011b).

BrabantZorg (2010) heeft drie kernwaarden, namelijk aandacht, keuze en gemak. Goede zorg veronderstelt ruimte voor persoonlijke aandacht in de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener en tussen zorgverleners danwel vrijwilligers onderling (aandacht). Daarnaast vindt BrabantZorg het belangrijk dat zorgvragers gemakkelijk toegang hebben tot de diensten van BrabantZorg (gemak). Zorgvragers hebben daarbij de keus in welke vorm, op

welk moment, waar en hoe zij zich willen laten ondersteunen en de diensten van BrabantZorg willen betrekken (keuze).

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat de ouderenzorg druk ervaart op de beschikbare (collectieve) financiële middelen, terwijl de zorgvraag de komende jaren sterk zal stijgen en het zorgaanbod zal dalen door gebrek aan arbeidskrachten. Er ontstaat hierdoor een kloof tussen een grotere en complexere zorgvraag enerzijds en het aanbod van minder beschikbare personele en financiële middelen anderzijds. Om deze uitdaging het hoofd te bieden geeft de branchevereniging ActiZ aan dat het tijd is voor een paradigmaverschuiving in de langdurige zorg (ActiZ, 2010). Deze paradigmaverschuiving staat in het teken van zelfredzaamheid; het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving. Daarnaast is de dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener essentieel; de cliënt dient eigen regie te hebben over zijn of haar leven. BrabantZorg sluit zich aan bij de gedachte van ActiZ. BrabantZorg (2009) wil echter proberen de kloof tussen vraag en aanbod op een geheel eigen manier op te lossen. Dit willen zij anders doen dan gebruikelijk, namelijk niet door het werk uit handen te nemen van de professionals en in stukjes geknipt te laten uitvoeren door goedkopere arbeidskrachten, maar juist door het primaat te leggen bij het vakmanschap, de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel van de professionals om doeltreffender en doelmatiger te gaan werken.

In het ondernemingsplan is te lezen dat BrabantZorg (2009) twee ambities heeft voor 2014. Allereerst wil BrabantZorg de relatie met de klant versterken. De klant krijgt de regie, waardoor primair alle aandacht gericht wordt op de werkzaamheden die toegevoegde waarde hebben voor de klant. Alle andere werkzaamheden worden in dat licht bekeken. De tweede ambitie van BrabantZorg is gericht op de werkprocessen binnen de organisatie. Alle werkprocessen worden kritisch onder de loep genomen om de noodzakelijke verbetering van de effectiviteit en efficiëntie te bereiken. Kortom BrabantZorg wil het niveau van kwaliteit van dienstverlening verhogen. Om deze ambities te bereiken zijn er twee programma's geschreven, waarvoor twee programmamanagers aangesteld zijn:

- Programma '*Klantrelatie*': gericht op het versterken van de relatie met de klant.
- Programma '*Slim & Slank*': gericht op het verbeteren van de werkprocessen.

## 1.2 Aanleiding

De programmamanagers van BrabantZorg hebben geconstateerd dat de huidige meetinstrumenten, die bedoeld zijn om de kwaliteit van zorg te meten, vooral gericht zijn op financiële gegevens en overige kwantitatieve informatie. Kortom, er wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve meetinstrumenten, zoals de zogenaamde CQ-index en de Zorginhoudelijke meting (ZI-meting) uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (2010). Deze kwantitatieve meetinstrumenten meten volgens de programmamanagers slechts waar de zorgverlening minimaal aan moet voldoen als het gaat om de kwaliteit van zorg. Deze meetinstrumenten meten echter niet, danwel minimaal, dat ('extra') stukje zorg waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverlener jegens de cliënt: datgene wat voor de cliënt het verschil maakt. Volgens de programmamanagers zou ook dit ('extra') stukje zorg een onderdeel moeten zijn van de zorgverlening.

In de literatuur wordt kwaliteit van zorg opgebouwd uit drie componenten, namelijk structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit. Dit staat ook wel bekend als het *Donabedian framework*<sup>3</sup> (1980; in Koch, 1992). De structuurkwaliteit verwijst naar de fysieke, organisatorische en andere kenmerken van het zorgsysteem, waaronder bijvoorbeeld ook *human resource* (HR) praktijken geschaard kunnen worden (Marker, 1987; in Koch, 1992). Kortom, structuurkwaliteit verwijst naar de omstandigheden waarbinnen het zorgproces plaatsvindt. Proceskwaliteit verwijst naar de zorg zelf maar ook naar de acties en het gedrag van de zorgverlener. Het gaat bij proceskwaliteit dus om de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt (Koch, 1992). Oftewel proceskwaliteit verwijst naar de hoe?-vraag. Tot slot verwijst uitkomstkwaliteit naar hetgene bereikt is, zoals klanttevredenheid, een betere gezondheidzorg en meer kennis (Koch, 1992).

In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (2010) is te lezen dat het uitgangspunt is zoveel mogelijk te meten op uitkomsten. Zij verantwoorden dit als volgt:

Uitgangspunt van het Kwaliteitskader bij de normen voor Verantwoorde zorg is dat zoveel mogelijk op uitkomsten gemeten wordt. Gedachte hierachter is dat niet tot in detail vastgelegd zou moeten worden hoe zorgprofessionals en

<sup>3</sup> Het onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstelling van BrabantZorg is uitgevoerd in samenwerking met Mandy Onwezen. Ik verwijs dan ook voor een verdere uitwerking van het *Donabedian framework* naar haar masterscriptie.

organisaties de zorg verlenen, maar dat bepaalde resultaten worden gerealiseerd. Daar waar geen uitkomstindicatoren beschikbaar zijn (of moeilijk meetbaar) zijn structuur- of procesindicatoren ingezet die een directe relatie hebben met de te monitoren uitkomst (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010:24).

Zoals blijkt uit bovenstaand citaat wordt er in het kwaliteitskader onderscheid gemaakt tussen uitkomst-, proces- en structuurindicatoren. Dit komt overeen met het *Donabedian framework*. Zoals blijkt uit het citaat lijkt het erop dat het kwaliteitskader zich vooral richt op de derde component van kwaliteit, namelijk de uitkomstkwaliteit. In het kwaliteitskader wordt aangegeven dat het niet altijd mogelijk is om op uitkomstkwaliteit te meten, dan wordt er overgegaan tot metingen op proces- danwel structuurkwaliteit. Dit is te zien in de CQ-index, waar naast de vier thema's op uitkomstkwaliteit, ook een thema op proceskwaliteit en een thema op structuurkwaliteit benoemd is (Wiegers, Stubbe & Triemstra, 2007). BrabantZorg is vooral geïnteresseerd in het bejegeningaspect. Dit wordt in eerste instantie gezien als proceskwaliteit, want het gaat om de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt. Pommer, Kemper en Eggink (2008) veronderstellen echter dat bejegening een ambigu aspect is dat zweeft tussen proces- en uitkomstkwaliteit. Bijvoorbeeld in de zorg kan bejegening gezien worden als uitkomstkwaliteit, omdat het in de zorg een onderdeel is van het product zelf (Pommer et al., 2008). Als er nader naar de CQ-index gekeken wordt, zijn er vragen te benoemen die vallen onder dit bejegeningaspect, zoals "Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?", "Is er hulp van verzorgenden (...) als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten enz.)" of "Hebben verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?" Deze vragen vallen onder de vier thema's op uitkomstkwaliteit (Wiegers et al., 2007). Bejegening wordt echter ook afzonderlijk gemeten in de CQ-index. Dit wordt gemeten op proceskwaliteit. Kortom, uit de CQ-index blijkt tevens de ambiguïteit van bejegening.

De Volkskrant (2011) brengt jaarlijks een ranglijst uit van verpleeg- en verzorgingshuizen. In deze ranglijst wordt de score van een verpleeg- en/of verzorgingshuis berekend aan de hand van twee variabelen: de mening van de bewoners/familie en de prestatiescore. De mening van de bewoners/familie gaat in op de perceptie van bewoners of familie, ofwel hoe de kwaliteit van zorg ervaren wordt door de bewoners danwel de familie. De prestatiescore gaat vooral over de financiële en andere kwantitatieve gegevens. Wat opvalt, is dat de gemeten scores op deze twee pijlers voor de meeste instellingen erg van elkaar afwijken. Dit is niet verwonderlijk omdat de twee pijlers elk iets anders meten. De indicatoren die gebruikt worden voor de mening van de bewoners/familie komen sterk overeen met de indicatoren uit de CQ-index, terwijl de prestatie indicatoren sterk overeenkomen met de indicatoren uit de ZI-meting.

BrabantZorg is vooral geïnteresseerd in bejegening, waarbij het dus gaat om de interactie tussen de zorgverlener en cliënt. De CQ-index en de mening van de bewoners/familie (Volkskrant), belichten naast bejegening ook andere aspecten. Kortom, dit onderzoek kan dus gezien worden als een verdieping van het bejegeningaspect. De programmamanagers zien dit bejegeningaspect als een belangrijk onderdeel voor kwaliteit van zorg. Op basis van het *Donabedian framework* zal bejegening in dit onderzoek gezien worden als proceskwaliteit.<sup>4</sup>

BrabantZorg heeft daarnaast de behoefte om inzicht te krijgen in de benodigde ondersteuning van medewerkers ten opzichte van collega's/leidinggevenden/organisatie en van leidinggevenden ten opzichte van hoger management/organisatie om een hoger niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. Met andere woorden, BrabantZorg weet niet welke impuls een afdeling of unit nodig heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit vindt BrabantZorg (2009) belangrijk omdat zij in haar ondernemingsplan heeft staan dat zij binnen vijf jaar het niveau van kwaliteit van zorg wil hebben verhoogd. Hiervoor is het belangrijk dat de organisatie en specifiek de programmamanagers weten wat de organisatie nodig heeft qua ondersteuning om deze verbetering van niveau van kwaliteit van zorg te bewerkstelligen. Deze vraag van de organisatie afgezet tegen het *Donabedian framework* (1980; in Koch, 1992), gaat het hierbij om de structuurkwaliteit, omdat het gaat over de omstandigheden waarbinnen het zorgproces plaatsvindt en zich dus meer bevindt in de voorwaardenscheppende sfeer.

---

<sup>4</sup> Voor argumentatie verwijst ik naar de scriptie van Mandy Onwezen.



## 1.3 Probleemstelling

Bovenstaande beschreven aanleiding heeft geleid tot een probleemstelling. De probleemstelling bestaat uit een doelstelling en een vraagstelling. Deze zullen respectievelijk in paragraaf 1.3.1 en 1.3.2 behandeld worden. In paragraaf 1.3.3 zal de praktische en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek worden besproken.

### 1.3.1 Doelstelling

Door de vele maatschappelijke en politieke ontwikkelingen is de zorgsector volop in beweging, zoals beschreven in paragraaf 1.1. BrabantZorg heeft in haar ondernemingsplan gesteld dat zij over vijf jaar een organisatie wil zijn die meer klantgericht, flexibel en slim ingericht is. Om dit te bereiken wil BrabantZorg haar medewerkers zo goed mogelijk ondersteunen. Om medewerkers te ondersteunen wil BrabantZorg inzicht in welke ondersteuning medewerkers nodig hebben om een hoger niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. De doelstelling van dit onderzoek is dan ook tweeledig. Ten eerste heeft het onderzoek als doel om een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen welke de kwaliteit van zorg meet binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Het gaat expliciet *niet* om een ‘nieuw’ meetinstrument. Dit te ontwikkelen kwalitatieve meetinstrument dient dieper in te gaan op dat ‘extra’ stukje zorg, waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverlener jegens de cliënt; datgene wat voor de cliënt het verschil maakt. Bejegening is een ambigu begrip dat zweeft tussen proces- en uitkomstkwaliteit. Bijvoorbeeld in de zorg kan bejegening gezien worden als uitkomstkwaliteit, omdat het in de zorg een onderdeel is van het product zelf (Pommer et al., 2008). Binnen dit onderzoek wordt bejegening echter gezien als proceskwaliteit, zoals bedoeld door Koch (1992).

Ten tweede zal inzicht verschaft worden aan BrabantZorg over de ondersteuning die medewerkers ten opzichte van hun collega's, leidinggevend en/of organisatie en leidinggevend ten opzichte van hoger management en/of organisatie nodig hebben om tot een hoger niveau van kwaliteit van zorg te komen. Met andere woorden, er wordt antwoord gegeven op de vraag welke impuls een afdeling of unit nodig heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hierbij gaat het dus om de structuurkwaliteit, zoals bedoeld door Koch (1992).

### 1.3.2 Vraagstelling

De doelstelling heeft geleid tot twee centrale vraagstellingen en bijbehorende deelvragen:

- 1. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevend van BrabantZorg?<sup>5</sup>**
  - a. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?
  - b. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens de leidinggevend van BrabantZorg?

Deze vraagstelling gaat over de kwaliteit van zorg voor de cliënt volgens medewerkers en leidinggevend. Aan medewerkers en leidinggevend wordt dus gevraagd welke indicatoren voor kwaliteit van zorg voor de cliënt belangrijk zijn. Deze keuze is gemaakt, omdat niet alle cliënten meer in staat zijn om voor henzelf te bepalen wat zij zien als kwaliteit van zorg. Eventueel zou in deze gevallen de familie gevraagd kunnen worden. De medewerkers hebben door de bank genomen meer contact met de cliënten dan familie, waardoor verondersteld kan worden dat medewerkers beter in staat zijn om deze vraagstelling te beantwoorden. Tevens kan aangenomen worden dat medewerkers en leidinggevend vanuit beroepsmatig perspectief beter antwoord kunnen geven op deze vraag. De assumptie is dat medewerkers en leidinggevend al langer over deze vraag hebben nagedacht. De onderzoeker is daarbij wel van mening dat medewerkers dit beter voor de cliënt kunnen bepalen dan leidinggevend, omdat medewerkers dichter bij de cliënt staan dan leidinggevend.

Om de eerste vraagstelling te beantwoorden dienen de begrippen kwaliteit van zorg en intramurale zorg te worden gedefinieerd. In de literatuur is geen duidelijke definitie te vinden van kwaliteit van zorg. Kwaliteit van

---

<sup>5</sup> Het onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg is uitgevoerd op twee locaties, namelijk de locatie Wielewaal in Zaltbommel en de locatie Katwijk in Oss. In dit rapport zal voor de locatie Katwijk antwoord gegeven worden op deze hoofd- en deelvragen. Echter, er vindt ook synthese plaats tussen de resultaten van de twee locaties. Op organisatieniveau zal dus antwoord gegeven worden op deze vraagstelling, uitgebreid met de te onderscheiden niveaus op deze indicatoren. De resultaten worden gepresenteerd in de masterscriptie van Mandy Onwezen.

zorg lijkt een meta-construct te zijn die opgebouwd is uit drie componenten: structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit. De structuurkwaliteit verwijst naar de omstandigheden waarbinnen het zorgproces plaatsvindt. Proceskwaliteit verwijst naar de zorg zelf maar ook naar de acties en het gedrag van de zorgverlener. Het gaat bij proceskwaliteit dus om de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt. Tot slot verwijst uitkomstkwaliteit naar hetgeen bereikt is, ofwel de uitkomst, zoals klanttevredenheid, een betere gezondheidzorg en meer kennis (Koch, 1992). Binnen dit onderzoek zullen deze drie componenten gebruikt worden als het gaat om kwaliteit van zorg. In de zorg wordt onderscheid gemaakt tussen intra- en extramurale zorgverlening. Intramurale zorgverlening gaat specifiek over zorg die verleend wordt in een verzorging- of verpleeghuis. Hierbij gaat het niet om thuiszorg, wat extramurale zorg is. Binnen dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar intramurale zorginstellingen, dus verzorging- en verpleeghuizen.

## **2. Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**<sup>6</sup>

- a. Welke vormen van ondersteuning zijn te benoemen vanuit de literatuur?
- b. Welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg?
- c. Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
- d. Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevenden/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
- e. Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
- f. Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

Om de tweede vraagstelling te kunnen beantwoorden is het van belang om de termen ondersteuning, medewerkers, leidinggevende en organisatie te definiëren. Ondersteuning is de organisatie van mens en werk op een dusdanige manier dat doelstellingen van individuele medewerkers, organisatie en maatschappij gerealiseerd kunnen worden. Voor dit onderzoek geldt specifiek de doelstelling 'een hoog niveau van kwaliteit van zorg'. Dus wat hebben medewerkers en leidinggevenden nodig om te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg? Bij ondersteuning gaat het derhalve om de eerste component van kwaliteit, namelijk de structuurkwaliteit (Koch, 1992). Met medewerker wordt in dit onderzoek bedoeld de medewerkers op de werkvloer. Gedacht kan worden aan verpleegkundigen en verzorgenden. Ook de cliënt-contact personen (CCP) of de eerst-verantwoordelijk verzorgenden (EVV) worden gecategoriseerd onder de medewerkers. Onder leidinggevenden worden in dit onderzoek de teammanagers en de locatiemanagers binnen BrabantZorg verstaan. De organisatie bestaat uit de raad van bestuur en de ondersteunende afdelingen die een ondersteunende functie bekleden voor de leidinggevenden en medewerkers.

### **1.3.3 Relevantie van het onderzoek**

De maatschappelijke relevantie van het onderzoek is dat er vanuit de praktijk een vraag is naar een kwalitatief meetinstrument complementair aan de huidige, vooral kwantitatieve, meetinstrumenten om de kwaliteit van zorg te meten. Het instrument dat voort zal komen uit dit onderzoek dient ertoe om een bijdrage te leveren aan een maatschappelijk vraagstuk, namelijk de kwaliteit van zorg. Met behulp van dit meetinstrument hoopt BrabantZorg een tool in handen te hebben om de kwaliteit van zorg te bewaken of te verbeteren (doordat zij weet welk impuls afdelingen of units nodig hebben), ondanks de veranderingen in de markt die moeten worden doorgevoerd. Deze veranderingen komen voort uit veranderende eisen van de overheid, bijvoorbeeld in wet- en regelgeving. Ook ontwikkelingen op de (economische) markt zijn van invloed op de organisatie, zoals de vergrijzing en een toenemende marktwerking (daarmee gepaard gaande het grotere belang van efficiëntie). Een kwalitatief meetinstrument zou de organisatie moeten helpen om de kwaliteit van zorg te bewaken of te verbeteren op een

<sup>6</sup> Zoals reeds vermeld is dit onderzoek uitgevoerd op twee locaties van BrabantZorg. In dit rapport zal voor de locatie Katwijk antwoord gegeven worden op deze hoofd- en deelvragen. Echter, vindt er ook synthese plaats tussen de resultaten van de twee locaties. Op organisatieniveau zal tevens antwoord worden gegeven op deze vraagstelling.

gebied waar dat nu niet gebeurt, waardoor zij een goede positie op de zorgmarkt krijgen danwel behouden. BrabantZorg kan zich door middel van dit meetinstrument onderscheiden van andere zorginstellingen in de sector verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VV&T). Op deze manier kan het onderzoek een bijdrage leveren aan een maatschappelijk vraagstuk.

De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek komt voort uit de aard van het onderzoek, namelijk explorerend. Bij voorbaat werd gedacht dat er binnen dit onderzoek gefocust werd op die aspecten van kwaliteit van zorg die nog niet eerder in kaart zijn gebracht. Uit het literatuuronderzoek van Mandy Onwezen is echter gebleken dat er meerdere studies zijn die onderzoek gedaan hebben naar bejegening, niet zozeer als proceskwaliteit maar vaker als uitkomstkwaliteit.<sup>7</sup> Dit onderzoek kan echter wel gezien worden als explorerend. Er is onderzoek gedaan naar indicatoren van kwaliteit van zorg gericht op bejegening. Er is ook veelvuldig onderzoek gedaan naar ondersteuning, maar onderzoek naar de combinatie tussen deze twee is echter uitgebleven. Binnen dit onderzoek wordt deze combinatie wel gezocht. Er wordt namelijk gezocht naar indicatoren van kwaliteit van zorg gericht op bejegening, maar er wordt ook bekeken welke ondersteuning medewerkers en leidinggevendenden nodig hebben om te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Kortom, het gaat hierbij om een nieuwe focus binnen een bestaand onderzoek domein.

## 1.4 Methodische aanpak

Het onderzoek richt zich op ideeën van mensen over kwaliteit van zorg en ondersteuning. Aan de hand van deze ideeën, al dan niet met ondersteuning van passende literatuur, zal het meetinstrument ontwikkeld worden. Er is binnen de zorg al een bestaand kwaliteitskader, namelijk “Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg” (KVZ) (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). Daarnaast is er ook uitgebreide literatuur te vinden met betrekking tot de kwaliteit van zorg. In dit onderzoek is het echter uitdrukkelijk de doelstelling om een verkenning uit te voeren naar indicatoren van kwaliteit van zorg voor de cliënt die volgens medewerkers en leidinggevendenden belangrijk zijn. Hierbij gaat het om de tweede component van kwaliteit, namelijk de proceskwaliteit.

Dit onderzoek is dus een exploratief onderzoek dat niet vertrekt vanuit concepten en operationalisering die afgeleid zijn uit eerder uitgevoerd onderzoek. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, omdat er gekeken wordt naar de betekenisgeving van mensen (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). Hiermee valt het onderzoek binnen de interpretatieve onderzoekstraditie (Boeije et al., 2009). Doordat het om een complex vraagstuk gaat zullen er meerdere methoden van kwalitatief onderzoek gebruikt worden, ofwel methodetriangulatie (Boeije et al., 2009). De volgende methoden zijn ingezet: literatuurstudie, participerende observatie, brainstromsessie en semi-gestructureerde interviews.

Er is op drie verschillende momenten geobserveerd, namelijk in week 11, week 15 en week 24-25. Hierbij is er geprobeerd om in een week bij de kritieke zorgmomenten aanwezig te zijn, hierbij kan gedacht worden aan opstaan, douchen, eten en medicatie. Er is een brainstromsessie georganiseerd, deze heeft plaatsgevonden op 23 maart 2011. Tot slot zijn er 13 interviews afgenomen. Tussen 30 maart 2011 en 6 april 2011 zijn de eerste vijf interviews afgenomen en tussen 20 april 2011 en 29 april 2011 zijn de laatste acht interviews afgenomen. Deze interviews zijn afgenomen binnen alle lagen van de organisatie, van locatiemanager tot zorghulpen.

## 1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader weergegeven. In hoofdstuk 3 zal vervolgens aandacht worden besteed aan de verantwoording van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten van de casestudie bij locatie Katwijk gepresenteerd en worden de resultaten van de synthese van de tweede vraagstelling weergegeven. De daaruit voortvloeiende discussie, conclusie, aanbevelingen en reflectie worden in hoofdstuk 5 uiteengezet.

---

<sup>7</sup> Zie hoofdstuk 2 van de scriptie van Mandy Onwezen.

---

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

---

### 2.1 Inleiding

In dit theoretische kader ligt de focus op de tweede vraagstelling: Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren? Op organisatieniveau wordt in deze scriptie namelijk alleen antwoord gegeven op deze vraag<sup>8</sup>. Specifiek gaat het binnen dit theoretisch kader om de perspectieven op het onderzoeksthema, de belangrijkste begrippen en de samenhang tussen deze begrippen. De vragen die daarbij centraal staan zijn:

1. Welke vormen van ondersteuning zijn te benoemen vanuit de literatuur?
2. Welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg?

Deze vragen vormen de eerste twee deelvragen van het onderzoek. Voordat antwoord gegeven wordt op deze deelvragen zal in paragraaf 2.2 een kader geschetst worden waarbinnen het onderzoeksthema 'ondersteuning' gezien zal worden binnen dit onderzoek. In paragraaf 2.3 zal antwoord gegeven worden op de eerste vraag: Welke vormen van ondersteuning zijn te benoemen vanuit de literatuur? In paragraaf 2.4 zullen de uitkomsten gepresenteerd worden van de tweede vraag: Welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg? Tot slot zal in paragraaf 2.5 zullen mijn verwachtingen geformuleerd worden.

### 2.2 Ondersteuning: een introductie

Binnen dit onderzoek zal het begrip ondersteuning bekeken worden vanuit het vakgebied van *human resource management* (HRM). Dit is mogelijk omdat ondersteuning een onderdeel is van HRM, zoals blijkt uit de definitie van Boxall en Purcell (2008). Zij definiëren HRM als het management van werk en mens. Ook de definitie van Boselie (2011) ondersteunt deze veronderstelling. Boselie (2011:17) geeft namelijk aan dat HRM zich richt "op de besluitvorming ten aanzien van beleid en activiteiten die de arbeidsrelatie in een organisatie vormgeven en die gericht zijn op het realiseren van doelstellingen van individuele medewerkers, de organisatie en de maatschappij". In dit onderzoek gaat het bij ondersteuning om de vraag wat medewerkers en leidinggevende nodig hebben om tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg te komen. Hierbij gaat het dus om het inzetten van activiteiten op een dusdanige manier dat de doelstelling, hoog niveau van kwaliteit van zorg, kan worden gerealiseerd.

De literatuur geeft ook handreikingen hoe de organisatorische doelstellingen (*performance*) bereikt kunnen worden met behulp van HRM activiteiten, namelijk door middel van het AMO-model. Boxall en Purcell (2008:5) veronderstellen dat "HRM consists of managerial attempts to influence individual ability (A), motivation (M), and the opportunity to perform (O)". Bij *ability* gaat het er om dat medewerkers het *kunnen*, omdat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikken. Bij *motivation* gaat het er om dat medewerkers het werk *willen* doen, omdat zij voldoende geïnteresseerd zijn en gestimuleerd worden. *Opportunity* gaat om de vraag of de werkstructuren en omgeving voldoende ondersteuning en ruimte voor expressie bieden (Boxall & Purcell, 2008). De prestaties van medewerkers verbeteren als de manager deze drie variabelen positief beïnvloedt (Boxall & Purcell, 2008). Boxall en Purcell geven echter aan dat de individuele prestaties van de medewerkers niet positief zullen worden beïnvloed als er in het management proces iets verkeerd gaat. Wright en Nishii (2004; in Boxall & Purcell, 2008) leggen de volgende relatie tussen HRM en *performance*. Zij veronderstellen een causaal model, waarbij de voorgenomen (*intended*) HRM praktijk leidt tot de werkelijke (*actual*) HRM praktijk, wat vervolgens leidt tot de waargenomen (*perceived*) HRM praktijk, deze resulteren in een reactie van de medewerker en tot slot tot organisatieprestatie. Dit model van Wright en Nishii (2004; in Boxall & Purcell, 2008) onderstreept het feit dat er een kloof kan zijn tussen de intentie van het management en de uiteindelijke actie van het management. Er wordt in dit geval in de literatuur gesproken over "a gap between management rhetoric and reality" (Boxall & Purcell, 2008:216).

---

<sup>8</sup> Voor het theoretisch kader met betrekking tot de eerste vraagstelling verwijs ik naar de masterscriptie van Mandy Onwezen.

Op basis van het model van Wright en Nishii (2004; in Boxall & Purcell, 2008) kan gesteld worden dat er een grote verantwoordelijkheid bij de lijnmanagers gelegen is om het HRM beleid te laten slagen. Hierbij gaat het om een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de lijnmanager als de HRM professional. Dit wordt tevens onderkend door Leisink, Knies en Walter (2007) die de studie van Larsen en Brewster (2003) aanhalen. Larsen en Brewster (2003) concluderen dat er een algemene trend is waar te nemen in de toewijzing van de verantwoordelijkheid aan lijnmanagers op het gebied van HRM. Nederland behoort samen met Denemarken en Finland tot de categorie van landen waar de meeste HRM verantwoordelijkheden zijn gedelegeerd aan de lijn. Deze gedeelde verantwoordelijkheid van de lijnmanager en de HRM professional wordt aangegeven met de term *people management* (Purcell & Hutchinson, 2007). Purcell & Hutchinson (2007) geven aan dat de waargenomen of ervaren HRM praktijken door medewerkers steeds vaker geleverd worden door lijnmanagers. Hierbij gaat het in het bijzonder om lijnmanagers met een directe toezichthoudende verantwoordelijkheid – in termen van Purcell en Hutchinson (2007) de *front-line managers*. De term *people management* impliceert twee type activiteiten die nauw verwant zijn, namelijk *leadership behavior* en *application of HR practices* (Purcell & Hutchinson, 2007). Kortom het gedrag van de medewerker wordt beïnvloed door zowel de ervaren HRM praktijken als door het gedrag van de leidinggevende.

Het concept van *people management* heeft overeenkomsten met de *social support* theorie van Vaux (1988). Vaux (1988) geeft aan dat *social support* een metaconstruct is dat opgebouwd is uit meerdere theoretische constructen: *support network resources*, *support appraisals* en *supportive behavior*. Deze drie constructen zijn met elkaar verbonden middels een dynamisch proces van interacties tussen individuen en zijn of haar sociale omgeving. De *support network resources* zijn die personen uit de sociale omgeving waar een persoon routinematig hulp aan vraagt of diegenen die spontaan deze hulp aanbieden om vragen te kunnen beantwoorden danwel doelen te bereiken. *Support appraisals* is de beoordeling van de ondersteuning, waarbij het onder andere gaat om tevredenheid, respect en betrokkenheid. Tot slot is *supportive behavior* (specifieke) handelingen die de intentie hebben om mensen te helpen, dit kan zowel gevraagd als ongevraagd (Vaux, 1988). Het *supportive behavior*, zoals bedoeld door Vaux (1988:30), wordt opgesplitst in steun door middel van goederen en diensten (*goods and services*) danwel genegenheid en waardering (*affection and evaluation*). Het idee van *people management* komt overeen met dit construct. Hierbij gaat het bij *application of HR practices* om de goederen en diensten, terwijl het bij *leadership behavior* gaat om genegenheid en waardering. Leisink en Knies (2011) trekken dezelfde conclusie.

Bij *social support*, en specifiek bij *supportive behavior*, gaat het om een eenzijdige relatie. Dit betekent dat de sociale omgeving van een persoon deze persoon (onder)steunt (zowel gevraagd als ongevraagd) door handelingen die de intentie hebben deze persoon te helpen (Vaux, 1988). Echter, een arbeidsrelatie is geen eenzijdige relatie, het gaat namelijk om een ruilrelatie. De term psychologisch contract geeft in de literatuur deze ruilrelatie aan. Shore en Tetrick (1994; in Coyle-Shapiro & Kessler, 2003) hebben aangegeven dat de notie van psychologisch contract ontworpen is om werknemers duidelijkheid te verschaffen over de wederzijdse verplichtingen die bestaan in het kader van een werkgever-werknemer relatie. Van werknemers wordt verwacht dat zij hun taken uitvoeren in ruil voor een eerlijke beloning en continue werkgelegenheid (Wong, Wong, Ngo & Lui, 2005). In de *social support* theorie wordt gesproken over *social exchange* om deze wederkerigheid tussen individuen aan te geven. Vanuit de *social exchange* theorie worden (sociale) relaties bekeken vanuit de voordelen die de relatie voor de betreffende individuen heeft. Hierbij gaat het vooral om voordelen die direct zichtbaar zijn, waardoor deze over het algemeen oppervlakkig genoemd kunnen worden. Bij *social exchange* gaat het erom dat de betrokkenen waarde hechten aan de relatie, omdat deze relatie voordelen met zich meebrengt (Vaux, 1988). Met andere woorden, de relatie ontstaat doordat er voor beide partijen voordelen zijn bij het aangaan van de relatie. Vaux (1988) geeft aan dat relaties kunnen beginnen met de uitwisseling van materiele en universele middelen, zoals goederen en diensten. Hechte relaties kenmerken zich echter door symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie.

Samenvattend kan gesteld worden dat het thema van het onderzoek raakvlakken heeft met de theorieën omtrent *people management*. Gesteld is dat *people management* overeenkomsten vertoont met de *social support* theorie en specifiek met de *social exchange* theorie, aangezien het in dit onderzoek gaat om wederkerigheid. De organisatie of leidinggevendenden ondersteunen de medewerkers zodat de medewerkers of leidinggevendenden de kwaliteit van zorg

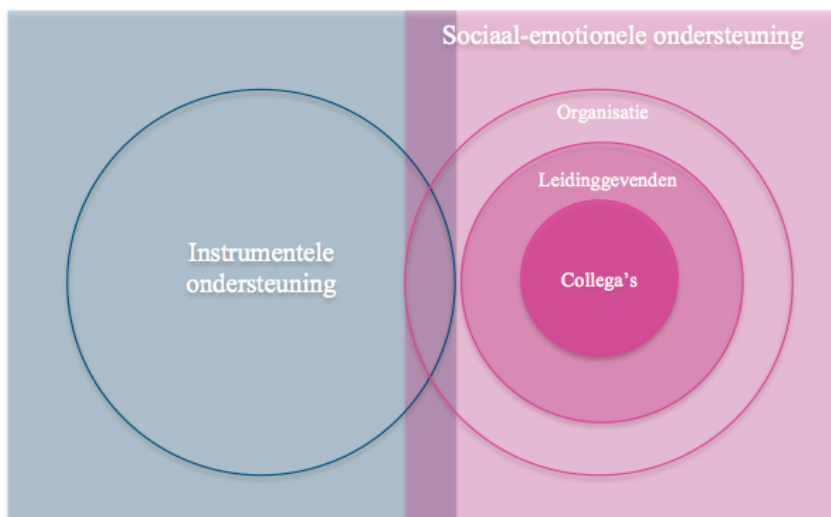
verhogen, waarvoor inzet en betrokkenheid nodig lijken te zijn. Nu het kader duidelijk is waarbinnen het onderzoeksthema gezien wordt, ontstaat de vraag welke vormen van ondersteuning te benoemen zijn vanuit deze theorieën – *people management*, *social support* en *social exchange*. In de volgende paragraaf zal deze vraag beantwoord worden.

### 2.3 Welke vormen van ondersteuning zijn te benoemen vanuit de literatuur?

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat *people management* overeenkomt met de *social support* theorie. Purcell en Hutchinson (2007) hebben *people management* opgesplitst in twee nauw verwante type activiteiten, namelijk *application of HR practices* en *leadership behavior*. Verondersteld is dat dit overeenkomt met *supportive behavior* uit de *social support* theorie van Vaux (1988). Vaux (1988) splitst *supportive behavior* op in steun door middel van goederen en diensten, wat overeenkomsten heeft met *application of HR practices* (Purcell en Hutchinson, 2007) en genegenheid en waardering, wat overeenkomsten heeft met *leadership behavior* (Purcell en Hutchinson, 2007). Op basis van bovenstaande kan gesteld worden dat er onderscheid wordt gemaakt tussen instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning (Behr, Jex, Stacy en Murray, 2000; Ducharme & Martin, 2000). Instrumentele ondersteuning heeft dan betrekking tot de goederen en diensten en *application of HR practices*. Terwijl de sociaal-emotionele ondersteuning betrekking heeft op de genegenheid en waardering en *leadership behavior*.

Uit de literatuur blijkt echter dat instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning niet strikt gescheiden kunnen worden (Vaux, 1988; Rhoades & Eisenberger, 2002). Vaux (1988) geeft aan dat een relatie zich ontwikkelt. Een nieuwe relatie start met instrumentele ondersteuning, terwijl in een hechte relatie sociaal-emotionele ondersteuning centraal staat. In het overlappende gedeelte is er sprake van instrumentele ondersteuning die indirect de sociaal-emotionele behoeften van medewerkers bevredigt. De inzet van HRM praktijken is hiervan een voorbeeld. Rhoades & Eisenberger (2002) geven aan dat HRM praktijken gezien kunnen worden als instrumentele ondersteuning, maar deze voorzien medewerkers tevens in hun sociaal-emotionele behoeften. Ondanks het soms vage onderscheid tussen instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning zal ik proberen hier toch verschil in aan te brengen. Naast de differentiatie tussen instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning, blijkt dat op basis van de literatuur ook gecategoriseerd kan worden op niveau, namelijk ondersteuning door de organisatie, leidinggevenden of collega's. In de vraagstelling zijn deze categorieën reeds verwerkt, hierbij gaat het om ondersteuning door de organisatie, door leidinggevenden en door collega's. In figuur 2.1 is dit schematisch weergegeven.

**Figuur 2.1: Instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning**



Geconcludeerd kan worden dat er twee verschillende vormen van ondersteuning mogelijk zijn, dit zijn instrumentele ondersteuning en sociaal-emotionele ondersteuning. De sociaal-emotionele ondersteuning kan gecategoriseerd worden in niveaus, namelijk organisatie, leidinggevende en collega's. De belangrijkste typologieën binnen deze vormen van ondersteuning zullen in deze paragraaf besproken worden. Specifiek zal in



subparagraaf 2.3.1 de instrumentele ondersteuning besproken wordt, waarna in subparagraaf 2.3.2 de sociaal-emotionele ondersteuning op de drie niveaus gepresenteerd wordt.

### 2.3.1 Instrumentele ondersteuning

Instrumentele ondersteuning kan in navolging op Vaux (1988) gezien worden als de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten. Specifiek in de ouderenzorg kan er gedacht worden aan de hulpmiddelen die zorgverleners nodig hebben om hun werk te kunnen doen, zoals medicatie, incontinentie materialen, handdoeken, washandjes, actieve of passieve liften en hoog/laag bedden. Dit is een kleine greep uit de hulpmiddelen die de zorgverleners nodig hebben. Naast goederen spreekt Vaux (1988) ook over diensten. Specifiek voor de ouderenzorg kan hierbij gedacht worden aan de diensten van de ondersteunende afdelingen, zoals de technische dienst, artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en andere professies.

Als er echter gekeken wordt naar *peoplemanagement*, is gebleken dat het bij instrumentele ondersteuning ook gaat om *application of HR practices* (Purcell & Hutchinson, 2007). De ervaren HRM praktijken kunnen dus ook gezien worden als een vorm van ondersteuning. De volgende subparagraaf zal dieper ingaan op deze ervaren HRM praktijken.

#### *High performance work practices*

In paragraaf 2.2 is naar voren gekomen dat het AMO-model uitlegt hoe HRM activiteiten een bijdrage leveren aan de organisatieprestatie. Deze HRM activiteiten worden ook wel *high performance work practices* (HPWPs) genoemd (Huselid, 1995; Combs, Liu, Hall & Ketchen, 2006). Combs et al. (2006:503) veronderstellen dat “HPWPs operate by (a) increasing employee’s knowledge, skills, and abilities (KSAs), (b) empowering employees to act, and (c) motivating them to do so.” Met andere woorden, Combs et al. (2006) gebruiken ook het AMO-model om de relatie uit te leggen tussen HRM activiteiten en organisatieprestatie. Hierbij staat KSA gelijk aan de *ability* (A), *empowering employees* overeenkomt met *opportunity to perform* (O) en tot slot *motivating them to do so* overeenkomt met *motivation* (M). Combs et al. (2006) geven aan dat gekwalificeerde, met de juiste KSA’s, en gemotiveerde medewerkers<sup>9</sup> pas gebruik maken van hun talent en motivatie als de organisatie- en taakstructuur (*job design*) de ruimte biedt om te handelen, ofwel de *internal social structures*. De HPWPs die ingezet kunnen worden om te komen tot gekwalificeerde, gemotiveerde medewerkers maar ook een omgeving die ruimte biedt aan medewerkers om deze kwaliteiten te benutten kan gezien worden als ondersteuning van de medewerkers door middel van HPWP. Belangrijk voor dit onderzoek is welke HPWPs effect hebben op de drie componenten van het AMO-model: *ability*, *motivation* en *opportunity to perform*. Deze HPWPs zullen de medewerkers ondersteunen om tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg te komen.

Welke HPWPs leiden tot *performance*? Uit onderzoek van Boselie (2010) naar HRM en prestatie, komen vijf HRM activiteiten naar voren die een positieve invloed hebben op organisatieprestaties. Deze HRM activiteiten hebben betrekking op (1) selectieve werving en selectie, (2) performance management, (3) (prestatiegerichte) beloning, (4) training en opleiding en (5) medezeggenschap, inspraak en participatie. Selectieve werving en selectie gaat volgens Boselie (2010) verder dan doorsnee personeelsadvertenties en sollicitatiegesprekken. Selectieve werving en selectie gaat om het vinden van mensen die niet alleen bij de functie passen, maar ook passen bij de cultuur van de organisatie en het team. Performance management gaat volgens hem om het maken van persoonlijke doelen voor medewerkers en hen hierop controleren. Bij beloning gaat het om prestatiegerichte beloning en secundaire arbeidsvoorwaarden (Boselie, 2010). Training en ontwikkeling houdt in dat de organisatie de mogelijkheid biedt aan medewerkers om zich te ontwikkelen. Tot slot is medezeggenschap, inspraak en participatie het betrekken van medewerkers bij de besluitvorming. Boselie & Paauwe (2007; in Boselie, 2010) geven aan dat ‘goed HRM’ blijkbaar gaat over het selecteren van de juiste mensen, hen ontwikkelen zodat zij hun werk goed kunnen doen en medewerkers op regelmatige basis beoordelen zodat er een verticale *fit* ontstaat tussen hun werkzaamheden en de organisatiedoelen. Daarnaast dienen goed presterende medewerkers beloond te worden voor hun prestatie en ten slotte dienen medewerkers betrokken te worden bij de besluitvorming.

Nu antwoord gegeven is op de vraag welke HPWPs überhaupt een positief effect hebben op de organisatieprestatie kan de vraag beantwoord worden welke HPWPs specifiek verbonden zijn met de drie componenten van het AMO-model. Boselie (2010) heeft dit in zijn boek gedaan. Hij spreekt in dit geval over *ability practices*, *motivational practices* en *opportunity practices*. Onder de *ability practices* valt de selectieve

<sup>9</sup> In deze subparagraaf wordt er met medewerkers zowel de werknemers als de leidinggevenden bedoeld.



werving en selectie en training en opleiding. Deze twee HPWPs vergroten namelijk de kennis en vaardigheden van de medewerkers. De *motivational practices* bestaan uit beoordeling en beloning, coaching, baanzekerheid en interne promotie mogelijkheden. Deze kunnen geschaard worden onder performance management en (prestatiegerichte) beloning. De *oportunity practices* zijn autonomie, medewerker betrokkenheid, taakrotatie, taakverbreding, taakverrijking, zelfsturende teams, communicatie en medewerkers betrekken bij de besluitvorming. Vergeleken met de vijf HPWPs hiervoor genoemd, lijken deze HRM activiteiten te vallen onder de vijfde HPWP: medezeggenschap, inspraak en participatie. In bijlage IV tabel 1 is bovenstaande overzichtelijk weergegeven.

Combs et al. (2006) concluderen dat een systeem van HPWPs een sterker effect heeft op de organisatieprestatie dan individuele HPWPs. Ook Boselie (2010) gaat uit van deze systeembenadering. Deze vijf HPWPs dienen dus in combinatie gebruikt te worden. In andere woorden, de vijf HPWPs hebben meer invloed op de organisatieprestaties als zij gecombineerd worden toegepast. Welke combinatie gemaakt dient te worden van deze vijf HPWPs is afhankelijk van de organisatie en de omgeving van de organisatie (Boselie, 2010).

Winslow, Nielsen en Borg (2009) geven aan dat leidinggevenden in ouderenzorg onder druk staan. Aan de ene kant moeten zij de strategische doelstellingen op korte termijn bereiken, terwijl aan de andere kant zij werknemers moet werven, trainen en behouden om de prestaties op de langere termijn te handhaven (Winslow et al., 2009). Winslow et al. (2009) komen tot de conclusie dat het van belang is dat het topmanagement een omgeving creëert waarin de leidinggevenden de ruimte krijgen om te handelen. Om de conclusie van Winslow et al. (2009) in de context te plaatsen van HRM, kan gesteld worden dat de organisatie verantwoordelijk is voor een systeem van HPWPs. Zonder een dergelijk systeem zijn de leidinggevenden niet in staat om de HPWPs toe te passen (Boselie, 2010), maar daarnaast geven Winslow et al. (2009) aan dat zij ook de ruimte moeten krijgen om te handelen ofwel *opportunity* (de 'O' van het AMO-model). Dit sluit tevens aan bij de bevindingen van Combs et al. (2006).

### 2.3.2 Sociaal-emotionele ondersteuning

In navolging op Vaux (1988) kan sociaal-emotionele ondersteuning gezien worden als de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van sociaal-emotionele ondersteuning. Vaux, Riedel & Stewart (1987) veronderstellen dat er vijf vormen van sociaal-emotionele ondersteuning zijn, namelijk (1) emotionele ondersteuning, (2) socialisering, (3) praktische ondersteuning, (4) financiële ondersteuning en (5) advies/begeleiding. Binnen dit onderzoek gaat het echter om sociaal-emotionele ondersteuning in een organisatie, ofwel op de werkplek. Vaux et al. (1987) spreken over vormen van sociaal-emotionele ondersteuning binnen een gemeenschap. Hill et al. (1989; in Harris, Winskowski & Engdahl, 2007) hebben vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning binnen de werkplek gedefinieerd, namelijk (1) taakondersteuning zich richtend op het delen en uitwisselen van taken en ideeën, (2) (loopbaan)begeleiding van een senior met meer ervaring, (3) coaching “involves teaching organizational/professional rules and goals, including organizational politics” (Harris et al., 2007:151) en (4) sociale ondersteuning van collega's, waarbij het gaat om het delen van vriendschappen, persoonlijke problemen en geheimen.

Ook Langford, Bowsher, Maloney en Lillis (1997; in Shirey, 2004) geven vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning binnen de werkplek, namelijk (1) emotionele ondersteuning, (2) instrumentele ondersteuning, (3) informatieve ondersteuning en (4) waardering (*appraisal support*). Shirley (2004) geeft een korte beschrijving van deze verschillende vormen van sociaal-emotionele ondersteuning. Emotionele ondersteuning beschrijft zij als “provision of caring, empathy, love, and trust” (Shirley, 2004:314). Shirley (2004) geeft aan dat dit de belangrijkste vorm van sociaal-emotionele ondersteuning is, aangezien het hierbij gaat om tekenen van affectie. Instrumentele ondersteuning gaat over het leveren van materiële goederen, diensten of hulp. Het leveren van materiële goederen en diensten valt binnen dit onderzoek onder instrumentele ondersteuning. Hulp kan echter wel gezien worden als sociaal-emotionele ondersteuning, aangezien het hierbij niet gaat om uitwisseling van materiële en universele middelen. Informatieve ondersteuning wordt omschreven als het geven van informatie aan anderen ten tijde van stress. Deze informatie die gegeven wordt draagt bij aan het oplossen van problemen. Tot slot wordt waardering omschreven als de communicatie van informatie die relevant is voor zelfevaluatie (Shirley, 2004).

Op basis van bovenstaande informatie kunnen de volgende vormen van sociaal-emotionele ondersteuning benoemd worden:

1. Emotionele ondersteuning omvat tekenen van waardering en affectie, zoals zorg, empathie, liefde en vertrouwen.
2. Taakondersteuning omvat hulp en de uitwisseling van taken en ideeën.
3. Informatieve ondersteuning omvat de uitwisseling van informatie die bijdrage levert aan het oplossen van problemen.
4. Advies/coaching, waarbij het gaat om het geven van informatie die relevant is voor zelfevaluatie maar ook informatie die bijdraagt aan het leren kennen van de organisatie richtlijnen en doelen en de richtlijnen en doelen van de professie, inclusief “organizational politics” (Harris et al., 2007:151).

In figuur 2.1 was te zien dat sociaal-emotionele ondersteuning gecategoriseerd kan worden in drie niveaus, namelijk organisatie, leidinggevend en collega's. De belangrijke typologieën op deze drie niveaus zullen in deze subparagraaf worden besproken. Hierbij zullen ten eerste de typologieën op organisatieniveau worden besproken, waarna de typologieën op het niveau van ondersteuning door leidinggevend worden gepresenteerd. Tot slot komt de sociaal-emotionele ondersteuning door collega's aan bod.

### *Sociaal-emotionele ondersteuning door de organisatie*

In de introductie van dit hoofdstuk is gesteld dat een arbeidsrelatie vanuit de *social exchange* theorie bekeken kan worden. In de literatuur is consensus over het feit dat *social exchange* een reeks van interacties betreft die verplichtingen van beide partijen genereren op basis van wederkerigheid (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). Met andere woorden, een arbeidsrelatie is de ruilrelatie tussen organisatie en werknemer op basis van wederkerigheid. In de literatuur wordt in dit verband gesproken over *employee-organization relationship* (EOR) (Shore, Tetrick, Taylor, Coyle-Shapiro, Liden & Parks, 2004; in Coyle-Shapiro & Shore, 2007). De vraag wie de organisatie is binnen deze theorie blijft onbekend (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). Wel is bekend dat werknemers attributen van de organisatie vergelijken met menselijke kwaliteiten, ook wel *antropomorphization* genoemd (Rhoades & Eisenberger, 2002; Coyle-Shapiro & Shore, 2007). Deze personificatie wordt vergemakkelijkt door het feit dat organisaties juridische, morele en financiële verantwoordelijkheid hebben. Voor de personificatie zich voordoet, moeten werknemers organisatorisch beleid en beslissingen toeschrijven aan organisatorische vertegenwoordigers, ook wel ‘agents’. In de EOR literatuur wordt aangenomen dat de verschillende ‘agents’ in onderling overleg handelen naar belang van de organisatie. Hierbij zijn hiërarchische niveaoverschillen irrelevant (Coyle-Shapiro & Shore, 2007).

In EOR is wederkerigheid een belangrijk aspect. Tsui, Pearce, Porter en Dublin (1997) en Shore, Tetrick, Lynch en Barksdale (2006; in Coyle-Shapiro & Shore, 2007) onderscheiden EOR op basis economische wederkerigheid (*economic exchange*) en sociale wederkerigheid (*social exchange*). Bij EOR op basis van economische wederkerigheid biedt de werkgever op korte termijn, louter economische stimulansen, in ruil voor goed gespecificeerde bijdragen van de werknemer. Bij EOR op basis van sociale wederkerigheid gaat de relatie verder dan korte termijn beloningen van de werkgever. De werkgever probeert te voldoen aan de sociaal-emotionele behoeftes van de werknemer in ruil voor betrokkenheid bij de organisatie en het daarbij horende *extra-role behavior*, ook wel het uitvoeren van taken die buiten de normale taken vallen en het verkrijgen van organisatie specifieke vaardigheden die niet gemakkelijk overdraagbaar zijn naar anderen. Deze relatie tussen organisatie en werknemer heeft een open eind en is gericht op de lange termijn. Tsui et al. (1997) geven aan dat een EOR in balans is als de verwachtingen over de relatie op basis van economische of sociale wederkerigheid van de organisatie en werknemer gelijk zijn. Indien de wederkerigheid niet in balans is, kan dit een verklaring zijn van de verstoring van de arbeidsrelatie (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). In dit onderzoek staat de EOR op basis van sociale wederkerigheid centraal die in balans is, aangezien de organisatie een lange termijn relatie op wil bouwen met haar medewerkers en daarvoor wil investeren in de vorm van het bieden van de nodige ondersteuning. In ruil daarvoor wil de organisatie de inzet van medewerkers om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te behalen.

EOR op basis van sociale wederkerigheid is de overkoepelende term van zowel typologieën op macro niveau, zoals *trust in organization* (TO), als typologieën op micro niveau, zoals *perceived organizational support* (POS) (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). Deze twee typologieën zullen hieronder verder worden toegelicht.

Vertrouwen is een belangrijk aspect van *social exchange*, zoals een arbeidsrelatie (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). Vertrouwen heeft te maken met de wederkerigheid van een arbeidsrelatie. In de introductie van dit hoofdstuk is gesteld dat de werknemer zijn of haar taken naar behoren moet uitvoeren in ruil voor een eerlijke beloning en continue werkgelegenheid (Wong et al., 2005). De werknemer moet er vertrouwen in hebben dat, als hij of zij het werk naar behoren uitvoert, hij of zij verzekerd is van een baan. *Trust in organization* (TO) verwijst naar dit vertrouwen van de werknemer in de organisatie. TO is “the global evaluation of an organization’s trustworthiness as perceived by the employee” (Gambetta, 1988; in Tan & Tan, 2000:243). Hierbij gaat het om het vertrouwen dat de werknemer erin heeft dat de organisatie beleid goed zal uitvoeren en daarbij beleid uitvoert dat niet schadelijk is voor de werknemer (Tan & Tan, 2000). Schadelijk voor de werknemer zou bijvoorbeeld zijn dat de baan zekerheid niet meer gegarandeerd kan worden. Met andere woorden, TO is het vertrouwen van de werknemer op een baan, ook wel baan zekerheid en op een eerlijke beloning. Hierbij moet de organisatie gezien worden als het topmanagement, omdat zij het strategisch beleid ontwikkelen en deze baan zekerheid kunnen garanderen aan de werknemers. Hierdoor kan er naast TO ook gesproken worden over *trust in top management*. Costigan, Insinga, Berman, Kranas en Kureshov (2011) veronderstellen dat het vertrouwen in het topmanagement vooral gebaseerd is op de reputatie van topmanagers en het dus niet zozeer gaat om interpersoonlijke relaties.

POS verwijst naar de werknemers “beliefs concerning the extent to which the organization values their contribution and cares about their well-being” (Eisenberger et al., 1986; in Riggle, Edmondson & Hansen, 2009:1027). Een hoog niveau van POS betekent dat de sociaal-emotionele behoeften van medewerkers vervuld zijn (Coyle-Shapiro en Tetrick, 2003). Dit geeft de medewerkers het gevoel dat zij een verplichting hebben om de organisatie terug te betalen. POS is in dit licht relevant om nader te bekijken, aangezien in het onderzoek onder andere centraal staat wat de organisatie moet doen qua ondersteuning zodat de werknemers een hoog niveau van kwaliteit van zorg kunnen behalen. Hierbij gaat het dus om een ruilrelatie tussen de organisatie en de werknemers.

Nu duidelijk is wat de typologieën TO en POS zijn, blijft de vraag onbeantwoord hoe TO en POS bereikt kan worden. Voor dit onderzoek is vooral de hoe?-vraag van belang, omdat de centrale vraagstelling van het onderzoek zich richt op hoe de organisatie medewerkers kan ondersteunen om tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg te komen.

TO en POS worden veroorzaakt door een eerlijke behandeling (Tan & Tan, 2000; Rhoades & Eisenberger, 2002; Allen, Shore & Giffeth, 2003). Hierbij gaat het om procedurele rechtvaardigheid en rechtvaardigheid van verdeling van middelen (*distributive justice*). Procedurele rechtvaardigheid verwijst naar de mate waarin medewerkers zien dat beslissingen op basis van eerlijke methoden en richtlijnen genomen worden. Rechtvaardigheid van verdeling van middelen (*distributive justice*) verwijst daarentegen naar de perceptie van de medewerkers over de eerlijkheid van de verdeling van middelen en resultaten.

Uit meta-analyse van Rhoades en Eisenberger (2002) komt naar voren dat POS veroorzaakt wordt door ondersteuning van de leidinggevenden (*supervisor support*). Met ondersteuning van de leidinggevende (*supervisor support*) gaat het om de perceptie van werknemers over de welwillendheid van de leidinggevenden om het welzijn van de werknemers te ondersteunen (Rhoades & Eisenberger, 2002). De leidinggevenden zijn als het ware de ‘agents’ voor de organisatie. Leidinggevenden voeren de procedures uit, handhaven de regels en hebben de verantwoordelijkheid om de prestaties van de werknemers te beoordelen.

Tot slot leiden *supportive* HRM praktijken tot POS (Rhoades & Eisenberger, 2002; Allen, Shore & Griffeth, 2003). Drie HRM praktijken zijn positief gecorreleerd met POS, namelijk beloning (*compensation*), training en opleiding (*development*) en medezeggenschap, inspraak en participatie (*participation*) (Rhoades & Eisenberger, 2002; Allen et al., 2003). Bij beloning gaat het specifiek om een eerlijke beloning (Allen et al., 2003). Boselie (2010) geeft aan dat de eerlijkheid van beloning afhankelijk is van de transparantie van het beloningssysteem. Transparantie van het beloningssysteem kan vooral bereikt worden door communicatie en informatie (Boselie, 2010). Bij opleiding en ontwikkeling gaat het niet alleen om formeel onderwijs op onderwijsinstellingen, maar gaat het ook om *learning on the job*. Boselie (2010) geeft aan dat training en opleiding een belangrijk onderdeel is van *people management*. Tot slot sluit *participation* aan bij de derde dimensie van het AMO-model, namelijk *opportunity to perform*. *Opportunity to perform* is een breed concept bestaande uit onder andere: medezeggenschap in de besluitvorming en autonomie van de medewerkers (Boselie, 2010).

Geconcludeerd kan worden dat een hoog niveau van POS bereikt kan worden door (1) beloning, (2) training en opleiding en (3) medezeggenschap, inspraak en participatie, ofwel HRM praktijken. Deze HRM praktijken ofwel

HPWPs worden binnen dit onderzoek gezien als instrumentele ondersteuning en niet als sociaal-emotionele ondersteuning. Uit de literatuur blijkt echter dat de uitvoering van deze HRM praktijken als eerlijk en weinig politiek moeten worden ervaren door medewerkers. Coaching – als één van de vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning – kan een bijdrage leveren aan de ervaring van medewerkers dat uitvoering van HRM praktijken als eerlijk en weinig politiek gezien worden. Coaching omvat namelijk, zoals eerder vermeld, onder andere het leren begrijpen van de regels en doelen van de organisatie als ook het politieke proces binnen een organisatie. De HRM praktijken worden uitgevoerd door leidinggevendenden (Purcell & Hutchinson, 2007), waardoor zij gezien worden als de ‘agents’ van de organisatie (Rhoades & Eisenberger, 2002). De ondersteuning van leidinggevendenden naar medewerkers, ofwel *supervisor support* is daardoor ook een belangrijk aspect om tot POS te komen. Typologieën met betrekking tot *supervisor support* zal in de volgende subparagraaf worden behandeld. POS leidt vervolgens tot vertrouwen in de organisatie (TO). Vertrouwen wordt gezien als emotionele ondersteuning – één van de vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning. In bijlage IV figuur 1 wordt dit weergegeven.

### ***Sociaal-emotionele ondersteuning door leidinggevendenden***

Ondersteuning door leidinggevendenden staat binnen dit onderzoek centraal. Het is ook interessant om *supervisor support* of *leadership support* nader te bekijken in dit theoretisch kader. Als er gekeken wordt naar sociaal-emotionele ondersteuning door leidinggevendenden zijn twee typologieën interessant om nader te bekijken, namelijk *trust in supervisor* (TS) en de *leader-member exchange* (LMX). Deze typologieën zullen hieronder nader worden besproken.

Bij een arbeidsrelatie is vertrouwen tussen organisatie en medewerker belangrijk, maar ook tussen leidinggevende en medewerker. Het vertrouwen tussen leidinggevende en medewerker wordt in de literatuur aangegeven met *trust in supervisor* (TS). Mayer et al. (1995; in Tan & Tan, 2000:243) geven aan dat TS gedefinieerd kan worden als “the willingness of a subordinate to be vulnerable to the actions of his or her supervisor whose behavior and actions he or she cannot control”. Als het gaat om TS wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen twee stromingen, namelijk *relationship-based* ofwel gebaseerd op *affective trust* en *character-based* ofwel gebaseerd op *cognitive trust* (Dirks & Ferrin, 2002; Yang & Mossholder, 2010). Het *relationship-based* perspectief richt zich vooral op de relatie tussen de leidinggevende en ondergeschikte. Het *character-based* perspectief richt zich op het karakter van de leidinggevende en hoe kwetsbaar de leidinggevende zich opstelt (Dirks & Ferrin, 2002). Yang en Mossholder (2010) geven aan dat vertrouwen voortvloeit uit zowel een cognitieve basis (*cognitive trust*), gebaseerd op kenmerken die relevant zijn voor taakgerichte interacties, als een affectieve basis (*affective trust*), gebaseerd op meer sociaal-emotionele elementen, relevant voor interpersoonlijke interacties. Costigan et al. (2011) geven een soortgelijke definitie aan *cognitive* en *affective trust*. Zij geven aan dat *cognitive trust* meer gebaseerd is op een rationele beslissing om (niet) te vertrouwen. Deze rationele beslissing wordt onder andere gebaseerd op het karakter van de leidinggevende (Costigan et al., 2011). *Affective trust*, omschrijven Costigan et al. (2011), als meer emotioneel dan rationeel. Beide partijen investeren in elkaars welzijn, waardoor zij een persoonlijke relatie opbouwen. Costigan, Insinga, Berman, Ilter, Kranas en Kureshov (2006) veronderstellen dat *cognitive trust* tussen werknemer en leidinggevende vaker voorkomen dan relaties op basis van *affective trust*.

Net als bij TO is het bij TS ook belangrijk om te achterhalen of er aanknopingspunten in de literatuur zijn over de vraag hoe TS gecreëerd kan worden. Tan en Tan (2000) geven aan dat TS wordt beïnvloed door bekwaamheid (*ability*), welwillendheid (*benevolence*) en integriteit (*integrity*) van de leidinggevende. Bij bekwaamheid gaat het niet alleen om de vaardigheden en de competenties van de leidinggevende, maar ook om de persoonlijke eigenschappen. Met welwillendheid wordt door Tan en Tan (2000:244) bedoeld de mate waarin “the supervisor wants to do good for the subordinate, aside from an egocentric motive”. Tot slot dient het gedrag van de leidinggevende overeen te komen met de waarden van de ondergeschikte wil deze leidinggevende als integer gezien worden (Tan & Tan, 2000). Tan en Tan (2000) beperken zich hiermee tot *cognitive trust* of het *character-based* perspectief. Yang en Mossholder (2010) geven aan dat *cognitive trust* beïnvloedt wordt door de bekwaamheid (*ability*), betrouwbaarheid (*dependability*) en integriteit (*integrity*) van de leidinggevende. Dit komt overeen met wat Tan en Tan (2000) aanhalen. Tan en Tan (2000) spreken echter over welwillendheid (*benevolence*) en niet over betrouwbaarheid (*dependability*), zoals Yang en Mossholder (2010). Dirks en Ferrin (2002) spreken over kenmerken als integriteit (*integrity*), betrouwbaarheid (*dependability*), eerlijkheid (*fairness*)

en bekwaamheid (*ability*). Samenvattend gaat het bij het *character-based* perspectief om kenmerken als integriteit, betrouwbaarheid, bekwaamheid, eerlijkheid en welwillendheid om *cognitive trust* te krijgen.

Dirks en Ferrin (2002) geven aan dat er te weinig literatuur is over de antecedenten van *affective trust*. Hierdoor kan er binnen dit theoretisch kader niet ingegaan worden op dit aspect. In de meta-analyse van Dirks en Ferrin (2002:628) zijn echter wel uitspraken opgenomen die kunnen duiden op *affective trust*: “I feel a strong sense of loyalty to my leader” of “If I shared my problems with [my leader], I know he would respond constructively and caringly.”

Dirks en Ferrin (2002) geven aan dat TS kan leiden tot een hoog niveau van *leader-member exchange* (LMX). LMX benadrukt de interpersoonlijke relatie tussen leidinggevende en ondergeschikte (Leisink & Knies, 2011; Ilies, Nahrgang & Morgeson, 2007; Paglis & Green, 2007; Bezuijnen, Van Dam, Van den Berg & Thierry, 2010; Bowler, Halbesleben & Paul, 2010). Dit vertoont overeenkomst met genegenheid en waardering uit de *social support* theorie van Vaux (Leisink & Knies, 2011). Ilies et al. (2007) geven aan dat het basisprincipe van LMX is dat leidinggevendens verschillende ruilrelaties opbouwen met hun medewerkers. Dit sluit aan bij Paglis en Green (2002:250), die aangeven dat LMX een proces is “trough which working relationships between supervisor and employees are negotiated over time through a series of interacts and exchanges between them.” Maslyn en Uhl-Bien (2001) veronderstellen dat er vier dimensies – ofwel vier verschillende ruilrelaties – zijn van LMX, namelijk (1) medewerking (*contribution*), zoals het verrichten van arbeid dat niet omschreven is in de functieomschrijving ofwel *extra-role behavior*, (2) genegenheid (*affect*), zoals vriendschap en sympathie, (3) toewijding (*loyalty*), zoals loyaliteit en wederzijdse verplichtingen en (4) waardering (*professional respect*), zoals respect hebben voor professionele capaciteiten.

**Tabel 2.2: Niveaus van LMX relaties**

		Leidinggevendens	
		Hoog	Laag
Onder- geschikten	Hoog	<i>Balanced/high LMX</i>	<i>Follower overestimation</i>
	Laag	<i>Follower underestimation</i>	<i>Balanced/low LMX</i>

Bron: Cogliser et al. (2009)

Een leidinggevendens bouwt dus niet met iedere medewerker dezelfde relatie op, doordat het gedrag van de leidinggevendens niet consistent is bij alle ondergeschikten (Katrinli, Atabay, Gunay & Guneri, 2008). Hierdoor bouwt de leidinggevendens slechts met enkele ondergeschikten een relatie op met een hoog niveau van LMX. Met andere woorden, het niveau van LMX verschilt per relatie. In de literatuur wordt dit aangegeven met de term *LMX differentiation* (Ma & Qu, 2010). Cogliser, Schriesheim, Scandura en Gardner (2009) veronderstellen dat er verschillende niveaus van LMX relaties zijn, zie hiervoor tabel 2.2.

De kwaliteit van deze ruilrelatie heeft invloed op de houding en gedrag van de leidinggevendens en medewerker (Ilies et al., 2007). Bezuijnen et al. (2010) geven aan dat een relatie met een hoog niveau LMX – ofwel *balanced/high LMX* – gekenmerkt wordt door een hoge mate van wederzijdse steun, vertrouwen en loyaliteit. Katrinli et al. (2008) voegen hier respect en verplichting aan toe. Dit wordt veroorzaakt door positieve ondersteuning, een open communicatie, genegenheid en een gedeelde loyaliteit (Katrinli et al., 2008). Kortom de moeite (*effort*) die de leidinggevendens danwel de ondergeschikte neemt om een relatie op te bouwen (Maslyn & Uhl-Bien, 2001).

Wayne, Shore en Liden (1997) veronderstellen dat het meest dominante antecedent van LMX de mate van wederzijdse sympathie (*degree of mutual liking*) is. Daarnaast concluderen zij dat de verwachtingen van een leidinggevendens van zijn ondergeschikten een rol spelen bij het niveau LMX. Wayne et al. (1997) geven aan dat de verwachtingen van de leidinggevendens de perceptie van ondergeschikte veranderen. “Leaders holding high expectations of subordinates may be more likely to attribute their good behavior to their internal qualities and poor behavior to forces external to them, whereas attributions would be the reverse when the leaders have low expectations of the subordinates” (Wayne et al., 1997:89). De verwachtingen van leidinggevendens veranderen mogelijk ook het gedrag van de leidinggevendens jegens de ondergeschikten. “High leader expectations for a subordinate may translate into the provision of challenging tasks, feedback, and training. Conversely, a subordinate of whom a leader had low expectations may be left with relatively routine tasks, little feedback, and few training opportunities” (Wayne et al., 1997:89). Katrinli et al. (2008) beamen dit. Zij geven aan dat



ondergeschikten met een goede interpersoonlijke relatie met hun leidinggevende, meer uitdagende taken en meer steun en aandacht krijgen van hun leidinggevende.

Opvallend is dat leidinggevend en ondergeschikten op verschillende aspecten van LMX focussen als zij de LMX relatie beoordelen (Zhou & Schriesheim, 2010). Zhou en Schriesheim (2010) concluderen dat leidinggevend meer aandacht besteden aan taakgerichte aspecten van LMX, terwijl ondergeschikten zich meer richten op de sociale aspecten van de werkrelatie.

In de literatuur zijn er tot slot diverse onderzoeken die concluderen dat LMX een antecedent is van POS (Wayne et al., 1997; Erdogan & Enders, 2007; Katrinli et al., 2008). In bijlage IV figuur 2 is een overzicht te vinden van de tot nu toe behandelde literatuur, inclusief de relaties tussen de verschillende behandelde thema's.

Ter afsluiting kunnen bovenstaande resultaten gekoppeld worden aan de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning. Als er gekeken wordt naar TS is gesteld dat vertrouwen bestaat uit twee constructen, namelijk cognitief vertrouwen en affectief vertrouwen (Yang & Mossholder, 2010). Bij cognitief vertrouwen gaat het meer om de taakgerichte interactie tussen leidinggevend en ondergeschikten. Doordat het vooral om taakgerichte interactie gaat kan aangenomen worden dat taak- en informatieve ondersteuning van de leidinggevend het cognitief vertrouwen zal verbeteren. Bij affectief vertrouwen gaat het echter meer om een interpersoonlijke relatie tussen leidinggevend en ondergeschikten. Hierdoor kan aangenomen worden dat emotionele ondersteuning van de leidinggevend het affectief vertrouwen zal verbeteren. Als er gekeken wordt naar LMX – als uitkomst van TS – is geconcludeerd dat het bij LMX gaat om wederzijdse sympathie (Wayne et al., 1997). Wederzijdse sympathie kan gezien worden als tekenen van affectie en waardering, waardoor aangenomen kan worden dat door emotionele ondersteuning van leidinggevend er een hoger niveau van LMX ontstaan.

#### *Sociaal-emotionele ondersteuning door collega's*

Het laatste niveau van sociaal-emotionele ondersteuning is op collegiaal niveau. Werknemers hebben in elke organisatie te maken met collega's, waarmee zij taakgerichte danwel sociale interacties hebben (Chiarburu & Harrison, 2008). Chiarburu en Harrison (2008) geven aan dat het belang van collega's versterkt wordt door recente trends op het gebied van onderneming en werk. Een voorbeeld hiervan is de trend van plattere organisaties. Deze trend verhoogt het aantal interacties tussen collega's, omdat er meer met teams gewerkt wordt. De interactie tussen collega's zijn gebaseerd op wederkerigheid (Chiarburu & Harrison, 2008), waardoor dit valt binnen de *social exchange* theorie.

In de literatuur wordt gesproken over *coworker support* om de sociaal-emotionele ondersteuning door collega's aan te geven (Chiarburu & Harrison, 2008; Rousseau & Aubé, 2010). De steun van collega's omvat concrete hulp en informatie, maar ook tekenen van affectie en waardering (Chiarburu & Harrison, 2008; Rousseau & Aubé, 2010). Op basis van voorgaande kan aangenomen dat alle vier de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning belangrijk zijn binnen *coworker support*.

De literatuur geeft weinig prijs over de antecedenten van *coworker support*. Ladd en Henry (2000) geven aan dat empathie (*empathy*) voorafgaat aan *coworker support*. Bij empathie gaat het om het inlevingsvermogen van de collega. Volgens Ladd en Henry (2000) leidt dit tot onzelfzuchtig gedrag. Deze onzelfzuchtigheid heeft op zijn beurt weer een positief effect op *coworker support*. Op basis van de LMX literatuur kan aangenomen worden dat wederzijdse sympathie voorafgaat aan *coworker support*. Bij wederzijdse sympathie gaat het om 'elkaar mogen'. Verondersteld kan worden dat als collega's wederzijdse sympathie hebben voor elkaar, zij eerder bereid zijn om elkaar te helpen in de vorm van *coworker support*.

Ng en Sorensen (2009) concluderen dat er een wederzijds verband is tussen *coworker support* en *supervisor support*. Zij hebben ook verondersteld dat *coworker support* leidt tot *organizational support*. Op basis van deze informatie kan een model opgesteld worden als het gaat om de relaties tussen de drie niveaus van sociaal-emotionele ondersteuning. Dit model is terug te vinden in bijlage IV figuur 3.

### **2.3.3 Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat er twee vormen van ondersteuning te benoemen zijn vanuit de literatuur, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. Sociaal-emotionele ondersteuning bestaat uit drie niveaus, namelijk organisatie, leidinggevend en collega's. Bij instrumentele ondersteuning gaat het om de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten (Vaux, 1988), inclusief HRM praktijken

(Purcell & Hutchinson, 2007). Sociaal-emotionele ondersteuning gaat om de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering. Vier vormen zijn hierin te onderkennen, namelijk (1) emotionele ondersteuning (tekenen van waardering en affectie), (2) taakondersteuning (concreet hulp en uitwisseling van taken en ideeën), (3) informatieve ondersteuning (informatie-uitwisseling om problemen op te lossen) en (4) advies/coaching (informatie ter bevordering van zelfevaluatie en informatie die het leerproces bevordert). Als er gekeken wordt naar ondersteuning door de organisatie kan aangenomen worden dat emotionele ondersteuning en advies/coaching belangrijk zijn. Bij ondersteuning door leidinggevendenden zijn taak-, emotionele en informatieve ondersteuning van belang. Tot slot bij ondersteuning door collega's lijken alle vier de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning belangrijk.

Hiermee is antwoord gegeven op de vraag welke vormen van ondersteuning benoemd kunnen worden vanuit de literatuur. Er is dus antwoord gegeven op de eerste theorievraag behorende bij de tweede vraagstelling (deelvraag 2a). In de volgende paragraaf zal antwoord worden gegeven op de vraag welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg (deelvraag 2b).

## 2.4 Welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg?

Binnen dit onderzoek is de vraag welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Hierbij kan het gaan om een direct of een indirect verband tussen ondersteuning en de kwaliteit van zorg. Uit de literatuur is gebleken dat instrumentele ondersteuning in de vorm van HPWPs een direct effect heeft op de kwaliteit van zorg (Boselie, 2010). Sociaal-emotionele ondersteuning heeft een indirect effect op kwaliteit van zorg, gemedieerd door *organizational citizenship behavior* (OCB) en werkhouding (Bowler et al., 2010; Katrinli et al., 2008). Uit de literatuur blijkt namelijk dat leidt OCB tot *performance* (Bowler et al., 2010), ofwel kwaliteit van zorg. Bowler et al. (2010:309) veronderstellen namelijk dat OCB leidt tot "individual, group, and organizational effectiveness". Bij OCB gaat het om gedrag van de werknemer die de totale organisatie, een groep van individuen of een individu ten goede komt. Dit gedrag gaat verder dan datgene in de functiebeschrijving beschreven staat (Johnson, Truxillo, Erdogan, Bauer & Hammer, 2009; Chiaburu & Harrison, 2009). Katrinli et al. (2008) concluderen dat op het gebied van verpleging een positieve werkhouding van belang is, omdat de prestaties van de zorgverleners direct invloed hebben op het welzijn van de cliënt en de kwaliteit van zorg. Zij geven daarbij aan dat deze positieve werkhouding gestimuleerd kan worden door bijvoorbeeld de leidinggevendenden, maar ook door de organisatie of de collega's. Katrinli et al. (2008:360) geven het voorbeeld: "Nurse supervisors can stimulate their nurses' job involvement and organizational identification in different ways." Deze conclusie van Katrinli et al. (2008) bevestigt het feit dat ondersteuning kan leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Chiaburu en Harrison (2008) veronderstellen dat werkhouding bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk werktevredenheid (*job satisfaction*), werkbetrokkenheid (*job involvement*) en organisatie-betrokkenheid (*organizational commitment*). Werktevredenheid verwijst volgens hen naar emotionele toestand als gevolg van een positieve beoordeling van een baan. Werkbetrokkenheid verwijst naar een psychologische toestand waarin een werknemer zich identificeert met het werk (Chiaburu & Harrison, 2008). Tot slot wordt organisatiebetrokkenheid door hen beschreven als een emotionele gehechtheid of identificatie met de organisatie. Geconcludeerd kan worden dat deze drie componenten tot een positieve werkhouding leiden (Chiaburu & Harrison, 2008; Ng & Sorensen, 2008).

In paragraaf 2.3 zijn verschillende vormen van ondersteuning gepresenteerd. Binnen deze vormen van ondersteuning zijn diverse typologieën besproken die in de wetenschappelijke literatuur gebruikt worden. Om de vraag te beantwoorden welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg zal er allereerst in subparagraaf 2.4.1 gekeken worden of HPWPs leidt tot kwaliteit van zorg. Vervolgens zal in subparagraaf 2.4.2 gekeken worden welke typologieën van sociaal-emotionele ondersteuning een positief effect hebben op de OCB of de werkhouding van de werknemers.

### 2.4.1 Instrumentele ondersteuning en kwaliteit van zorg

Bij instrumentele ondersteuning is in paragraaf 2.3 vooral aandacht besteed aan HRM-activiteiten die leiden tot *performance*, ofwel HPWPs. Hierdoor is reeds antwoord gegeven op de vraag welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Ter verduidelijking zal ik kort samenvatten welke HPWPs leiden tot *performance* ofwel kwaliteit van zorg.



Boselie (2010) heeft vijf HRM activiteiten genoemd die aangeduid kunnen worden als HPWPs, namelijk (1) selectieve werving en selectie, (2) performance management, (3) (prestatiegerichte) beloning, (4) training en opleiding en (5) medezeggenschap, inspraak en participatie. Verondersteld is dat selectieve werving en selectie en training en opleiding de *ability* van medewerkers verhogen, performance management en (prestatiegerichte) beloning verhoogt de *motivation* van medewerkers en tot slot leidt inspraak, medezeggenschap en participatie tot *opportunity to perform* (Boselie, 2010). Hierbij is geconcludeerd dat een systeem van HPWPs een sterker effect heeft op de *performance* dan losse HPWPs (Combs et al., 2006; Boselie, 2010). Tot slot is gesteld dat leidinggevendenden een grote verantwoordelijkheid hebben om het HRM beleid te laten slagen (Leisink, Knies & Walter, 2007; Purcell en Hutchinson, 2007; Boxall & Purcell, 2008). Winslow et al. (2009) hebben verondersteld dat het van belang is dat het topmanagement een omgeving creëert waarin de leidinggevende de ruimte krijgt om te handelen. Kortom, de organisatie is verantwoordelijk voor een systeem van HPWPs. Hierdoor zijn leidinggevendenden in staat om de HPWPs toe te passen.

#### 2.4.2 Sociaal-emotionele ondersteuning en kwaliteit van zorg

Om antwoord te geven op de vraag welke vormen van ondersteuning leiden tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg zal er binnen deze subparagraaf gekeken worden naar welke vormen van sociaal-emotionele ondersteuning een positief effect hebben op OCB en/of de drie componenten van een positieve werkhouding.

##### *Sociaal-emotionele ondersteuning door de organisatie*

Moorman, Blakely en Niehoff (1998) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen POS en OCB. Zij veronderstellen dat OCB uit vier elementen bestaat, namelijk (1) helpen van collega's in hun werk wanneer zij deze hulp nodig hebben, (2) individueel initiatief verwijst naar een proactieve houding van een werknemer, (3) het uitvoeren van taken die niet in de functieomschrijving vermeld zijn en (4) *loyal boosterism*, dat gaat over het aanprijzen van de organisatie aan buitenstaanders. Uit dit onderzoek van Moorman et al. (1998) komt dat POS gecorreleerd is aan drie van de vier elementen van OCB. POS is alleen niet gecorreleerd met een proactieve houding van een werknemer.

Wayne et al. (1997) hebben een jaar eerder onderzoek gedaan naar de relatie tussen POS en OCB. Zij hebben dezelfde conclusie getrokken als Moorman et al. (1998). Zij hebben namelijk geconcludeerd dat POS gecorreleerd is met OCB.

Op basis van deze twee studies kan aangenomen worden dat *organizational support* een positief effect heeft op OCB.

Als er gekeken wordt naar de relatie tussen *organizational support* en werkhouding, kan er eerst gekeken worden naar het vertrouwen in de organisatie (TO) en het effect op de werkhouding. In dit licht is de studie van Tan en Tan (2000) relevant. Zij concluderen dat TO leidt tot organisatiebetrokkenheid.

Yang en Mossholder (2010) hebben ook onderzoek gedaan naar het effect van TO op de werkhouding. Zij hebben geconcludeerd dat er twee varianten van vertrouwen te onderscheiden waren, namelijk affectief en cognitief vertrouwen (zie subparagraaf 2.3.2). Deze vormen van vertrouwen hadden elk een ander effect op de werkresultaten. Zij concluderen dat affectief vertrouwen in organisatie leidt tot organisatiebetrokkenheid. Dit bevestigt de uitkomsten van Tan en Tan (2000). Yang en Mossholder (2010) concluderen dat cognitief vertrouwen in de organisatie gecorreleerd is aan werktevredenheid.

Naast TO is de typologie POS besproken als het gaat om *organizational support*. Uit de meta-analyse van Rhoades en Eisenberger (2002) komt naar voren dat POS gecorreleerd is met (affectieve) organisatiebetrokkenheid. Ng en Sorensen (2008) hebben in hun studie ook geconcludeerd dat POS leidt tot organisatiebetrokkenheid. Deze uitkomsten komen dus overeen met de uitkomsten van Rhoades en Eisenberger (2002).

Betrokkenheid wordt door Meyer en Allen (1997) opgedeeld in drie componenten, namelijk affectief (*affective*), normatief (*normative*) en continuatie (*continuance*). Affectieve betrokkenheid is de mate waarin de werknemer zich emotioneel verbonden voelt en identificeert met de organisatie. De werknemer vindt het prettig om onderdeel uit te maken van de organisatie en identificeert zich met de waarden en doelen van de organisatie. Normatieve betrokkenheid is de mate waarin de werknemer zich verplicht voelt bij de organisatie te blijven. Hierbij gaat het erom in hoeverre de werknemer zich heeft geïdentificeerd met de werkgerelateerde normen van

de organisatie. Met andere woorden, normatieve betrokkenheid geschiedt door een socialisatieproces. Continuatie betrokkenheid is gebaseerd op vermeende noodzaak om bij de organisatie te blijven. Panaccio en Vandenberghe (2009) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van POS op deze drie componenten van betrokkenheid. Hierbij splitsen zij continuatie betrokkenheid (*continuance commitment*) op, op basis van de waargenomen offers die gedaan moeten worden om de organisatie te verlaten, namelijk in *high sacrifice* (HS) en *perceived lack of employment alternatives* (LA). Uit de studie komt naar voren dat POS positief gecorreleerd is aan affectieve, normatieve betrokkenheid en HS. POS is negatief gecorreleerd aan LA (Panaccio & Vandenberghe, 2009).

Riggle et al. (2009) hebben ook een meta-analyse uitgevoerd naar de relatie tussen POS en werkgerelateerde uitkomsten, namelijk organisatiebetrokkenheid en werktevredenheid. Zij veronderstellen dat POS meer dan 50 procent van de organisatie betrokkenheid verklaard en bijna 38% van de werktevredenheid (Riggle et al., 2009).

Uit de studie van Ng en Sorensen (2008) komt ook naar voren dat POS leidt tot werktevredenheid. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van de studie van Riggle et al. (2009).

Gebaseerd op deze zes studies kan geconcludeerd worden dat *organizational support* positief gecorreleerd is met werktevredenheid en organisatiebetrokkenheid.

### *Sociaal-emotionele ondersteuning door leidinggevenden*

De relatie tussen *supervisor support* en OCB is door diverse onderzoekers onderzocht. Allereerst is er het onderzoek van Bowler et al. (2010). Zij hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen LMX en OCB. Zij concluderen dat een hoog niveau van LMX leidt tot OCB. Tevens veronderstellen zij dat een laag niveau van LMX een negatief effect heeft op OCB.

Uit onderzoek van Johnson et al. (2009) blijkt dat LMX een modererend effect heeft op de relatie tussen rechtvaardigheid en OCB. Johnson et al. (2009:432) concluderen: “LMX moderated the relationships between fairness perceptions and (...), (b) organization-focused OCB, but not (c) individual-focused OCB.”

Op basis van deze twee studies kan geconcludeerd worden dat LMX leidt tot OCB en vooral tot organisatie OCB.

Nu de relatie tussen *supervisor support* en OCB besproken is, kan er gekeken worden naar de relatie tussen *supervisor support* en werkhouding.

Als er allereerst gekeken wordt naar vertrouwen in leidinggevende (TS), dan is het onderzoek van Yang en Mossholder (2010) relevant. Zij hebben geconcludeerd dat er twee varianten van vertrouwen te onderscheiden waren, namelijk affectief en cognitief vertrouwen (zie subparagraaf 2.3.2). Deze vormen van vertrouwen hadden elk een ander effect op de werkresultaten. Yang en Mossholder (2010) hebben geconcludeerd dat affectief vertrouwen positief gecorreleerd is aan werktevredenheid en aan organisatiebetrokkenheid.

Tan en Tan (2000) hebben ook onderzoek gedaan naar de relatie tussen TS en tevredenheid. Zij concluderen dat TS gecorreleerd is met tevredenheid ten aanzien van de leidinggevende. Aangenomen kan worden dat dit een onderdeel is van de werktevredenheid, aangezien een werknemer en leidinggevende veelvuldig contact onderhouden.

Stringer (2006) heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen LMX en werktevredenheid. Hij concludeert dat een hoog niveau van LMX positief gecorreleerd is aan werktevredenheid. Werktevredenheid splitst hij op in intrinsieke en extrinsieke werktevredenheid. Intrinsieke werktevredenheid “are concerned with the nature and consequence of work and includes contributing factors such as desirable and challenging work assignments, recognition of achievement, responsibility, and advancement” (Stringer, 2006:130). Extrinsieke werktevredenheid daarentegen verwijst naar de context waarin het werk gedaan moet worden. De elementen die bijdrage aan extrinsieke werktevredenheid zijn onder andere toezicht, fysieke arbeidsomstandigheden, eerlijk loon en werkzekerheid (Stringer, 2006). Een hoog niveau van LMX is met beide vormen van werktevredenheid gecorreleerd. LMX is sterker gecorreleerd aan intrinsieke werktevredenheid dan aan extrinsieke werktevredenheid.

Ng en Sorensen (2008) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen *supervisor support* en werktevredenheid en organisatiebetrokkenheid, ofwel *affective commitment*, zoals bedoeld door Ng en Sorensen (2008). Zij concluderen dat *supervisor support* een positief effect heeft op werktevredenheid. Dit sluit aan bij de resultaten van Stringer (2006). Als het gaat om organisatiebetrokkenheid, concluderen zij dat *supervisor support*

indirect gecorreleerd is aan organisatiebetrokkenheid. Zij veronderstellen dat *supervisor support* leidt tot POS en dat POS uiteindelijk leidt tot organisatiebetrokkenheid.

Op basis van deze vier studies kan geconcludeerd worden dat *supervisor support* een positief effect heeft op werktevredenheid en een indirecte relatie met organisatiebetrokkenheid. Verondersteld is dat *supervisor support* een positieve invloed heeft op twee van de drie onderdelen van een positieve werkhouding. Op basis hiervan wordt aangenomen dat *supervisor support* leidt tot kwaliteit van zorg.

#### *Sociaal-emotionele ondersteuning door collega's*

Als er gekeken wordt naar het effect van *coworker support* op OCB, is het onderzoek van Chiaburu en Harrison (2008) relevant. Zij maken onderscheid tussen individuele OCB en organisatie OCB. Individuele OCB is gedrag van de werknemer die ten goede komt aan het individu en organisatie OCB is gedrag van de werknemer dat de organisatie als geheel ten goede komt. Uit dit onderzoek is gekomen dat *coworker support* een positief effect heeft op individuele OCB. Chiaburu en Harrison (2008) hebben niet voldoende empirisch bewijs gevonden om te concluderen dat *coworker support* een positief effect heeft op organisatie OCB. Ladd et al. (2000) hebben ook onderzoek gedaan naar de relatie tussen *coworker support* en OCB. Zij maken ook het onderscheid tussen individuele en organisatie OCB. Zij concluderen tevens dat *coworker support* leidt tot individuele OCB. Als het gaat om organisatie OCB, veronderstellen zij, dat *organizational support* leidt tot organisatie OCB en niet zozeer *coworker support*.

Op basis van deze twee studies kan geconcludeerd worden dat *coworker support* leidt tot individuele OCB, maar niet tot organisatie OCB.

Ducharme en Martin (2000) hebben de relatie onderzocht tussen *coworker support* en werktevredenheid. Zij concluderen dat *coworker support* leidt tot werktevredenheid. Deze resultaten worden bevestigd door Chiaburu & Harrison (2008). Zij hebben echter ook de relatie onderzocht tussen *coworker support* en werkbetrokkenheid en organisatiebetrokkenheid. Zij komen tot de conclusie dat *coworker support* zowel leidt tot werkbetrokkenheid als tot organisatiebetrokkenheid. Deze resultaten wijzen uit dat *coworker support* leidt tot een positieve werkhouding en dus leidt tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Uit de studie van Ng en Sorensen (2008) komt tevens naar voren dat *coworker support* een positief effect heeft op werktevredenheid. Zij geven echter geen directe relatie weer tussen *coworker support* en organisatiebetrokkenheid, maar wel een indirecte relatie. Ng en Sorensen (2008) concluderen dat *coworker support* leidt tot *supervisor support*. *Supervisor support* leidt tot POS en POS leidt vervolgens tot organisatiebetrokkenheid, ofwel *affective commitment*, zoals bedoeld door Ng en Sorensen (2008).

Op basis van deze drie studies kan met zekerheid geconcludeerd worden dat *coworker support* een positieve relatie heeft met werktevredenheid. Slechts één onderzoek heeft de relatie tussen *coworker support* en werkbetrokkenheid onderzocht. Hieruit is gebleken dat *coworker support* leidt tot werkbetrokkenheid. Tot slot kan gesteld worden dat er minimaal een indirecte relatie is tussen *coworker support* en organisatiebetrokkenheid.

#### **2.4.3 Conclusie**

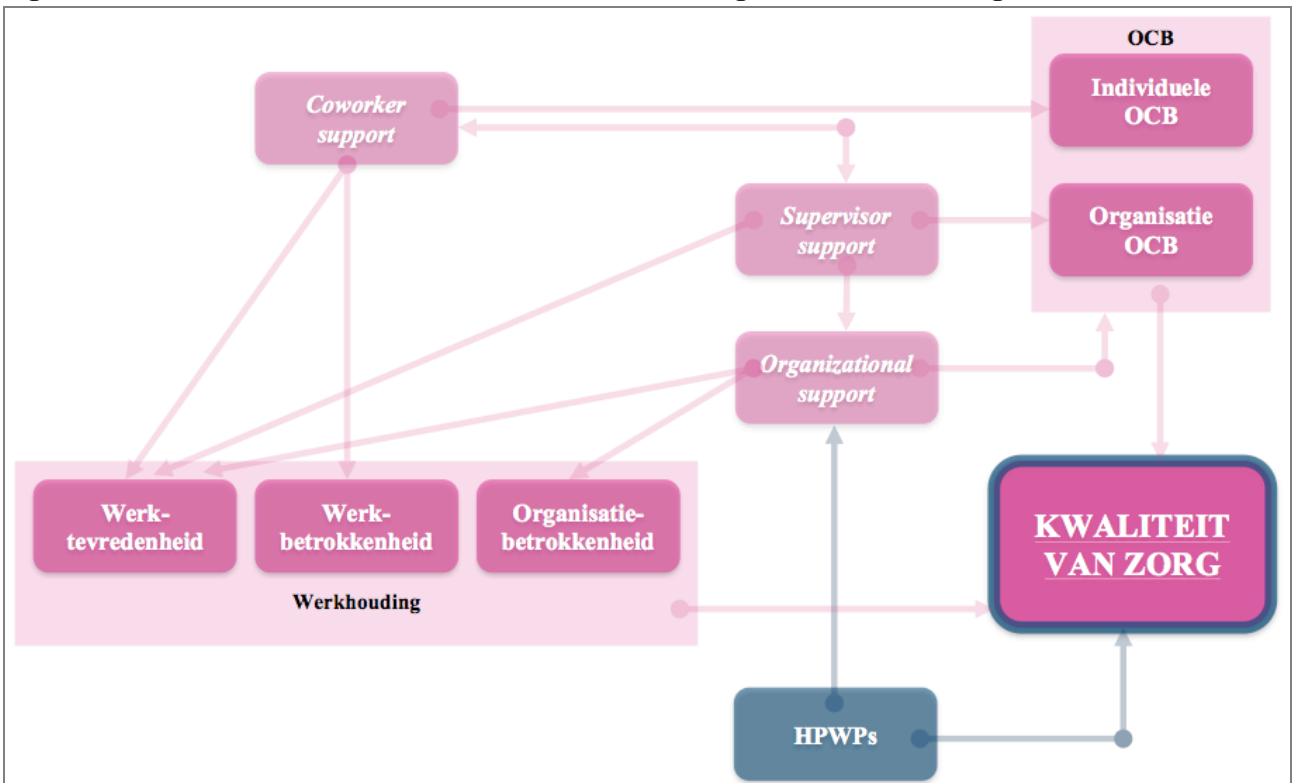
Om deze paragraaf af te sluiten is in figuur 2.2 een causaal model weergegeven op basis van het literatuuronderzoek. Zoals in de figuur te zien is hebben alle vormen van ondersteuning een positief effect op de kwaliteit van zorg. Instrumentele ondersteuning in de vorm van HPWPs heeft een direct effect op kwaliteit van zorg. Sociaal-emotionele ondersteuning op zowel collegiaal, leidinggevend als organisatieniveau heeft een indirect effect op kwaliteit van zorg. OCB en werkhouding zijn hierbij de mediërende variabelen tussen sociaal-emotionele ondersteuning en kwaliteit van zorg. Hiermee is antwoord gegeven op tweede deelvraag behorende bij de tweede vraagstelling (deelvraag 2b).

## **2.5 Onderzoeksverwachtingen**

In dit theoretisch kader is gebleken dat instrumentele ondersteuning in de vorm van HPWPs een direct effect heeft op de kwaliteit van zorg. Er zijn vijf HPWPs benoemd, namelijk (1) selectieve werving en selectie, (2) performance management, (3) (prestatiegerichte) beloning, (4) training en opleiding en (5) medezeggenschap, inspraak en participatie (Boselie, 2010). Als deze informatie afgezet wordt tegen de context van het onderzoek is te verwachten dat selectieve werving en selectie niet door medewerkers danwel leidinggevend genoemd wordt. Dit leidt tot de volgende verwachting:

1. Vier HPWPs (performance management, (prestatiegerichte) beloning, training en opleiding en medezeggenschap, inspraak en participatie) zullen belangrijke ondersteuningsbehoeften zijn van medewerkers en leidinggevenden.

**Figuur 2.2: Causaal model van de relatie tussen ondersteuning en kwaliteit van zorg**



Sociaal-emotionele ondersteuning heeft een indirect effect op kwaliteit van zorg, gemedieerd door OCB en werkhouding. Eerder is gesteld dat er vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning zijn, namelijk taak-, emotionele, informatieve ondersteuning en advies/coaching. Op basis van deze informatie kunnen drie verwachtingen geformuleerd worden:

2. De vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning (taak-, emotionele, informatieve ondersteuning en advies/coaching) door collega's zullen aangeduid worden als belangrijk.
3. Drie vormen van sociaal-emotionele ondersteuning (taak-, emotionele en informatieve ondersteuning) door leidinggevenden zullen aangeduid worden als belangrijk
4. Twee vormen van sociaal-emotionele ondersteuning (emotionele ondersteuning en advies/coaching) door de organisatie zullen aangeduid worden als belangrijk.

---

## Hoofdstuk 3: Methodologische verantwoording

---

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methodologische verantwoording van het onderzoek. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de onderzoeksbenadering. Daarna wordt in paragraaf 3.3 aandacht besteed aan de aard van het onderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 3.4 een verantwoording afgelegd ten aanzien van de dataverzamelmethode en zullen in paragraaf 3.5 de analysemethoden besproken worden. In paragraaf 3.6 wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gepresenteerd. Tot slot wordt in paragraaf 3.7 aangegeven hoe de synthese tussen de twee casestudies heeft plaatsgevonden.

### 3.2 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek richt zich op ideeën van mensen over kwaliteit van zorg en de ondersteuning die nodig is om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. Aan de hand van deze ideeën, al dan niet met ondersteuning van passende literatuur, is het meetinstrument ontwikkeld. Er is binnen de zorg al een bestaand kwaliteitskader, namelijk “Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg” (KVZ) (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). Daarnaast is er ook uitgebreide literatuur te vinden met betrekking tot de kwaliteit van zorg. In dit onderzoek was het echter uitdrukkelijk de doelstelling om een verkenning uit te voeren naar indicatoren van kwaliteit van zorg voor de cliënt die volgens medewerkers en leidinggevenden belangrijk zijn. Zoals al eerder gesteld hebben Mandy Onwezen en ik ons hierbij gericht op de hoe?-vraag ofwel de proceskwaliteit.

Dit onderzoek is dus een exploratief onderzoek<sup>10</sup> dat niet is vertrokken vanuit concepten en operationalisering die afgeleid zijn uit eerder uitgevoerd onderzoek. Wel heeft eerder uitgevoerd onderzoek geholpen bij het onderscheiden van dimensies van kwaliteit van zorg, maar de essentie van dit onderzoek lag bij het exploreren van nieuwe dimensies en indicatoren van kwaliteit van zorg. Met andere woorden, er is dus gekeken naar de betekenisgeving van mensen. Hiermee past het onderzoek binnen de interpretatieve onderzoekstraditie (Boeije et al., 2009). Daarnaast kan dit onderzoek getypeerd worden als praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek; het onderzoek was gericht om een oplossing te bieden voor een praktijkprobleem, namelijk het ontbreken van een complementair meetinstrument aan de huidige meetinstrumenten.

### 3.3 Aard van het onderzoek

Binnen de interpretatieve onderzoekstraditie is het gebruikelijk dat er kwalitatief onderzoek wordt gedaan (Boeije et al., 2009). Voor dit onderzoek is ook gekozen voor kwalitatief onderzoek. Hiervoor is gekozen omdat het gaat om de beleving van individuen wat betreft kwaliteit van zorg en de ondersteuningsbehoefte om te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Kvale (1996) veronderstelt dat kwalitatief onderzoek het doel heeft de belevingswereld van de respondenten te begrijpen. Boeije (2008) en Van der Velde, Jansen en Anderson (2008) geven tevens aan dat een kwalitatieve methode geschikt is als het gaat om het achterhalen van de beleving van individuen. Daarnaast is kwalitatief onderzoek een verantwoorde keuze omdat het bij dit onderzoek gaat om een complex vraagstuk, namelijk kwaliteit van zorg.

Boeije (2008) geeft aan dat binnen de interpretatieve traditie van het kwalitatieve onderzoek drie verschillende aanpakken te onderkennen zijn, namelijk de etnografische studie, de gevalsstudie/casestudie en de gefundeerde theoriebenadering. Binnen dit onderzoek is gebruikt gemaakt van de gevalsstudie/casestudie. Er is een verschijnsel onderzocht in de natuurlijke context (Boeije, 2008).

Doordat hetzelfde onderzoek ook uitgevoerd is door Mandy Onwezen hebben er twee casestudies op twee verschillende locaties plaatsgevonden, namelijk op de locatie Katwijk (Oss) en op de locatie De Wielewaal (Zaltbommel). In tabel 3.1 is het onderzoek schematisch weergegeven. Zoals in deze tabel te lezen is, heb ik de casestudie op locatie Katwijk uitgevoerd.<sup>11</sup> Hieronder volgt dan ook een korte beschrijving van de locatie Katwijk.

---

<sup>10</sup> In bijlage V is een begrippenlijst te vinden met daarin een beschrijving van de belangrijkste begrippen van dit hoofdstuk.

<sup>11</sup> Zoals reeds vermeld zal in dit rapport enkel de resultaten weergegeven worden van de casestudie bij de locatie Katwijk en het resultaat van de synthese tussen de resultaten van de locatie Katwijk en de locatie Wielewaal met betrekking tot de tweede vraagstelling.



De locatie Katwijk is gelegen in het centrum van Oss. Deze locatie biedt plaats voor 86 cliënten, namelijk 60 verpleeg- en 28 verzorgingshuisplaatsen. De verpleeghuisbewoners leven in groepen van zes samen in zogenaamde ‘huisjes’. Voor deze mensen is er met andere woorden, gebruik gemaakt van kleinschalig wonen. Zie bijlage III voor een korte beschrijving van kleinschalig wonen. De tien huisjes bevinden zich op een ‘gesloten’ afdeling. Dit is nodig aangezien het een psychogeriatrische (PG) afdeling is, wat inhoudt dat er vooral bewoners zijn met dementie. De 28 verzorgingshuisbewoners wonen in zogenaamde zorgappartementen. In deze zorgappartementen zit een kleine woonkamer, slaapkamer en badkamer. In de woonkamer is tevens een keukentje te vinden. In principe heeft elke bewoner een eigen zorgappartement, maar ze bieden ook plaats voor echtparen. In deze zorgappartementen wonen vooral bewoners met lichamelijke (oftewel somatische) klachten en in veel mindere mate met psychogeriatrische klachten. Bewoners van de zorgappartementen kunnen gaan en staan waar ze willen, waardoor het aangeduid kan worden als een open afdeling. Tot slot zijn er twee appartementen voor tijdelijk verblijf op de locatie Katwijk. Hier kunnen cliënten terecht die slechts tijdelijk een plek nodig hebben, door bijvoorbeeld een val of een operatie. Dit zijn kleinere appartementen dan de zorgappartementen. Deze zijn namelijk alleen voorzien van een woon-/slaapkamer (inclusief keuken) en een badkamer.

Binnen de locatie Katwijk werken circa 80 medewerkers. De locatie wordt aangestuurd door een locatiemanager en twee teammanagers, één PG en één Verzorging. Daarnaast zijn er circa 60 medewerkers werkzaam voor de afdeling PG en circa 15 op de afdeling Verzorging.

**Tabel 3.1: Schematische weergave onderzoek**

	Vraagstelling 1	Vraagstelling 2
Locatie Katwijk	Kimberley van Bijsteren	Kimberley van Bijsteren
Locatie Wielewaal	Mandy Onwezen	Mandy Onwezen
BrabantZorg	Mandy Onwezen	Kimberley van Bijsteren

### 3.4 Dataverzamelingmethoden

Omdat het om een complex vraagstuk ging is er gebruik gemaakt van meerdere kwalitatieve onderzoeksmethoden ofwel methodetriangulatie (Boeije et al., 2009) Daarnaast is het binnen een casestudie gebruikelijk om een case vanuit verschillende invalshoeken te belichten (Boeije, 2008). Hierdoor is er een beter en duidelijker beeld verkregen van de verschijnselen, namelijk kwaliteit van zorg en ondersteuningsbehoeften. Dataverzameling en data-analyse zijn gedurende het proces afgewisseld, waardoor er gesproken kan worden van een iteratief proces. De verzamelde data hebben, indien geanalyseerd, inzichten geboden die geholpen hebben bij de verdere procedure van dataverzameling of hebben een verdieping hierin aangebracht. Hieronder zullen de verschillende methoden die gebruikt zijn besproken worden, namelijk literatuurstudie, brainstorm (focusgroep), participerende observatie en semi-gestructureerde interviews. Hierbij wordt ook aangegeven welke waarde elke methode heeft gehad voor het onderzoek.

#### 3.4.1 Literatuurstudie

Bij de literatuurstudie is er bestaande literatuur opgezocht om bekend te raken met het veld van onderzoek. De literatuur is gebruikt om te leren in welke termen er over het veld gedacht wordt (Boeije et al., 2009). Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van de universiteitsbibliotheek Utrecht. Ook is gebruik gemaakt van een vijftal elektronische catalogi:

- scholar.google.com;
- www.sciencedirect.com;
- search.ebscohost.com;
- www3.interscience.wiley.com;
- www.picarta.nl.

Relevante begrippen, oftewel *sensitizing concepts*, uit de literatuur zijn gebruikt als zoeklicht tijdens de observaties en de semi-gestructureerde interviews. Deze begrippen hebben de blik gericht op relevante begrippen voor het onderzoek, zonder dat daarbij een open blik verhinderd is (Boeije et al., 2009). De uitkomsten van het literatuuronderzoek zijn meegenomen bij het ontwikkelen van de *topiclist* voor de semi-gestructureerde interviews.

Ook heeft de data-analyse plaatsgevonden aan de hand van relevante begrippen en uitwerkingen van deze begrippen, zoals gebleken uit de literatuurstudie. Zo is bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de verschillende vormen van ondersteuning die er te onderscheiden zijn, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. Bij sociaal-emotionele ondersteuning is tijdens de literatuurstudie gebleken dat deze opgedeeld kan worden in drie niveaus, namelijk organisatie, leidinggevenden en collega's (zie verder hoofdstuk 2). Aan de hand van deze indeling heeft de data-analyse plaatsgevonden. Tot slot is er aan de hand van de literatuurstudie antwoord gegeven op de eerste twee deelvragen van de tweede vraagstelling.

### 3.4.2 Brainstorm (focusgroep)

Naast de literatuurstudie is er gebruik gemaakt van een brainstorm (focusgroep) om het onderzoeksveld te verkennen en om *sensitizing concepts* te ontdekken. Bij de brainstorm stond vooral de eerste vraagstelling centraal, aangezien dit een explorerende vraag is. De vraag om indicatoren van kwaliteit van zorg te benoemen is vrij abstract en open. Om te voorkomen dat deze vraag tot weinig respons leidde tijdens interviews is er gekozen voor een brainstorm. Tijdens de brainstorm is er door vijf respondenten gediscussieerd over de vraag welke indicatoren van kwaliteit van zorg te benoemen zijn. De brainstorm is geopend met de vraag: "Hoe kan je de cliënt blij/gelukkig/vrolijk maken?" Hierbij kon op basis van de literatuur gedacht worden aan bijvoorbeeld individuele benadering, hoffelijkheid, geloofwaardigheid en vertrouwen. In bijlage VI is de *topiclist* te vinden van deze brainstorm.

Deze respondenten verschilden van elkaar qua functie en ervaring, zie tabel 3.2. Doordat de respondenten van elkaar verschilden hadden zij verschillende ideeën over welke indicatoren belangrijk waren als het gaat om kwaliteit van zorg. Twee deelnemers aan de brainstorm zijn niet op komen dagen, hierbij ging het om twee zorgverleners. Doordat beide zorgverleners niet aanwezig waren bij de brainstorm was de verhouding niet optimaal. Eén functiegroep werd namelijk gemist.

Tijdens de brainstorm zijn de indicatoren slechts globaal omschreven, waardoor er gesproken kan worden van *sensitizing concepts*. De uitkomsten van de brainstorm zijn meegenomen bij het ontwikkelen van de *topiclist* voor de semi-gestructureerde interviews.

De brainstorm heeft plaatsgevonden op 23 maart 2011. De onderzoeker, ik, had destijds al twee observaties gedaan, zodat ik enigszins bekend was met de organisatie en specifiek de locatie Katwijk. Tevens konden de bevindingen uit de eerste observatie meegenomen worden in de brainstorm. Om dit te verduidelijken is er bijvoorbeeld gebruik gemaakt van voorbeelden die de onderzoeker tegengekomen is tijdens de observatie om het sprekender te maken voor de respondenten.

**Tabel 3.2: Respondenten brainstorm**

Functie	Aantal medewerkers PG	Aantal medewerkers somatiek
CCP	1	2
Verzorgende Activiteitenbegeleider	1	1
<b>Totaal</b>		<b>5</b>

### 3.4.3 Participerende observatie

Participerende observatie houdt in dat de onderzoeker meeloopt met een zorgverlener bij alle werkzaamheden van deze zorgverlener, van de verzorging tot de administratie. Op basis van deze observatie heeft de onderzoeker de case direct kunnen waarnemen, omdat de onderzoeker deelgenomen heeft aan het zorgproces bij zowel PG als bij somatiek. De onderzoeker heeft met eigen ogen de interactie tussen zorgverlener en zorgvragen kunnen aanschouwen. Hierdoor heeft de onderzoeker kunnen beleven hoe er op de locatie gewerkt wordt. Bij de participerende observatie lag de nadruk op het gedrag van de zorgverlener richting de cliënt, ofwel "wat mensen doen" (Boeije, 2008:56). In bijlage VII zijn de formats van de participerende observaties opgenomen.

Er zijn drie observatierondes gehouden, namelijk in week 11, week 15 en week 24-25. Kortom aan het begin, halverwege en aan het einde van het onderzoek, zie tabel 3.3. Hiervoor is gekozen omdat er door de onderzoeker met een andere 'bril' kon worden gekeken naar de case, zoals hieronder wordt beschreven.

De eerste twee observatierondes waren vooral bedoeld om bekend en vertrouwd te raken met de Locatie Katwijk. Binnen Katwijk zijn er twee afdelingen, namelijk PG en somatiek. De medewerkers gaven aan dat deze



twee afdelingen sterk van elkaar verschilden. Hierdoor was het belangrijk dat de onderzoeker bij beide afdelingen observeerde om een compleet beeld te krijgen van de locatie Katwijk. Door de eerste twee observatierondes heeft de onderzoeker gevoel gekregen bij het werk dat de zorgverleners uitvoeren. Deze ervaring van de onderzoeker was vooral belangrijk, omdat dit een positieve bijdrage heeft geleverd bij de afname en analyse van de semi-structureerde interviews. Op basis van de uitkomsten van de observatie heeft de onderzoeker *topics* benoemd voor de semi-structureerde interviews, zoals individuele behandeling en benadering. Tevens konden tijdens de interviews voorbeelden of situaties uit de observaties gebruikt worden om dieper in te gaan op de materie. De onderzoeker heeft gemerkt dat het voor sommige respondenten gemakkelijker was om aan de hand van een concrete situatie antwoord te geven op vragen van de onderzoeker. Hiervoor zijn de observaties dus ook waardevol gebleken. De observaties waren tevens relevant omdat de onderzoeker als het ware de taal leerde spreken van de zorgverleners. De onderzoeker is tijdens de observatie bijvoorbeeld bekend geraakt met de omgeving van de zorgverlener, maar ook met het vakjargon die gebruikt wordt door de zorgverleners. Doordat de onderzoeker hiermee bekend was, lagen de respondent en de onderzoeker tijdens de interviews beter op één lijn. Dit was vooral belangrijk aangezien de meeste respondenten een MBO-niveau hebben. Deze respondenten geven geen abstract antwoord op vragen van de onderzoeker. Ze geven vaker antwoord aan de hand van voorbeelden of concrete situaties. Tot slot hebben de observaties geholpen bij het analyseren van de interviews. Doordat de onderzoeker de werkelijkheid gezien en meegemaakt had, konden uitspraken van respondenten beter op waarde geschat worden.

De laatste observatieronde was bedoeld om de voorlopige resultaten, op basis van de semi-structureerde interviews en de twee observatierondes, te valideren en eventueel ontbrekende elementen toe te voegen. Hierdoor is er met een andere bril gekeken naar de werkelijkheid. De indicatoren en de verbanden tussen deze indicatoren stonden centraal tijdens deze observaties.

**Tabel 3.3: Participerende observaties**

Functie	Datum	Tijd	Afdeling
CCP	16 maart 2011	07:00-15:00	PG
CCP	17 maart 2011	16:30-22:15	PG
Zorghulp	11 april 2011	07:00-11:00	Somatiek
CCP		11:00-13:30	Somatiek
Zorghulp	14 april 2011	17:00-18:00	Somatiek
CCP		18:00-23:00	Somatiek
Verzorgende		23:00-02:00	PG & Somatiek
Verzorgende	17 juni 2011	07:00-15:00	PG
Verzorgende	20 juni 2011	07:00-11:00	Somatiek

#### *Onderzoeksobjecten*

In totaal zijn er door de onderzoeker zes diensten meegelopen op verschillende momenten, zowel 's morgens, 's avonds als een deel van de nacht. Deze diensten zijn ook evenredig verdeeld over de afdeling PG en de afdeling somatiek. Door deze verdeling heeft de onderzoeker alle kritieke zorgmomenten kunnen waarnemen. De kritieke zorgmomenten zijn het opstaan, eten, douchen, toiletgang, medicatie en naar bed gaan.

Tijdens de eerste twee observatierondes is de onderzoeker duidelijk geworden dat de meeste kritieke zorgmomenten in de ochtenddienst waar te nemen zijn. Om die reden is er door de onderzoeker voor gekozen om de laatste observatieronde plaats te laten vinden tijdens deze ochtenddienst, zowel op PG als op somatiek. De eerste twee observatierondes hebben namelijk duidelijk gemaakt dat deze afdelingen sterk van elkaar verschillen en op verschillende wijze te werk gaan.

De onderzoeker heeft meegelopen met verschillende functies en op verschillende afdelingen, waardoor de onderzoeksobjecten als representatief gezien kunnen worden voor de gehele locatie.

#### *De rol van de onderzoeker*

Bij participerende observatie is de rol van de onderzoeker een belangrijk thema. Boeije (2008) geeft aan dat er een continuüm te schetsen is van de mate van participatie en observatie. Voor dit onderzoek is ervoor gekozen om een participerende observatie te doen, waarbij de onderzoeker heeft geparticipeerd in de dagelijkse werkzaamheden van de zorgverleners. De onderzoeker heeft hand-en-span diensten verleend aan de zorgverlener. Hierbij kan

gedacht worden aan het aangeven van zorgmiddelen, helpen bij het tillen van cliënten en het toezicht houden bij cliënten als de zorgverlener weg is. Daarnaast bestonden deze diensten uit het helpen bij de was opvouwen, aardappels schillen en schoonmaken. De onderzoeker heeft tijdens de observatie dus contact gehad met de cliënten. Hiervoor is gekozen vanuit ethisch oogpunt. Het zou niet ethisch verantwoordelijk zijn om puur als observator te fungeren, omdat de cliënten zich letterlijk bloot geven voor de zorgverlener. Cliënten zouden zich niet op hun gemak kunnen voelen als daarbij een ‘pottenkijker’ aanwezig is. Tevens zou dit een ongemakkelijke situatie voor de onderzoeker met zich meebrengen.

Vanuit ethisch oogpunt is er ook voor gekozen om de zorgverlener van te voren in te lichten waar het onderzoek over gaat en wat het doel van de observatie is. Er kan dus gesproken worden over ‘open optreden’. Sommige cliënten waren echter niet volledig op de hoogte van het doel van de observatie en het onderzoek. Dit werd veroorzaakt door het feit dat sommige cliënten met dementie dit niet begrijpen/onthouden.

Ook was het belangrijk om als onderzoeker de participanten gerust te stellen, dit om hen zo min mogelijk ander gedrag te laten vertonen dan gebruikelijk. Dit heeft de onderzoeker gedaan door duidelijk informatie te verschaffen over het onderzoek en over het doel van de observatie. Maar ook door duidelijk aan te geven dat er geen goed of fout is in het handelen. Voor de onderzoeker was het vooral belangrijk om de organisatie en de werkzaamheden die worden uitgevoerd te leren kennen. Een andere manier waarop de onderzoeker geprobeerd heeft om de zorgverleners ‘normaal’ gedrag te laten vertonen is door de sfeer goed te houden. Dit heeft de onderzoeker geprobeerd door met de participant te kletsen en interesse te tonen in de persoon, maar ook door waardering uit te brengen voor de persoon.

Tot slot moesten de waarnemingen worden vastgelegd. Hierbij is geprobeerd om waarnemingen zo gedetailleerd mogelijk vast te leggen. Er is getracht om zo goed mogelijk op te schrijven wat er gezien is. Daarnaast is er gestreefd naar een beoordeling over de vraag of het verbale gedrag van de zorgverlener of cliënt klopt bij het non-verbale gedrag. Tijdens de observatie moest hiervoor tijd gevonden worden om dit zo nauwkeurig mogelijk op te schrijven. Dit is echter lastig gebleken, vooral op de somatische afdeling. Door de hectiek op die afdeling was het moeilijk om tijd te vinden om te notuleren. Dit heeft een negatief effect gehad op de betrouwbaarheid van de uitkomsten.

#### **3.4.4 Semi-gestructureerde interviews**

Naast de participerende observaties is ook gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Het semi-gestructureerde interview paste bij het onderzoek aangezien voor onderzoeker duidelijk was welke onderwerpen aan bod moesten komen. Daarbij wilde de onderzoeker wel vrijheid van de respondent om zijn of haar eigen verhaal te construeren. Dit is belangrijk omdat het om een explorerend onderzoek gaat, waarbij nieuwe inzichten en verhalen van respondenten uitermate belangrijk zijn. Het gaat om de dynamiek tussen interviewer en respondent.

Dit onderzoek had onder andere het doel om indicatoren kwaliteit van zorg te benoemen. Tijdens de interviews was het daarom belangrijk dat de interviewer door kon vragen, om dieper inzicht te verkrijgen in de betekenis van de indicatoren. Semi-gestructureerde interviews gaven hiervoor ook de ruimte aan de interviewer om naar diepere betekenissen en complexe verbanden te vragen. Vier topics stonden centraal, namelijk kwaliteit van dienstverlening (uiteindelijk veranderd in kwaliteit van zorg), niveaus van kwaliteit van dienstverlening (uiteindelijk veranderd in kwaliteit van zorg), instrumentele ondersteuning en sociaal-emotionele ondersteuning. Deze topics zijn uitgebreid met specifieke beginvragen (bijvoorbeeld “Wat is belangrijk in de ogen van de cliënten zodat zij zich (zo) gelukkig (mogelijk) voelen?”) en aandachtspunten om verder te behandelen (bijvoorbeeld individuele benadering, vertrouwen, benadering en sfeer). In bijlage VIII is de *topiclist* van de semi-gestructureerde interviews opgenomen.

#### **Onderzoeksobjecten**

In totaal zijn er 13 interviews afgenomen. In tabel 3.4 is te lezen dat interviews afgenomen zijn bij respondenten in verschillende functies. Hierbij is bewust gekozen voor een meerderheid aan interviews bij de afdeling PG, omdat deze afdeling ongeveer viermaal groter is dan de afdeling somatiek. De verhouding interviews is één op drie. Dit lijkt niet helemaal optimaal, daar de afdeling PG viermaal zo groot is. Was echter deze verhouding aangenomen dan kwam de afdeling somatiek niet voldoende uit de verf, terwijl het zorgproces daar wel anders verloopt dan op de afdeling PG. Deze verhouding van één op drie lijkt daarom representatief te zijn.

Zoals ook te lezen is in tabel 3.4 zijn er respondenten geïnterviewd uit vijf verschillende functies. Over de hele breedte van de organisatie zijn respondenten geïnterviewd. Op de afdeling somatiek is geen verzorgende geïnterviewd. De zorghulp die geïnterviewd is kan echter gezien worden als verzorgende, omdat zij alle zorg technische handelingen mag uitvoeren, behalve de medicatie. Gesteld kan worden dat de onderzoeksobjecten representatief zijn voor de locatie Katwijk.

**Tabel 3.4: Respondenten semi-gestructureerde interviews**

Functie	Aantal medewerkers		Totaal
	PG	somatiek	
Zorghulp	2	1	3
Verzorgende	4	0	4
CCP	2	1	3
Teammanager	1	1	2
Locatiemanager		1	1
<b>Totaal</b>			<b>13</b>

#### *Rol van de onderzoeker*

Om betrouwbare data te verkrijgen tijdens de interviews was het van belang dat respondenten zich prettig en zeker voelden bij het onderzoek, de onderzoeker en bij de interviewsituatie (Kvale, 1996). Een aanname binnen dit onderzoek is geweest dat wanneer respondenten zich prettig, zeker en veilig voelden tijdens het interview, zij meer van zichzelf zouden laten zien. Om de respondenten een veilig gevoel te geven zijn de interviews op de locatie afgenomen. Dit is voor de respondenten een vertrouwde omgeving, waarin zij zich sneller op hun gemak zouden voelen. Ook is de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd. Er is met de respondenten afgesproken dat er geen namen van respondenten genoemd worden in het onderzoeksrapport. Dit heeft mede bijgedragen aan een veilig gevoel bij de respondent. Respondenten die zich niet veilig voelen zijn eerder geneigd om informatie achter te houden (Kvale, 1996).

Daarnaast blijkt dat de eerste indruk van de respondent over het onderzoek en de onderzoeker essentieel is voor de uiteindelijke onderzoeksresultaten (Kvale, 1996). De onderzoeker heeft zich daarom gedegen voorbereid op de interviews en het onderzoek duidelijk aan de respondenten geïntroduceerd. Kvale (1996) geeft aan dat dit tot een positieve reactie kan leiden van de respondenten.

De wijze waarop de vragen zijn gesteld is ook belangrijk voor het verkrijgen van betrouwbare data. De onderzoeker heeft geprobeerd om niet te hard te praten, maar ook niet te zacht, begrijpelijke vragen te stellen, actief te luisteren en antwoorden te verifiëren om de respondent te ertoe te zetten om een positieve bijdrage te leveren aan het onderzoek. Ook het laten vallen van stiltes heeft hieraan bijgedragen, aangezien de interviewer de respondent de tijd gaf om zijn verhaal te construeren en te verwoorden.

De keuze van kleding van de interviewer is ook belangrijke factor. De gekozen kleding van de interviewer kan omschreven worden als informeel. Hiervoor is gekozen omdat de respondenten ook informeel ofwel gemakkelijk gekleed zijn tijdens hun werk. Op deze manier voelden de respondenten zich sneller op hun gemak, wat leidt tot betrouwbaardere data. Bij het interview met de locatiemanager heeft de onderzoeker zich echter formeler gekleed, daar de respondent ook formeler gekleed gaat.

Uit de laatste vraag naar de ervaring van de respondent van het interview is naar voren gekomen dat de respondenten zich overwegend op hun gemak voelde. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten weinig informatie achtergehouden hebben.

### **3.5 Analysemethode**

Om zowel de brainstorm, participerende observaties als de semi-gestructureerde interviews te analyseren is er gebruik gemaakt van het stappenplan van Boeije (2008). Hieronder wordt kort beschreven hoe dit stappenplan binnen dit onderzoek is gebruikt. Ik verwijs naar het boek van Boeije (2008), met de titel *analyseren in kwalitatief onderzoek*, voor een complete beschrijving van deze analysemethode.

De brainstorm is opgenomen met een *voice recorder*, hiervoor is toestemming verkregen van de respondenten. De onderzoeker heeft deze geluidopname thuis meermaals afgespeeld. Op basis van deze opname heeft de onderzoeker de eerste stap van het stappenplan van Boeije uitgevoerd, deze wordt hieronder beschreven. De waarnemingen van de observatie zijn zo nauwkeurig mogelijk opgeschreven door de onderzoeker aan de hand van

de aantekeningen die de onderzoeker tijdens de observatie gemaakt heeft. Tot slot zijn de interviews letterlijk uitgetypt aan de hand van een geluidsopname die gemaakt is tijdens de interviews (hiervoor is tevens toestemming gegeven door de respondenten).

De eerste stap was het coderen van tekstfragmenten van de brainstorm, het observatieverslag en de interviewtranscripten. Dit proces wordt ook wel open coderen genoemd. De gegevens zijn zeer zorgvuldig gelezen of beluisterd en in fragmenten ingedeeld en daar is een code aangehangen. Er wordt geprobeerd zo dicht mogelijk bij de tekst te blijven, waardoor de perceptie van de respondent behouden blijft. Met andere woorden, het verhaal van de respondent wordt verteld aan de hand van codes. De uitkomst van deze stap was een begrippenkader ofwel een lijst met codes.

De tweede stap was axiaal coderen. De belangrijkste begrippen zijn omschreven, waardoor de betekenis van de begrippen zijn achterhaald. Het doel van axiaal coderen is uit te maken wat belangrijke en minder belangrijke elementen zijn, waardoor het aantal codes gereduceerd kan worden. Deze reductie heeft plaatsgevonden op basis van twee criteria. Allereerst het aantal keer dat een code genoemd is. Ten tweede is op basis van de literatuur het aantal codes gereduceerd. Specifiek zijn hierbij codes, die uit de literatuur naar voren komen, meegenomen naar de volgende stap van analyse. De codes die tijdens het open coderen naar voren zijn gekomen zijn in deze stap gegroepeerd tot thema's. Hieruit is een codeboom ontstaan, deze is opgenomen in bijlage IX.

De derde stap was selectief coderen. Door de onderzoeker zijn verbanden tussen de thema's gelegd, waarbij dus de nadruk heeft gelegen op de integratie van de thema's. Het doel van deze stap was het zoeken naar kerncategorieën en het groeperen van de overige thema's rond de kern dan wel verbanden tussen de thema's leggen. De onderzoeker heeft de relevantie van de thema's bepaald aan de hand van het aantal keer dat een thema benoemd is door de respondenten. Hierbij is rekening gehouden met de vraag wie het thema aangedragen heeft, de interviewer of de respondent. Tevens zijn er keuzes gemaakt op basis van de uitkomsten van het literatuuronderzoek.

Tot slot zijn de kerncategorieën en thema's gecategoriseerd op basis van de drie componenten van kwaliteit, namelijk structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit, maar ook op basis van de twee vormen van ondersteuning, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning.

### **3.6 Betrouwbaarheid en validiteit**

Als er gekeken wordt naar kwaliteit van onderzoek zijn daaraan twee belangrijke termen verbonden, namelijk de betrouwbaarheid en de validiteit (Boeije, 2008). In subparagraaf 3.6.1 wordt de betrouwbaarheid van dit onderzoek besproken, waarna in subparagraaf 3.6.2 de validiteit gepresenteerd wordt.

#### **3.6.1 Betrouwbaarheid**

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is het volgende door de onderzoeker ondernomen:

- Er is bij de dataverzameling gebruik gemaakt van formats voor de observaties, hierdoor is de focus van de observaties gestandaardiseerd;
- bij de semi-gestructureerde interviews is gebruik gemaakt van een topiclist, waardoor de onderzoeker het interview altijd op dezelfde wijze begonnen is. Daarnaast was de eerste vraag van de verschillende topics bij elk interview hetzelfde;
- de data-analyse heeft plaatsgevonden op basis van een bestaande analysemethoden, namelijk het stappenplan van Boeije (2008);
- dataverzameling en data-analyse hebben zich tijdens het onderzoek afgewisseld, ook wel iteratief proces genoemd, waardoor de waarnemingen zijn gerepliceerd.

#### **3.6.2 Validiteit**

Validiteit kan opgesplitst worden in interne en externe validiteit (Boeije, 2008).

##### ***Interne validiteit***

De interne validiteit heeft te maken met of er gemeten wordt wat de onderzoeker wil meten (Boeije, 2008). Om de interne validiteit van het onderzoek te waarborgen is het volgende door de onderzoeker ondernomen:

- Er is gebruik gemaakt van diverse dataverzamelmethode ofwel methodetriangulatie. Hierdoor is er op verschillende manieren naar het verschijnsel gekeken;

- de dataverzameling heeft onder meer plaatsgevonden aan de hand van semi-gestructureerde interviews, de onderzoeker kon daardoor doorvragen op punten die op dat moment relevant bleken te zijn;
- de betrokkenheid van de onderzoeker bij de respondenten en participanten is de interne validiteit ten goede gekomen, omdat deze betrokkenheid nodig is te achterhalen wat de onderzochte personen beweegt en wat hen bezighoudt (Boeije, 2008). Door een reflectie op de interviews en observaties heeft de onderzoeker getracht om een kritische blik te behouden;
- bij de observaties is de kans op reactiviteit verkleind door aan te geven aan de observant dat er geen goed of fout is in het handelen, dat de observator niet zal oordelen;
- de anonimiteit is tijdens de semi-gestructureerde interviews gewaarborgd, waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden is verkleind;
- er is gebruik gemaakt van een *voice recorder* om de interviews op te nemen;
- de transcripten van de interviews zijn tussentijds onder de loep genomen. Hierbij is gelet op de stijl van interviewen, zoals een kritische kijk naar de manier van vragen stellen en of de informatie toereikend was om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag;
- er is sprake geweest van een iteratief proces, waardoor de tussentijdse interpretaties in het vervolg van het onderzoek getoetst konden worden;
- door in dit hoofdstuk vast te leggen wat de beweegredenen van de onderzoeker is geweest voor bepaalde keuzes, wordt de validiteit van het onderzoek vergroot. De reflectie van mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht heeft bijgedragen aan het maken van de juiste keuzes, tevens is er overleg gepleegd met Mandy Onwezen, waardoor gesproken kan worden over onderzoekerstriangulatie.

#### *Externe validiteit*

Bij externe validiteit gaat het over de vraag of de onderzoeksconclusies gelden voor andere, niet onderzochte situaties (Boeije, 2008). De externe validiteit van het onderzoek is gewaarborgd door:

- op zes verschillende momenten te observeren, waardoor de diverse kritieke zorgmomenten geobserveerd konden worden, daarnaast heeft de onderzoeker verschillende functies en afdelingen kunnen aanschouwen (zie subparagraaf 3.4.3);
- 13 interviews af te nemen, dit kan gezien worden als representatief voor de locatie Katwijk (zie subparagraaf 3.4.4);
- een nauwkeurige beschrijving te geven van het veld van onderzoek (zie paragraaf 4.2);
- twee locaties te kiezen die sterk van elkaar verschillen. Als er gekeken wordt naar de Volkskrant (2011) ranglijst van verpleeghuizen is te zien dat de locatie Katwijk op plaats 313 beter scoort dan de locatie Wielewaal op plaats 1195. Door deze resultaten te combineren, kunnen deze resultaten als bruikbaar gezien worden voor de gehele organisatie.

### **3.7 Synthese**

De resultaten van de twee casestudies zijn op dezelfde manier weergegeven. Er is bij de synthese dan ook gebruik gemaakt van deze resultaten. De resultaten van de casestudies bij de locatie Wielewaal en de locatie Katwijk zijn met elkaar vergeleken. Allereerst is er gekeken naar de overeenkomsten. Welke ondersteuningsbehoeften komen overeen? Aan de hand van de beschrijving is bekeken of er nuance verschillen zitten tussen de overeenkomstige ondersteuningsbehoeften. Vervolgens is er gekeken naar de verschillen. Welke ondersteuningsbehoeften verschillen er tussen de locaties? Dit verschil is indien mogelijk verklaard aan de hand van het verschil tussen PG en somatiek en wel of geen kleinschalig wonen. Tot slot is er (indien mogelijk op basis van de literatuur) een conclusie getrokken. Hierbij is aangenomen dat de locatie Katwijk een hoger niveau van kwaliteit van zorg heeft dan de locatie Wielewaal. Deze aanname is gemaakt op basis van de uitkomsten van de ranglijst van de Volkskrant (2011). In deze ranglijst scoort de locatie Katwijk op plaats 313 beter dan de locatie Wielewaal op plaats 1195. Op basis van deze gegevens en de literatuur is er (indien mogelijk) een onderscheid gemaakt tussen de ondersteuningsbehoeften voor een lager niveau van kwaliteit van zorg en de ondersteuningsbehoeften voor een hoger niveau van kwaliteit van zorg.



---

## Hoofdstuk 4: Resultaten

---

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksresultaten gepresenteerd worden. Dit hoofdstuk zal bestaan uit vier delen. Allereerst zal er een beschrijving worden gegeven van de locatie Katwijk, de locatie waar de casestudie uitgevoerd is. Daarna zullen de resultaten van de casestudie gepresenteerd worden behorende bij de eerste vraagstelling: “Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevendenden van BrabantZorg en welke niveaus zijn er op deze indicatoren te onderscheiden?” Hierna zullen in het derde deel de resultaten van de casestudie behorende bij de tweede vraagstelling gepresenteerd worden: “Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega’s/leidinggevendenden/ organisatie en leidinggevendenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?” Tot slot in het vierde deel worden de resultaten weergegeven die voortgekomen zijn uit de synthese tussen de resultaten van de casestudie bij de locatie Katwijk en de casestudie bij locatie Wielewaal. Hierbij gaat het specifiek om de resultaten behorende bij de tweede vraagstelling.

In het eerste deel van dit hoofdstuk zal in paragraaf 4.2 een beschrijving gegeven worden van de locatie Katwijk.

### 4.2 Locatie Katwijk

In de methodologische verantwoording (zie hoofdstuk 3) is al het een en ander over de locatie Katwijk aan bod gekomen. Echter, uit de interviews en observaties is nieuwe informatie gekomen die relevant is voor het onderzoek. De tien huisjes op de PG afdeling zien er allemaal anders uit, ze hebben een eigen kleur en de indeling is anders. De basis van de huisjes zijn wel gelijk. De huisjes hebben namelijk allemaal een woonkamer (incl. keuken), zes slaapkamers (waarin de persoonlijke spullen van bewoners staan), twee toiletruimtes, een wasmachine, een droger en een voorraadkast. Vijf huisjes bevinden zich op de begane grond, terwijl de andere vijf huisjes zich op de eerste verdieping bevinden. Ik heb meegelopen in drie verschillende huisjes, namelijk huisje één, vijf en acht. In huisje één woonden op het moment van de observatie vier mannen en twee vrouwen. In huisje vijf woonden zes vrouwen en in huisje acht woonden destijds vier vrouwen en twee mannen. Op elk huisje staat één verzorgende en per twee à drie huisjes staat één zorghulp.

De zorgappartementen van somatiek zitten op drie verdiepingen aan twee lange gangen in de vorm van een U. Uit eigen ervaring blijkt dat het soms ver lopen is van het ene appartement naar de andere. De bewoners hebben hun eigen spullen in de zorgappartementen staan. Alleen het bed is in sommige gevallen van de locatie Katwijk, dit wanneer de bewoners een hoog/laag bed nodig hebben. De zorgappartementen verschillen hierdoor allemaal van elkaar. Ook de spullen die nodig zijn voor de verzorging liggen op verschillende plekken in het appartement, hierin is weinig eenheid te ontdekken. 's Morgens van 09:00-11:00 uur zijn er vier verzorgenden op de afdeling en één medewerker voor de huiskamer (09:00-18:00). Tussen 11:00-23:00 uur zijn er twee verzorgenden aanwezig.

's Nachts zijn er twee verzorgenden aanwezig die zowel de ‘wacht’ houden bij de afdeling PG als de afdeling Somatiek.

Tijdens de interviews is duidelijk geworden dat de functie van CCP inhoudt dat je de schakel bent tussen de bewoner en de familie van de bewoners. Als er veranderingen in de zorg zijn wordt dit door de CCP-er aan de familie gecommuniceerd. Verder is de CCP-er verantwoordelijk voor de aanvraag en verlening van de indicatie ofwel het zorg zwaarte pakket (ZZP). Het ZZP bepaalt hoeveel uur zorg een cliënt krijgt. Binnen de locatie Katwijk is het gebruikelijk om allereerst in gesprek te gaan met cliënten danwel familie of contactpersonen van cliënten om te bepalen welke zorg de cliënten willen. Pas daarna wordt het aantal uur dat nodig is voor die zorg bepaald en vervolgens wordt er in gesprek gegaan met de bewoners als het aantal beschikbare uren overschreden wordt. R1<sup>12</sup> zegt bijvoorbeeld:

---

<sup>12</sup> R1 staat voor respondent 1. Elke respondent is genummerd van 1 tot 13. In het vervolg van dit rapport zal deze notatie gebruikt worden, waarbij R staat voor respondent. Opgemerkt dient te worden is dat R2, R4 en R9 leidinggevendenden zijn. De overige respondenten zijn medewerkers.



Kijk, als mensen een bewoner op de somatiek hebben zitten en ze willen elke dag gedoucht worden, maar ze hebben maar ZZP2 en als je de zorgmomenten telt en die zijn 10 uur en er staat vijf uur voor, kom je zoveel uur te kort. Dan ga je met die bewoner in gesprek van goh de zorg kan niet verleend worden binnen het aantal uur, (...) als de eerste mantelzorger dat niet kan, kan je zelf zorg inkopen. Als je dat niet wilt dan zal je keuzes moeten maken.

Ook wordt door R1 het volgende gezegd: “Maar ook de zorg die de bewoners gewend zijn, bijvoorbeeld hoe vaak ze gewend zijn te douchen. Dat proberen we gewoon door te zetten zodat de bewoner het idee heeft van thuis.” Op basis van deze citaten kan gesteld worden dat het uitgangspunt de wensen van de cliënt zijn en niet het aantal uur dat beschikbaar staat. Dit kan gezien worden als een meer menselijke benadering. Als de uren het uitgangspunt zouden zijn, zou dit een meer zakelijke benadering zijn, aangezien de inkomsten van de organisatie gebaseerd zijn op het ZZP. Dit beaamt R2, die zegt:

Ik heb nog meegemaakt, dan kwam een bewoner en dan keken wij in een schema wanneer we tijd hadden voor het douchen, donderdag en dinsdag past het in het schema. Dan ga je heel aanbodgericht werken, nu is het vraaggericht, nu vragen we hoe vaak bent u gewend te douchen? Wilt u dat op vaste dagen? Wilt u dat iedere dag dan kunt u iedere dag... maar er komt een limiet aan onze vraaggerichtheid. Zoveel uur zorg krijgt u per dag en passen uw wensen daarin? Als het niet zo is hoe gaan we dat oplossen?

Binnen de locatie vinden er multidisciplinaire overleggen (MDO) plaats, waarbij artsen, een CCP-er, andere specialisaties en ook de familie aanwezig is. Dit is sinds kort ingevoerd dat de familie daarbij aanwezig mag zijn om vragen te stellen. Eerder waren bij dit overleg slechts de gespecialiseerden aanwezig, zoals de arts en een CCP-er. R6 zegt:

Nou, we zijn laatst begonnen met MDO – multidisciplinaire overleg – waar iedereen bij zit. Eerst was er geen familie bij. Daar zijn we vanaf een maand of twee maanden geleden aan begonnen om ook de familie daarbij te betrekken. Die mogen erbij zitten en ook hun verhaal te doen. Op die manier proberen we ze er bij te betrekken.

Nu duidelijk is binnen welke context de casestudie uitgevoerd is zullen allereerst in paragraaf 4.3 de resultaten voor de locatie Katwijk met betrekking tot de eerste deelvraag gepresenteerd worden: “Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?” In paragraaf 4.4 zullen de resultaten voor de locatie Katwijk worden weergegeven met betrekking tot de tweede deelvraag: “Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens leidinggevendenden van BrabantZorg? Deze onderdelen vormen samen de resultaten voor de locatie Katwijk van de eerste vraagstelling:

**Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevendenden van BrabantZorg en welke niveaus zijn er op deze indicatoren te onderscheiden?**

Zoals eerder gesteld wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen drie componenten van kwaliteit van zorg, namelijk structuurkwaliteit, proceskwaliteit en uitkomstkwaliteit (Koch, 1992). Voor definiëring van deze drie componenten verwijs ik naar paragraaf 1.2. In de inleiding is gesteld dat deze vraag van BrabantZorg vooral betrekking heeft op de proceskwaliteit, zoals bedoeld door Koch (1992). Uit de literatuur blijkt echter dat in de zorg proces- en uitkomstkwaliteit moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn als het gaat om bejegening.<sup>13</sup> Om die reden is ervoor gekozen om zowel de indicatoren die benoemd zijn door respondenten op proces- als uitkomstkwaliteit op te nemen in de resultaten.

---

<sup>13</sup> Voor verdere uitleg verwijs ik naar de masterscriptie van Mandy Onwezen.

## 4.3 Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?

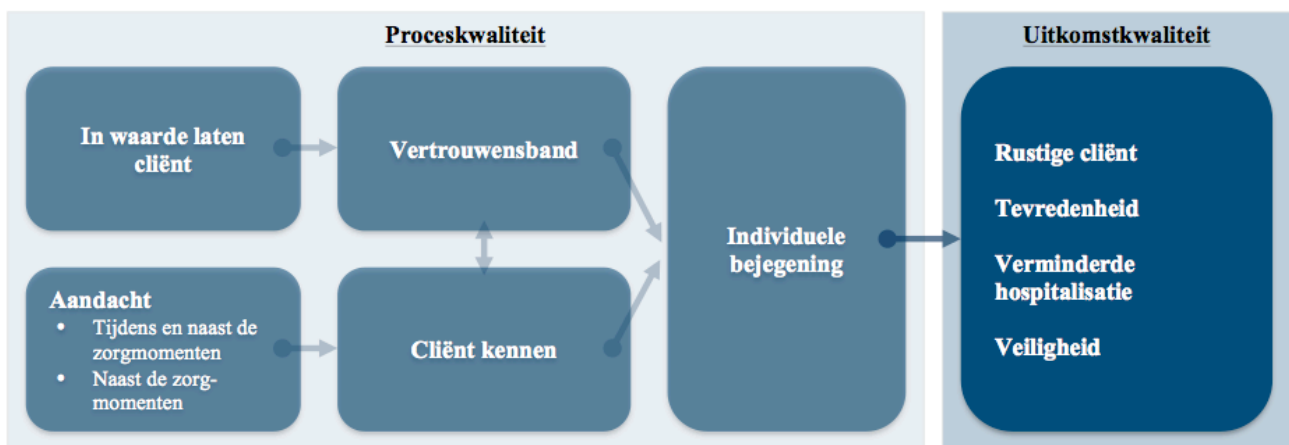
### 4.3.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen de resultaten met betrekking tot de eerste deelvraag behorende bij de eerste vraagstelling gepresenteerd worden voor de locatie Katwijk. In figuur 4.1 zijn de indicatoren schematisch weergegeven. In subparagraaf 4.3.2 zullen de indicatoren met betrekking tot de uitkomstkwaliteit besproken worden, waarna in subparagraaf 4.3.3 de indicatoren met betrekking tot de proceskwaliteit gepresenteerd worden.

### 4.3.2 Uitkomstkwaliteit

Indicatoren die medewerkers noemen die vallen onder de component uitkomstkwaliteit zijn rustige cliënt, verminderde hospitalisatie, tevredenheid en veiligheid. Deze vier indicatoren worden in deze subparagraaf gepresenteerd.

**Figuur 4.1: Indicatoren van kwaliteit van zorg volgens medewerkers**



#### *Rustige cliënt*

Uit de interviews komt naar voren dat rust een belangrijke indicator is van kwaliteit van zorg. Met rust wordt bedoeld dat de cliënt rustig is. “De rust van de bewoner” (R2) en “Rust geven” (R10) wordt door de respondenten genoemd. Respondenten geven aan dat als de kwaliteit van zorg niet voldoende is “dat mensen zelf onrustig zijn” (R6), “mensen worden onrustig, ze willen weg” (R8) of “die mensen worden nog heel onrustig (...)” (R11). R5 geeft een voorbeeld van een somatische bewoner die rustig werd van het insmeren van haar voeten:

Zij kon heel onrustig zijn en dan lag ze in bed en dan belde ze wel 3 of 4 keer op een avond. Daar moet je er iedere keer naartoe, dat kost je wel iedere keer tijd (...). Toen had ik op een gegeven moment ontdekt dat als ik haar voeten insmeerde met crème, als ik daar dan even 5 min de tijd voor nam om die voeten te masseren, dan sliep ze al bijna voordat ik de deur uit ging. Dan belde ze de hele avond niet meer.

Maar ook bij psychogeriatrische (PG-) cliënten is rust belangrijk, zoals blijkt uit het citaat van R11:

Als je dat niet zou doen dan zouden ze heel onrustig worden en verloren erbij lopen. Ik zal een voorbeeld geven. Er is een mevrouw die wakker wordt 's morgens en jij bent bezig met een andere bewoner die net voor haar wakker werd. Dan moet die mevrouw dus even wachten. Duurt het maar even dan is het niet erg. Maar duurt het 10 minuten dan is ze helemaal van slag, ze gaat huilen, ze wordt onrustig ze weet niet meer waar ze is.

#### *Verminderde hospitalisatie*

Respondenten geven aan dat zij gehospitaliseerd zijn. De respondenten geven een negatieve lading aan hospitalisatie. Bij hospitalisatie gaat het om de standaard routines en structuren in het werk. Bij deze routines en structuren wordt door de zorgverleners niet meer nagedacht over de vraag waarom zij dit op deze manier doen. Met andere woorden, de routines en structuren worden op de automatische piloot afgewerkt. Dit heb ik tijdens de

observatie ook gezien. De zorgverlener ging bijvoorbeeld 's morgens standaard eerst naar een bewoner om de steunkousen aan te trekken, terwijl deze bewoner nog niet wakker was. Hiervoor moest de bewoner dus wakker gemaakt worden. Door de zorgverlener werd aangegeven dat op deze manier de bewoner zelfstandig haar bed uit kon als zij dat wil. Echter, is mij niet bekend of de bewoner dit ook wilde. R1 geeft bijvoorbeeld aan dat cliënten standaard elke dag op dezelfde tijd uit bed komen. R13 geeft aan dat er op vaste tijden gegeten wordt; tussen 8:00 en 9:00 uur het ontbijt, om 12:00 de lunch en 17:00 het diner. Dit is een onderdeel van hospitalisatie. Maar hospitalisatie heeft ook te maken met standaard routines of structuren bij de verzorging van cliënten. R13 zegt hierover het volgende:

Je gaat kleinschalig wonen en ik noem maar wat, we leggen de washandjes klaar voor de volgende dag en een paar weken later leggen we de washandjes en de handdoeken klaar. Je legt dat klaar dus de volgende wil dat ook klaarleggen. Het sluipt erin hè. En de volgende keer wordt er al een onderbroek bijgelegd en een hemd voor de volgende dag. Nog even en er liggen voor de hele week kleren klaar. Zo moet dat niet. Want daar gaat tijd in zitten en dat gaat weer af van de aandacht van bewoners.

R13 geeft tevens aan dat het lastig is om deze routines te verbreken. De respondent geeft aan dat je aan het werk bent en je vasthoudt aan deze routines en er niet aan denkt om deze routines te veranderen. De respondent geeft hierbij het voorbeeld met een communicatiecursus. “De eerste een of twee weken denk je aan wat je geleerd hebt, maar na die een of twee weken denk je er niet meer aan en val je weer terug in het oude patroon.”

Routines en structuren hoeven niet per definitie hospitalisatie te zijn. R12 geeft namelijk aan dat voor cliënten die in een begin stadium zijn van de dementie routines en structuren juist heel belangrijk zijn. Door die structuren is het dag/nacht ritme van deze cliënten beter geregeld. Routines en structuren worden pas hospitalisatie als structuren en routines niet voordelig werken voor de cliënten, maar alleen voor de medewerkers. “Voor ons moet het ook wel hè, anders is het helemaal niet te overzien” (R12). Dit citaat maakt duidelijk dat hospitalisatie belangrijk is voor de medewerkers en niet voor de cliënten.

### *Tevredenheid*

Onder de uitkomstkwaliteit valt ook de tevredenheid van de cliënt, danwel familie. Kortom tevredenheid is een uitkomst van kwaliteit van zorg. Vier respondenten geven tevredenheid aan als indicator van kwaliteit van zorg. R1 zegt: “De mensen op zich die zijn eigenlijk over het algemeen heel erg tevreden. Dat kun je merken.” R8 geeft het volgende aan: “Dan is zij tevreden.” Of zoals blijkt uit het citaat van R12: “En dat zou mooi zijn, daardoor voelt een dementerende oudere zich tevreden, veilig en noem maar op. Dat is kwaliteit en ook welzijn.” Daarnaast is het belangrijk dat de familie tevreden is, zoals blijkt uit het citaat van R13: “En als je zo hoort van de familie, dan zijn zij ook erg tevreden.”

Zoals blijkt uit voorgaand citaat van R12 is tevredenheid een onderdeel van kwaliteit en van welzijn van een cliënt, dit illustreert dat het bij tevredenheid gaat om uitkomstkwaliteit.

### *Veiligheid*

Twee respondenten geven tot slot aan dat veiligheid een belangrijke uitkomst is van kwaliteit. R5 zegt: “Maar ze moeten zich wel veilig voelen om aan te kunnen geven van oeh dat vond ik even niet prettig of oeh ik ben gewend om dat te doen.” Terwijl R12 aangeeft: “En dat zou mooi zijn, daardoor voelt een dementerende oudere zich tevreden, veilig en noem maar op. Dat is kwaliteit en ook welzijn.”

### **4.3.3 Proceskwaliteit**

Indicatoren die medewerkers noemen passend bij de component proceskwaliteit zijn individuele bejegening, vertrouwensband, cliënt kennen, aandacht en in waarde laten cliënt. Deze indicatoren zullen in deze subparagraaf uitgewerkt worden.

#### *Individuele bejegening*

Uit de interviews met de medewerkers komt naar voren dat kwaliteit van zorg bestaat uit een individuele bejegening. Hierover zijn de respondenten het unaniem eens. Respondenten geven aan dat elke cliënt verschillend is en deze op een verschillende wijze benaderd en behandeld moet worden. R6 zegt bijvoorbeeld: “Geen bewoner is hetzelfde. Het zijn ook gewoon mensen.” Dit citaat illustreert dat de cliënten van elkaar verschillen. Het

volgende citaat illustreert dat elke cliënt daardoor ook op een andere wijze benaderd moet worden: “Het ligt er per bewoner aan hoe je ermee om moet gaan” (R7). R12 zegt hierover het volgende: “... zoveel mogelijk ook individueel hè. Wat heeft de bewoner op welk tijdstip van de dag nodig en wat willen ze zelf of wat willen ze juist niet.” Tijdens de observatie bij PG heb ik duidelijk kunnen zien dat zorgverleners de cliënten zoveel mogelijk individueel bejegenen. De medicatie werd bijvoorbeeld op verschillende manier aan cliënten gegeven. Maar cliënten werden ook op een andere manier benaderd door zorgverleners. Uit de interviews met de medewerkers blijkt dat een individuele bejegening bestaat uit de mate waarin hun levensstijl wordt voortgezet, mate van keuzemogelijkheid en in mindere mate de mate van eigen inbreng.

*Levensstijl voortzetten.* Respondenten geven aan dat het bij het voortzetten van de levensstijl gaat om de gewoontes, rituelen of routines die de cliënten hadden, voordat zij naar een verzorgings- of bejaardenhuis moesten. Het volgende citaat van R1 illustreert dit: “Als iemand 98 is en die is altijd gewend om dit en dat en dat (...) Die mensen hebben een respectabele leeftijd en die mensen hebben het altijd zo gedaan. Waarom zou je dat moeten veranderen?” R12 zegt hierover: “Je kijkt zoveel mogelijk naar, wat binnen de grenzen kan, wat iemand zelf wil en hoe iemand altijd geleefd heeft, dat probeer je zo lang mogelijk door te zetten.” Tijdens de laatste observatie gaf de zorgverlener aan dat er uit onderzoek gebleken is dat het beter is voor het gebit als het ’s nachts droog ligt. Hij vroeg zich echter af wat je moet doen als een cliënt graag wil dat het gebit wel onder water ligt, omdat de cliënt dit altijd zo gedaan heeft. Hij zei hierover: “Dan doe ik dat gewoon”. Dit kan gezien worden als het voortzetten van de levensstijl, omdat die cliënt dat al zijn hele leven heeft gedaan.

Levensstijl voortzetten is een nadere uitwerking van individuele bejegening, aangezien je de cliënten op verschillende wijze benadert en behandelt, omdat de cliënten verschillende gewoontes, rituelen of routines hebben.

*Mate van keuzemogelijkheid.* Uit de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers vinden dat de cliënt eigen keuzes moet kunnen maken. R7 geeft bijvoorbeeld aan: “Ik laat ze altijd kiezen.” Hierbij gaat het bijvoorbeeld om wat mensen op hun brood willen, of ze wel of geen medicijnen willen, of de cliënten wel of niet uit bed willen komen ’s morgens en hoe laat de cliënten naar bed toe willen. De volgende citaten illustreren dat het om diverse keuzes gaat voor de cliënten: “Ik ga niet zomaar iets op brood doen, dat vraag je ook iedere ochtend: ‘Wat lust je graag op je brood?’ Ik ga niet vanuit mijn eigen, ik weet wel wat ze lekker vinden, maar ik vraag het toch” (R3). “Als die persoon nog niet van plan is om naar bed te gaan, dan gaat ze nog niet naar bed” (R8). “Met medicijnen, als mensen die niet willen, we dwingen ze niet. We proberen wel om ze te geven, maar we dwingen ze zeker niet” (R11). Zelf vinden respondenten het belangrijk dat de cliënten keuzes maken over zaken die misschien aangeduid kunnen worden als details, zoals R5 aangeeft dat de cliënten zelf een keus moeten hebben in sterke of slappe thee.

De medewerkers van PG geven echter ook aan dat als cliënten in een gevorderd stadium zitten van dementie, zij niet meer in staat zijn om keuzes te maken. R8 zegt hierover het volgende:

Op een gegeven moment komen ze toch in een fase dat het vrije wonen niet meer mogelijk is. Wat is dan keuze? (...) deze mensen er gewoon in betrekken van wat wil je dan? Niet klakkeloos iets op de boterham smeren en d'r op doen wat wij denken dat ze lekker vind, maar gewoon drie dingen laten zien, kaas en twee verschillende soorten vleeswaren, laat ze een keuze maken.

Bovenstaand citaat maakt tevens duidelijk dat de respondenten het daarentegen belangrijk blijven vinden om de cliënten een mate van keuzemogelijkheid te geven. Wellicht gaat het dan om een meer beperkte keuze.

Duidelijk wordt dat respondenten de cliënten een zo'n groot mogelijk mate van keuzemogelijkheid willen geven, echter wordt dit niet altijd door de medewerkers gedaan. De volgende citaten van R13 maken dit duidelijk:

Als iemand om 20:00 uur naar bed wil, wie ben ik om dat niet te doen? (...) maar als ik dadelijk 100 ben en ik zeg maar wat, ik wil om 19:00 uur naar bed, wie houdt mij tegen? Ja jij, omdat jij vindt dat... Eigenlijk kan het toch niet. De ene keer doe ik het wel, ik doe dat gerust om 19:00 uur naar bed, maar dat doe ik niet elke keer (...).

We hadden een mevrouw, toen zij hier in het begin kwam wist ze het nog goed hè, hoe het zat. Die at altijd wit brood, de ene keer met kaas, de andere keer met chocoladepasta. Op een gegeven moment weet ze het niet meer. Wat geven wij dan? We geven haar bruin brood. Ik heb heel wat discussie gehad, want de rest van de mensen at bruin brood. Die

mevrouw niet die at altijd wit. ‘Maar bruin is gezonder’. ‘Dat kan wel zijn, maar ze zijn allemaal op leeftijd, dus gezond en gezond’. Uiteindelijk heb ik het voor elkaar gekregen dat ze weer wit brood kreeg.

Deze citaten maken duidelijk dat de medewerkers de cliënten een keus geven als dit geen gevolgen heeft voor de medewerker. Als dit eventueel gevolgen kan hebben voor de medewerkers, krijgen de cliënten een beperktere vrijheid om keuzes te maken of helemaal geen keus meer. Mate van keuzemogelijkheid is een nadere uitwerking van individuele bejegening, aangezien je de cliënten op verschillende wijze benadert en behandelt, omdat de cliënten verschillende keuzes maken.

Tijdens de observaties heb ik duidelijk kunnen zien dat zorgverleners de cliënt keuzes geven. Zo werd er bijvoorbeeld aan de bewoners gevraagd welke kleding hij/zij aan wilde die dag of wat de bewoner op brood wilde. Keuzes die gemaakt kunnen worden door cliënten zijn ook het wel of niet gaan naar een activiteit. Tijdens de observaties heb ik echter ook gezien dat cliënten geen keuzemogelijkheid hadden. Er werd bijvoorbeeld door een zorgverlener een boterham met hagelslag gesmeerd voor een cliënt. Zonder dat de zorgverlener gevraagd had of de bewoner dit wilde. Een beperkte keus hebben de cliënten over hoe laat zij op willen staan. In huisje één zijn er bijvoorbeeld cliënten die erg lang uitslapen, het liefst tot 13:00 uur. De zorgverlener maakt hen echter rond 10:00 uur wakker om hen structuur te geven, zo wordt door de zorgverlener gezegd.

*Mate van eigen inbreng.* Mate van eigen inbreng heeft vooral te maken met de zelfredzaamheid van de cliënt; als een cliënt iets zelf kan, vinden de respondenten het ook belangrijk dat zij dit zoveel mogelijk zelf blijven doen. “Als je het gaat overnemen, dan kunnen ze het op een gegeven moment niet meer. Zoveel mogelijk zelf laten doen en anders samen” (R7). R1 geeft aan dat cliënten steeds mondiger zullen worden en dat zij steeds meer zelf willen doen: “(...) als je alles van iemand over moet gaan nemen is het voor de bewoner toch niet prettig.” Tijdens de observatie bij somatiek heb ik ook gezien dat zelfredzaamheid belangrijk is. Een zorgverlener liet bijvoorbeeld alle bewoners hun eigen gezicht wassen, ook al duurde dit soms lang. De observaties bevestigen het belang van eigen inbreng van cliënten. Bij elke observatie heb ik gezien dat de zorgverlener bijvoorbeeld de washand aan een cliënt gaf om het gezicht te wassen. Ook heb ik gezien dat de zorgverlener een cliënt alleen hielp als de cliënt daar om vroeg of de zorgverlener doorhad dat de cliënt het niet (meer) zelf kon. R5 geeft een voorbeeld van een cliënt waarvan de zelfredzaamheid vergroot is door meer eigen inbreng te geven:

We hebben een bewoner boven, daar smeerden ze altijd de boterhammen voor (...). Ik legde haar boterhammen neer, boter ernaast en beleg maakte ik vast open, twee koppen koffie erbij en smeer maar gewoon zelf. ‘Dat doen ze toch voor mij?’ Ik zeg: ‘Maar je kunt het wel.’ (...) normaal bleef ze dus op die stoel zitten. Nu zie je dat als zij klaar is met haar boterhammetjes eten dat ze zelf met haar rollator de dingetjes erop zet en naar de keuken gaat en dat ze water in de kopjes laat lopen en het op het aanrecht zet (...).

Tijdens de observatie wordt door de zorgverlener gezegd dat hij eigen inbreng belangrijk vindt. Hij geeft aan dat door mensen zelf iets te laten doen en het niet over te nemen als zorgverlener, de cliënten hun eigenwaarde behouden.

Op de afdeling PG worden cliënten ook betrokken bij het huishouden. R7 geeft aan: “We proberen de bewoners toch te laten helpen met aardappels schillen, boontjes doppen etc. (...) was vouwen ook.” Dit kan ook gezien worden als mate van eigen inbreng, aangezien de cliënten inbreng hebben in het huishouden van het ‘huisje’. Tijdens de observaties bij PG heb ik twee verschillende situaties gezien. Ten eerste heb ik gezien dat cliënten de zorgverlener in het huishouden mochten helpen, waar dat mogelijk was, zoals bij aardappels schillen, was opvouwen en het afruimen van de tafel. Echter, heb ik ook een situatie meegemaakt waarin een cliënt meermaals vroeg om te helpen, bijvoorbeeld bij het afruimen of bij het versieren van het huisje. Deze hulp werd door de zorgverlener afgeslagen. Dit gedrag van de zorgverlener correleert niet aan de eigen inbreng die respondenten zo belangrijk vinden voor de cliënten. Ook tijdens een andere observatie heb ik gezien dat de zorgverlener de was opvouwde, de tafel afruimde en de aardappels schilde. Hierbij is het mogelijk dat de cliënten niet meer in staat waren om dit te doen, hier heb ik namelijk niet naar gevraagd.

Respondenten geven aan dat er, om cliënten individueel te kunnen bejegenen, een vertrouwensband tussen cliënt en zorgverlener nodig is. Daarnaast is het ook van belang dat de zorgverleners de cliënten kennen. Deze zullen hieronder uiteengezet worden.

### *Vertrouwensband*

Uit de interviews met de medewerkers komt duidelijk naar voren dat wederzijds vertrouwen tussen zorgverlener en cliënt een belangrijke indicator is. Het gaat om wederzijds vertrouwen, waardoor er gesproken kan worden over een vertrouwensband tussen zorgverlener en cliënt. R1 zegt bijvoorbeeld het volgende over jongere zorgverleners: “Ze denken: ‘Oh, die weten niks’, maar die hebben toch hun opleiding gehaald, dus die kunnen het net zo goed. Maar misschien toch de manier hoe ze mensen benaderen. Hoe dat je met die bewoners omgaat en je moet toch vertrouwen kunnen krijgen.” Vertrouwen van de cliënt in de zorgverlener is tijdens de observatie ook naar voren gekomen. Zo heb ik een situatie meegemaakt waarin een cliënt naar een activiteit wilde, maar eerst nog naar het toilet moest. De zorgverlener gaf aan dat zij eerst een andere cliënt naar de activiteit bracht en haar vervolgens ophaalde. De cliënt ging hiermee akkoord. Echter, de zorgverlener werd weggeroepen, waardoor de zorgverlener de cliënt niet naar de activiteit kon brengen. Door dit voorval zou het vertrouwen van de cliënt richting de zorgverlener geschaad kunnen zijn. Tijdens de observaties deed de zorgverlener de toedracht van een valincident voor met een cliënt. Bij dit voorbeeld liet hij de cliënt op de rand van het bed zitten, terwijl het bed omhoog stond. De cliënt kon niet bij de vloer. De zorgverlener liet de cliënt los, terwijl de cliënt op de rand van het bed zit, waardoor er valgevaar ontstond. Dit voorbeeld duidt erop dat de cliënt vertrouwen heeft in de zorgverlener, omdat zij weet dat de zorgverlener haar niet zelfstandig zou laten zitten, als dit niet kon. Daarnaast duidt het er ook op dat de zorgverlener vertrouwen heeft in de cliënt, namelijk dat de cliënt niet valt.

Bij vertrouwen gaat het ten eerste om *herkenning*. De cliënten krijgen namelijk vertrouwen in een zorgverlener doordat zij de zorgverlener herkennen. Het volgende citaat van R3 illustreert dit: “Ik vind het toch wel bij PG dat ze echt de herkenning nodig hebben, de gezichten die ze kennen daar, dat is ook een beetje, het vertrouwen ook, dat ze je ook toelaten.” Maar het citaat van R8 illustreert dit: “Om een voorbeeld te noemen. Als een vreemde verzorgende op een huisje staat, trekken de bewoners toch naar de zorghulp die ze kennen, die vertrouwd is, omdat ze die kennen. Je bent dan toch de bekende voor ze.” Herkenning is niet alleen belangrijk bij PG maar ook bij somatiek, zoals R1, een medewerker van somatiek, aangeeft: “Je moet sowieso al proberen vertrouwen te krijgen met iemand. Als je vaak bij iemand binnenkomt, komt dit vertrouwen er, automatisch kan ik niet zeggen, maar (...)” Dit kan ook gezien worden als herkenning, door vaak bij cliënten binnen te lopen, herkennen de cliënten de zorgverlener, waardoor er een vertrouwensband ontstaat.

Ten tweede gaat het bij vertrouwensband ook om *‘dingen’ voor elkaar krijgen* bij de cliënten, zoals blijkt uit de volgende citaten: “Stel dat iemand zegt: ‘Ik wil eigenlijk niet gedoucht worden’. Ik probeer het wel. (...) kan er ook wel even doorpraten dat ze toch zou willen douchen. Dat gebeurt ook. Dan heb je denk ik wel vertrouwen, een band met die bewoner” (R1).

Een voorbeeld met ontlasting, iemand heeft een ongelukje gehad en je moet dat verschonen en ze vertrouwen je niet, dan krijg je dat niet voor elkaar. (...) En als ze jou vertrouwen is het een poep en een scheet en is het zo gedaan. En mensen die niet praten of niet zeggen dat ze een ongelukje hebben gehad, de blik in hun ogen zegt ook genoeg. Mevrouw X die heeft een blik in haar ogen, als ze jou vertrouwt, dan gaat ze gewoon met je mee (R13).

Tot slot gaat het bij vertrouwen om *een veilig gevoel creëren*, zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener. R5 geeft bijvoorbeeld aan: “(...) maar ze moeten zich wel veilig voelen om aan te kunnen geven van ‘oeh, dat vond ik niet prettig’ of ‘oeh, ik ben gewend om dat te doen’.” R6 geeft een voorbeeld van een cliënt die vanuit een ander huis werd overgeplaatst naar de locatie Katwijk. In de overdrachtspapieren stond dat de cliënt agressief was en kon slaan. Door deze informatie bleef de zorgverlener op haar hoede als zij in de buurt was van de cliënt. “In het begin durfde ik niet met mijn rug naar haar toe te staan, dadelijk heb ik iets naar mijn hoofd.” Dit is anderhalf jaar geleden en in die tijd heeft de cliënt niemand geslagen. De respondent zegt hierover het volgende: “Maar door de papieren heb je een beeld van iemand en moet je het vertrouwen krijgen dat ze bewijst dat het niet zo is.” Dit voorbeeld illustreert dat zowel de cliënt als de zorgverlener een veilig gevoel moet hebben om een vertrouwensband op te kunnen bouwen. “Het vertrouwen, de vertrouwensband. Je moet echt een vertrouwensband hebben (...). Dan heb je ook een vertrouwensband, als mensen jou vertrouwen dan vertellen ze je wat. Vertrouwen ze jou niet dan zouden ze dat niet gauw doen” (R11).

Voorgaand citaat illustreert dat er een relatie is tussen een vertrouwensband en individuele bejegening, aangezien er gesteld wordt dat als er vertrouwen is, cliënten zorgverleners ‘dingen’ gaan vertellen, terwijl ze dit niet doen als cliënten zorgverleners niet vertrouwen. Hierbij lijkt het erop dat de unieke zorgvraag die leidt tot een



individuele bejegening voortkomt uit een vertrouwensband. Dit wordt bevestigd tijdens de observaties. Een zorgverlener zegt tegen mij dat vertrouwen belangrijk is: “Als mensen je vertrouwen, geven ze eerder aan wat ze willen”.

Respondenten geven aan dat een vertrouwensband kan ontstaan door de cliënt ook daadwerkelijk te leren kennen. R6 zegt hierover het volgende: “Bij nieuwe mensen moet je het vertrouwen krijgen, hoe is iemand, wat kun je doen, wat kan je niet doen, hoe moet je met iemand omgaan. Je moet elkaar leren vertrouwen en elkaar leren kennen. Dat is heel belangrijk om een goede zorgvrager en zorgverlener band te krijgen.” Er is echter ook gezegd dat door een vertrouwensband, cliënten meer gaan vragen en vertellen. Dit leidt ertoe dat de zorgverleners de cliënten beter leren kennen. Op basis hiervan kan gesteld worden dat er een wederzijdse relatie is tussen een vertrouwensband en het kennen van de cliënt.

### *Cliënt kennen*

Respondenten geven aan dat het belangrijk is om als zorgverlener de cliënten te kennen. R8 geeft als voorbeeld dat duidelijk is geworden dat als een cliënt haar schortje om heeft, zij niet naar buiten wil. Het is hierdoor niet erg als zij door de sluis gaat, naar de ‘Gasterij’<sup>14</sup>. Zij wil daar gedurende de dag graag heen, omdat het daar gezellig is. R13 geeft het volgende aan: “Ik weet gewoon bij een mevrouw als ik bepaalde dingen vraag, die is de ene dag uit geweest en dat vraag ik de volgende dag, hoe is het geweest? Dat moet je niet vragen, want dat weet ze niet meer. En daar wordt ze weer verdrietig van.” Tijdens de observatie heb ik ook gezien dat de zorgverleners de cliënten kennen. Tijdens de eerste observatie vertelde de zorgverlener de achtergrond van de diverse bewoners die in dat huisje woonde. Hieruit merkte ik al dat zij de bewoners goed kent, maar tijdens de ochtendzorg was een bewoner in de war en vroeg meerdere malen waar haar kinderen waren. De zorgverlener stelde de bewoner gerust door rustig te vertellen waar haar kinderen waren. De zorgverlener wist exact te vertellen hoe de kinderen heten en wat de kinderen doen en waar die mogelijk konden zijn op dat moment. Hieruit blijkt dat de zorgverlener meer weet dan dat zij in eerste instantie verteld had aan mij.

Zorgverleners willen de cliënten op diverse vlakken leren kennen. Zij willen bijvoorbeeld de achtergrond of de geschiedenis van de cliënten weten, maar ook praktische zaken, zoals wat een cliënt lekker vindt of wat een cliënt juist niet lust. De volgende citaten illustreren dit: “Dat is ook een stuk mensenkennis die je bij de bewoner ook krijgt. Ik weet dat zij zo haar boterham gesmeerd wil hebben” (R3). “Op een gegeven moment weet je ook hoe de kleinkinderen heten, of de kinderen en dan als mensen iets vragen dat je dan ook iets van de mensen zelf weet” (R5).

Een onderdeel van individuele bejegening is het voortzetten van de levensstijl. Respondenten geven aan dat als er nieuwe cliënten komen het belangrijk is deze levensstijl te leren kennen, zodat deze ook voortgezet kan worden. De volgende citaten illustreren dit: “Dat is zeker in het begin als er nieuwe bewoners zijn of nieuwe mensen zijn dat je voor jezelf ook vast probeert te stellen wat iemand fijn vindt en wat niet en wat iemand zijn hele leven al doet zonder dat ik daar iets aan zou gaan veranderen” (R5).

Je moet natuurlijk wel wennen aan mensen. Ik denk dat, dat altijd zo is. Ook in het verzorgen. Als je vaker bij mensen komt dan krijg je ook een bepaald soort routine waarin je dingen afhandelt zoals mensen dat fijn vinden hoe je met mensen omgaat. Dat is in het begin even aftasten (...) (R5).

Als er nieuwe mensen komen dat je echt even moet wennen aan elkaar. Als ik een nieuwe bewoner krijg, moet ik in het begin ook even kijken hoe je daar mee omgaat in het begin en na een paar weken heb je zoiets van nou nu beginnen we elkaar te begrijpen en aan elkaar te wennen (R6).

De medewerkers van PG geven aan dat het bij het kennen van de cliënt ook gaat om het herkennen van de non-verbale communicatie. PG-clienten zijn niet altijd meer in staat om te verwoorden wat zij voelen, waardoor het belangrijk is dat de zorgverleners dit aan de cliënten kunnen zien. De volgende citaten van de respondenten illustreren dit: “En bij de meeste bewoners als je ze een tijdje kent dat weet je ook wel hoe ze reageren, dat kun je aan de gezichtsuitdrukking zien (...)” (R3). “Je ziet het aan mensen, aan de uitdrukking, aan de houding van mensen hoe je met ze om moet gaan” (R7). “Ja, je kent ze (...) je kent ze eigenlijk zo goed, dat je aan een gezicht al kan zien dat ze een goede of een slechte dag hebben” (R10).

<sup>14</sup> De ‘Gasterij’ is het restaurant van de locatie Katwijk. Dit restaurant dient tevens als ontmoetingsplek voor de bewoners onderling of de bewoners en de familie.

Familie is een belangrijke informatiebron van de zorgverleners om de cliënten te leren kennen. Vooral bij de PG-clieënten, omdat zij zelf niet meer weten wat zij wel of niet leuk vinden. R8 geeft bijvoorbeeld aan dat door naar familie te luisteren je erachter komt hoe iemand geweest is, waar de belangstelling naar uit ging, wat ze vroeger gedaan hebben en wat hun hobby's waren. Ook R12 beaamt dat familie een belangrijk informatiebron is.

In het stuk hiervoor is duidelijk geworden dat er voor een individuele bejegening een vertrouwensband nodig is, maar ook dat de zorgverleners de cliënten moeten kennen. Welk gedrag moeten zorgverleners vertonen om cliënten te leren kennen en om deze vertrouwensband op te bouwen? Uit de interviews met medewerkers komen de volgende gedragsindicatoren naar voren: in waarde laten van de cliënt en aandacht. Deze gedragsindicatoren zullen hieronder nader beschreven worden.

#### *In waarde laten van de cliënt*

In waarde laten van de cliënt is een indicator die door de respondenten genoemd wordt. Dit kan geïllustreerd worden met een citaat van R6:

Ik vind gewoon dat je ieder persoon op zich in zijn waarde moet laten als je het ergens niet mee eens bent. Ik heb wel eens een bewoner gehad die begon met lopen. Twee meter verder trok ze haar schoenen uit en dan haar broek, en dan haar bloes en aan het einde was ze naakt (...). Die bewoner wilde niet altijd kleren aan. Ik had dan zoiets van zo iemand moet je toch in haar waarde laten, maar je kunt iemand niet naakt rond laten lopen. Ik had dan een grote handdoek en die sloeg ik om (...). En dan ging ik haar afleiden door leuke dingen te vertellen of vragen te stellen. Van goh we gaan dadelijk lekker eten, je lievelingsmaaltijd. Dan gaan we even de kleren aandoen, want je kunt niet in je blootje aan tafel zitten. Gewoon met een grapje eromheen en dan kreeg je haar toch wel weer aangekleed. Ik vind dat heel anders dan als je zegt van 'Nou mevrouw X, hoe durft u nou weer naakt rond te gaan lopen? Dat kun je toch niet maken...' Op die manier heb ik al zoiets van normen zijn mensen af en toe wel kwijt, kwijt niet, maar die veranderen, die verleggen ze. Maar waarde vind ik heel belangrijk, dat je die wel altijd bewaart en bewaakt bij de mensen.

In waarde laten van cliënten bestaat uit diverse gedragingen van de zorgverlener, namelijk informeren en uitleggen, eerlijkheid en respect.

Bij *informeren* en *uitleggen* gaat het om informatie verschaffen die de cliënt nodig heeft. Bij somatiek kan het bijvoorbeeld gaan om het informeren van cliënten als het langer duurt voordat er gereageerd wordt op de bel om het geven van een indicatie over hoe lang het duurt als er gebeld wordt. R1 zegt: "Stel dat een bewoner gewend is om 8:00 uur komt er iemand en ik kom pas om half 9. Ik ga er even naar toe van 'goh, ik ben nog even bezig, ik kom zo snel mogelijk'." Bij PG gaat het bijvoorbeeld om de cliënten vertellen wat je gaat doen, ook tijdens het verzorgen. R3 zegt: "Dat is eigenlijk iedere ochtend wel, ook met de zorg. Je werkt toch met PG, mensen vergeten het gauw en moeten toch wel regelmatig dingen herhalen wat je doet en zo min mogelijk woorden gebruiken en goed uitleggen." Ook R8 beaamt dit: "En uitleggen wat je doet. Gewoon alles wat je doet, uitleggen waarom dat je dat doet. Waarom je daar bent. Dat mensen duidelijkheid krijgen. Ze zijn wel dement, maar ze zijn niet gek. Het zijn nog altijd mensen." Tijdens de observaties is ook gebleken dat het belangrijk is om alles uit te leggen Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de zorgverleners tijdens de verzorging precies aangeven wat zij (gingen) doen. Zodat er geen onverwachte situaties ontstonden voor de cliënt. Ook informeren is teruggekomen in de observaties. Een bewoner van somatiek had bijvoorbeeld gezondheidsproblemen en de zorgverlener zou hiervoor contact opnemen met de huisarts. De zorgverlener gaf aan dat zij terug zou komen als zij de huisarts gebeld had. Direct belde de zorgverlener de huisarts en werd afgesproken dat de huisarts 's middags terug zou bellen. Dit werd direct door de zorgverlener teruggekoppeld aan de cliënt.

Echter, uit de observaties is ook gebleken dat cliënten niet altijd worden geïnformeerd. Zo werd bijvoorbeeld een zorgverlener weggeroepen, omdat er een voorval was in een ander huisje, terwijl zij een cliënt aan het verzorgen was. De zorgverlener liet de cliënt gewoon op de wc zitten en zonder iets te zeggen is de zorgverlener weggelopen. Vermeldingswaardig is wel dat er een andere zorgverlener de zorg voor deze cliënt heeft overgenomen. Door deze zorgverlener werd ook niets gezegd, over het hoe en waarom.

*Eerlijkheid* gaat vooral om het verschaffen van de juiste informatie en dat jij, je als zorgverlener aan je woord houdt. Zoals het volgende citaat van R11 illustreert: "Al ik tegen mevrouw zeg, een voorbeeld, ik zeg tegen iemand ik ben met vijf minuten terug, (...) dan ben ik binnen vijf minuten terug." Deze respondent zegt ook: "Dat je dingen zegt dat jij je daar aan houdt." R1 zegt:

Als je ook niet eerlijk bent naar de bewoner toe. Ik noem maar eens een voorbeeldje van je komt later, of je belt even en je zegt even tegen de mensen: ‘goh ik kom over 10 minuten’. Als je dan pas na een half uur komt ben je ook niet helemaal eerlijk. Ga dan nog even een keertje terug naar die mensen. Om een hoop problemen te voorkomen kan je veel beter eerlijk tegen die mensen zijn. Dit en dit is er aan de hand en ik kom zo snel mogelijk. Dan kun je veel beter geen tijd zeggen. Dat kan je bijna toch niet halen. Dus dat is ook wel een stukje eerlijkheid.

Met *respect* doelen de respondenten op het respectvol met mensen omgaan, dus ook echt luisteren en serieus antwoord geven op vragen. R11 zegt bijvoorbeeld: “Ze respectvol behandelt. En ook echt naar hun luistert en niet snel zegt van jaja.” R6 zegt het volgende:

Ik heb ook wel eens een keer gehad, dat is heel slecht, dat ik een chagrijnige bui had, dan op een gegeven moment, als iemand 100 keer hetzelfde vraag, zeg ik ook zoiets van hallo.. dan denk ik direct daarna van oh wat zeg ik nou toch? En dan zeg ik ook direct tegen de bewoner van sorry, ik had niet mogen uitvallen, dat had ik niet mogen zeggen. Ik ben gewoon een beetje moe.

Bij respect hoort ook het meegaan in de beleving van PG-cliënten. PG-cliënten kunnen gebeurtenissen beleven die niet meer mogelijk zijn, bijvoorbeeld dat zij op de bus staan te wachten of dat zij op de trein wachten waar de ouders in zitten. Deze gebeurtenissen zijn belevingen die niet meer kloppen. Toch geven de respondenten aan dat het verstandig is om mee te gaan in deze beleving, zodat de cliënten zich gerespecteerd voelen. De volgende citaten illustreren dit:

Ja, meegaan in hun beleving, ook al klopt de beleving helemaal niet. Bij mij is in het huisje een bewoner die is elke dag verdrietig omdat ze naar haar ouders moet. Dat kan natuurlijk niet, want die bewoner is zelf al ruim 80. In het begin hadden we wel eens zoiets van, zeiden we wel eens van kijk eens u bent zelf al zo oud, kijk eens in de spiegel. Dan namen we haar mee. Kijk eens in de spiegel, naar de rimpeltjes, ziet u dat u al ouder bent? Maar dan ging ze alleen maar harder huilen. Wat zeg je nou, mijn ouders leven toch nog? Ik ben niet op de begrafenis geweest. En dan werd het alleen maar erger. En nu zeggen we zoiets van: ‘Ja, inderdaad wat vervelend. Weet je wat we doen we gaan eerst een boterham eten en gaan we daarna naar een oplossing zoeken’. Dan is zij rustig, omdat zij denkt dat er naar een oplossing gezocht wordt. En na het eten is zij het allang weer vergeten. Dan is het weer goed. Op zo’n manier proberen wij het toch een beetje op te lossen (R6).

Nou daar ga ik meestal belevingsgericht op in. Nou hoe laat komt de trein? Hoe ziet de trein eruit? Hoe zien je ouders eruit? Wat voor kleren hebben ze aan? Doordat ze er dan over kunnen praten, heel vaak hoor je dementerende ook zeggen dat ze naar huis willen en weg willen. Dat je zegt welk huis moet je zijn dan? Of hoe ziet het huis eruit? Of als ik dan nog weet welke straat, als ze daar dan over praten, dan kunnen ze toch over hun gevoelens praten. De bootstraat, oh ja, dan weet ik dat wel en kan ik zeggen van oh dat is een mooie straat dicht bij de winkels, het appartement toch. Ze kunnen hun gevoelens kwijt en merk je soms dat mensen daar ook rustiger van worden. Ik kan wel zeggen van u woont niet in de bootstraat, u woont nu op Katwijk op de afdeling, u kunt daar niet naartoe. Dan voelen zij weerstand. Dan hebben ze het gevoel van dat klopt niet wat ik zeg. Als je meegaat in de beleving voelen ze zich serieus genomen, voelen ze de veiligheid, het vertrouwen. Zij heeft het ook vaak dat ze naar huis wil en dan zeg ik van goh even wachten ik ga zo met u mee. Of als we aan de koffie zitten heeft ze het ook vaak, dan staat ze op van goh gaat je mee? Ik zeg nou ik zit eigenlijk nog even aan de koffie, ik kom zo. Vaak zegt ze oh dat is goed (R12).

Tijdens de observatie is ook naar voren gekomen dat meegaan in de beleving van de cliënt een bijdrage levert aan de rust van een cliënt. Een situatie heeft zich bijvoorbeeld voorgedaan waarbij een cliënt denkt dat hij naar Turkije op vakantie gaat. De zorgverlener gaat naast de cliënt zitten en zegt: “Ik wil ook wel op vakantie, mag ik mee? Maar zullen we eerst even koffie drinken?” Dit voorbeeld maakt duidelijk dat de zorgverlener meegaan met de beleving en dat zij de cliënt probeert af te leiden met een kop koffie.

### ***Aandacht***

Als de vraag gesteld wordt wat belangrijk is in de ogen van cliënten zodat zij zich gelukkig voelen, wordt unaniem door de respondenten ‘aandacht’ genoemd. Aandacht kan worden opgesplitst in aandacht die gegeven kan worden zowel tijdens als naast de zorgmomenten en aandacht die alleen gegeven kan worden naast de zorgmomenten, ook wel ‘extra’ aandacht. De volgende citaten illustreren dat er tijdens de zorgmomenten aandacht kan worden gegeven:

Als ik ze 's morgens uit bed haal dan maak ik een praatje met de mensen. Op dat moment geef ik ze al aandacht. Dan breng ik ze naar de tafel, geef ik ze te eten, maak je ook een praatje met ze, wat ze op hun boterham willen, geeft ze toch aandacht. Dan geef je de medicijnen, geef je ze weer aandacht, want je bent bezig met de medicijnen (R11).

Het wassen, het aankleden, de medicijnen en dat is iets wat je gewoon elke dag doet. Als je mensen verzorgt dan geef je ze ook aandacht. Als je weet dat iemand opstartproblemen heeft dan ga je er eerst even bij zitten of laat je eerst even een kopje koffie drinken (...) Die aandacht is een beetje vanzelfsprekend. Dat zit erin. Dat doe je automatisch eigenlijk (R12).

Aandacht, zowel tijdens als naast de zorgmomenten, gaat ten eerste over contact hebben met de cliënt. R11 verwoordt dit op de volgende manier:

Als je de kamer binnen zou komen en je zou de mensen alleen verzorgen, daar zouden ze ook mee geholpen zijn, maar ik denk niet dat mensen zich daar prettig bij zouden voelen. Daarom geef ik aan dat het belangrijk is om contact te maken. Je bent zoveel tijd bezig met een bewoner, maak dan ook even de tijd voor aandacht.

Bij contact maken met de cliënt gaat het allereerst om het maken van een praatje met de cliënten. Maar het gaat bij het maken van contact met de cliënt ook om non-verbale communicatie, zoals het aanraken van een cliënt of het oogcontact, zoals blijkt uit de volgende drie citaten: "Aandacht. (...) Als het nodig is, bijvoorbeeld als ze verdrietig is, even die arm erom heen staan" (R8). "(...) en dat je ze af en toe ook aanraakt en dat je oogcontact hebt. (...) De aandacht die je aan hen geeft" (R10). "Maar ook de aandacht, het contact, wat je hebt met die persoon. Hij is bijvoorbeeld heel erg onrustig, maar je kunt zonder iets te zeggen, zonder te praten, contact met die meneer maken. Samen op bed gaan zitten, handje vasthouden, ik hoef niks te zeggen" (R10).

Tijdens de observatie bij de huisjes van PG heb ik gezien dat de zorgverleners gezamenlijk met de bewoners lunchen en dineren. Zij zitten met zijn allen aan tafel. Tijdens deze eetmomenten praat de zorgverlener met de bewoners over 'koetjes en kalfjes'. Ook tijdens de observaties bij somatiek heb ik gezien dat de zorgverleners tijdens de zorg gezellig met de cliënten kletsten.

Naast het contact hebben met de cliënt gaat aandacht, zowel tijdens als naast de zorgmomenten, om het bieden van ondersteuning, waarbij de zorgverleners inspelen op de gevoelens van de cliënt. Zo worden er door diverse respondenten aangegeven dat als iemand verdrietig is je als zorgverlener de cliënt zijn of haar verhaal moet laten doen om te kijken of je daar iets aan kan doen om het verdriet te verlichten. De PG-clieënten zijn soms in de war en willen graag naar huis, R3 geeft hierover het volgende aan: "Momenten van afleiding, dat ze niet meer naar huis willen of dat ze het gevoel hebben dat ze thuis zijn, dat vind ik belangrijk." Dit kan ook gezien worden als het ondersteunen van de cliënten bij de gevoelens die cliënten ervaren. Bovenstaande wordt bevestigd tijdens de observaties. Tijdens de observatie bij PG heb ik gezien dat zorgverleners aandacht besteden aan cliënten, als zij in de war zijn. Zo werd er bijvoorbeeld tijdens de pauze van een medewerker gevraagd aan een verdrietige bewoner of zij erbij wil komen zitten.

'Extra' aandacht gaat om de individuele activiteiten met cliënten, zoals een wandeling of het meenemen van cliënten naar de stad, de markt of iets dergelijks. Dit kan geïllustreerd worden met de volgende citaten: "Je hebt wel aandacht voor de mensen maar dan altijd in de groep en nooit apart. En dat vinden mensen soms ook wel heel leuk. Soms even lekker nagels lakken, met make-up tutten, maar dat kan gewoon bijna niet, terwijl ze dat wel heel erg leuk vinden" (R6). "(...) dan kan je een keer zeggen van 'ik loop een keer met die mensen naar de stad'. Dat vinden die mensen ook leuk. Maar dat kan nu niet" (R7). "Als je individueel met iemand werkt of omgaat, moet je heel goed kijken van waar wordt iemand blij van, dat kan zijn buiten wandelen of samen de krant lezen of tv kijken of koffie drinken of (...)" (R12).

Uit voorgaande citaten komt duidelijk naar voren dat er niet altijd tijd is om 'extra' aandacht te geven. Zoals R6 zegt: "dat kan gewoon bijna niet." En R7: "Maar dat kan nu niet." Als je daarop doorvraagt wordt duidelijk dat het hierbij gaat om tijdsgebrek. Tijdens de laatste observatie heb ik echter wel gezien dat een zorgverlener ruim 20 minuten de tijd neemt voor een cliënt om samen te kletsen.

'Extra' aandacht gaat daarentegen ook om de gezamenlijke activiteiten in de huisjes, zoals spelletjes, het gezamenlijke ontbijt, lunch of diner. Onderstaande citaten illustreren dit: "En sommige kunnen wel spelletjes doen, niet allemaal maar met sommige kan ik wel spelletjes gaan doen. Daar genieten ze ook van. We hebben een mevrouw die vindt het heel erg leuk om spelletjes te doen. Ja, dat is aandacht. (...) Pure aandacht" (R10). "Om

10:30 uur kunnen we koffie gaan drinken met de mensen (...) om 12:00 uur gaan we samen lunchten, dan zit je ook met zijn allen aan tafel” (R10).

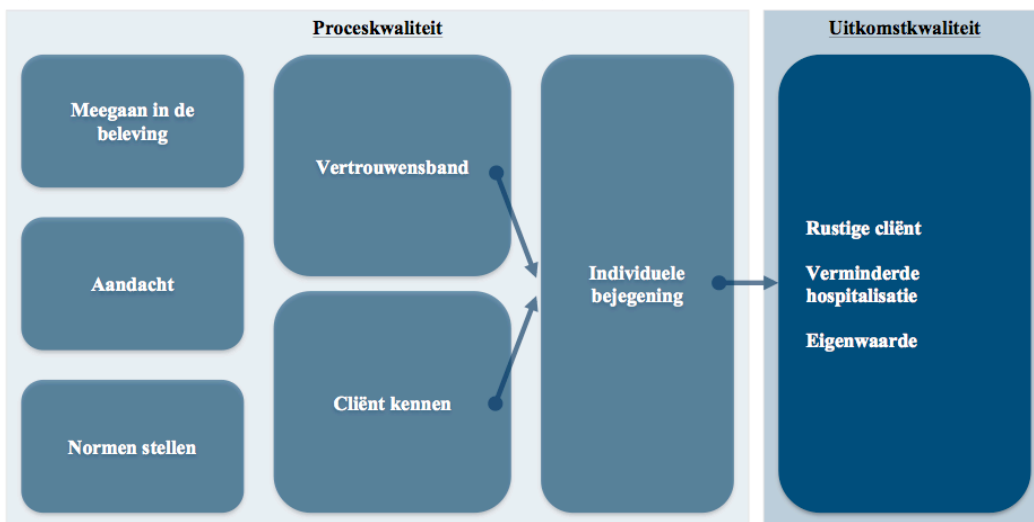
(...) maar een keer onder het eten, kwam het ter sprake over liedjes, een heel oud liedje en de mensen zetten in en van het een kwam het ander en weer een ander liedje. Van goh ik ken alleen maar die regels, wie weet hoe dat verder ging? Van lief en lee, kwam er echt.. ik heb met stomme verbazing zitten kijken, we hebben anderhalf uur aan tafel gezeten en maar zingen en maar praten over liedjes. En er kwam kerkmuziek voorbij. Dat was grandioos (R8).

## 4.4 Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens de leidinggevenden van BrabantZorg?

### 4.4.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen de resultaten met betrekking tot de tweede deelvraag behorende bij de eerste vraagstelling gepresenteerd worden voor de locatie Katwijk. In figuur 4.2 zijn de indicatoren schematisch weergegeven. In subparagraaf 4.4.2 zullen de indicatoren met betrekking tot de uitkomstkwaliteit besproken worden, waarna in subparagraaf 4.4.3 de indicatoren met betrekking tot de proceskwaliteit gepresenteerd worden.

**Figuur 4.2: Indicatoren van kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden**



### 4.4.2 Uitkomstkwaliteit

Indicatoren die leidinggevenden noemen passend bij de component uitkomstkwaliteit zijn rustige cliënt, verminderde hospitalisatie en eigenwaarde. Deze vier indicatoren worden in deze subparagraaf gepresenteerd.

#### *Rustige cliënt*

R2 geeft aan dat een rustige cliënt een belangrijk indicator is als het gaat om kwaliteit van zorg. Hierbij gaat het om de rust van de cliënt. Zij zegt hierover het volgende: “Ga huisjes met elkaar switchen, zet vaste verzorgers op andere huisjes en het is totaal anders, het is chaotischer, de bewoners zijn onrustiger (...) dan loopt de structuur mogelijk wat anders, dan is de benadering naar hen toe mogelijk iets anders en daaruit komt mogelijk dat stukje onrust.”

#### *Verminderde hospitalisatie*

Leidinggevenden geven aan dat de medewerkers gehospitaliseerd zijn. Dit wordt negatief beoordeeld. R4 zegt bijvoorbeeld: “We doen heel vaak standaard dingen maar we staan er niet bij stil waarom we dat doen.” R2 zegt: “Ik denk dat we sowieso moeten proberen om zo min mogelijk dingen standaard te maken.” Bij hospitalisatie gaat het om vaste structuren en routines, waarvan men niet weet waarom deze routines en structuren er zijn. R2 geeft het volgende voorbeeld over structuren en routines: “Om 10 uur, half 11 moet toch iedereen wel uit bed zijn en gegeten hebben en op de tafel moet toch alles wel opgeruimd zijn, zodat er koffie gedronken moet worden, om 12 uur dan gaan we lunchen (...)” Deze respondent geeft aan dat deze structuren best losgelaten zouden mogen

worden. Er zal gekeken moeten worden naar het schema van die dag en naar de wensen van de bewoners om te bepalen wanneer er gegeten wordt. R2 geeft aan dat het lastig is om deze structuren en routines te doorbreken, omdat mensen graag in een bepaalde structuur werken. R2 heeft daarentegen al wel een positieve ontwikkeling waargenomen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

Toen ik hier kwam hadden we een lijstje en die mevrouw moet altijd om 7 uur geholpen en die om half 8 en daar om 8 uur een soort route die ik liep en op het moment dat de eerste mevrouw zei: ‘Ik wil vandaag uitslapen, want ik heb een verjaardag gehad gisteravond’, dan was er een probleem, omdat dat niet in mijn schema paste, want die andere mevrouw was op 9 uur. Dat was lastig. Op dit moment is dat helemaal los gelaten. Je hebt altijd wel een beetje dezelfde bewoners die vroeg wakker zijn en die laat wakker zijn, maar het is niet zo standaard van we gaan van 1 naar 2, naar 3 enz. En als je nog niet wakker bent dan maken we je wakker, tenslotte ben ik er nu. Dat is wel heel erg veranderd (...) (R2).

Routines en structuren hoeven niet per definitie hospitalisatie te zijn. R9 geeft namelijk aan dat structuren voor PG-cliënten belangrijk zijn. Hij zegt:

Als je naar PG gaat dan kom je op een ander terrein, mensen zijn het geheugen kwijt, de oriëntatie kwijt, die zijn zichzelf een beetje kwijt (...) elke dag gaan zijn ze ergens weer opnieuw (...). Dat geluk heeft ermee te maken dat je op een of andere manier dat elke dag weer ergens opnieuw komen, dat je dat probeert te structureren (...).

### *Eigenwaarde*

R2 geeft aan dat eigenwaarde een belangrijke indicator is van kwaliteit van zorg. R2 zegt:

Als je met elkaar aan tafel zit en iemand gaat de borden bij elkaar halen als het klaar is, dat zegt al iets over een persoon. Dat is een opgeruimd iemand die dat altijd zo gedaan heeft, dus die kan je waarschijnlijk ook een stukje eigenwaarde geven door iemand daar ook in te betrekken. En de volgende dag als iemand dat niet uit zichzelf doet, de vraag stellen of die persoon dat wil doen op dat moment, want dat geeft ook een stukje eigenwaarde. Eigenwaarde is voor ieder mens gewoon belangrijk, ook al ben je dementerend, ook als snap je het niet. Als je iets voor iemand kan betekenen dan zal ze dat over vijf minuten al niet meer weten, maar op dat moment als ik vraag iets voor mij te doen, dan zijn we gelijken aan elkaar, dan kan ik iets voor jou beteken, dan ben ik niet afhankelijk, want ik kan zelfs iets voor jou doen, want ik haal de borden bij elkaar.

Bij eigenwaarde gaat het dus om het idee dat de cliënt nog iets kan betekenen voor zijn of haar omgeving. Dit gevoel maakt dat de cliënt gelukkiger ofwel tevredener is over de kwaliteit van het leven.

### **4.4.3 Proceskwaliteit**

Indicatoren die leidinggevenden noemen die passen onder de component proceskwaliteit zijn individuele bejegening, vertrouwensband, cliënt kennen, aandacht, meegaan in de beleving en normen stellen. Deze indicatoren zullen in deze subparagraaf uitgewerkt worden.

#### *Individuele bejegening*

De drie leidinggevenden die geïnterviewd zijn, zijn het erover eens dat individuele bejegening een belangrijke indicator van kwaliteit van zorg is. Met individuele bejegening wordt onderkend dat cliënten allemaal verschillend zijn en dus ook op een verschillende manier benaderd ofwel behandeld moeten worden. De volgende citaten illustreren dit: “Ik denk dat het heel belangrijk is dat je daar al oog voor hebt dat iedereen verschillend is en dat het niet een soort van eenheidsworst wordt als je hier komt te wonen. Dat die verschillen er mogen zijn en dat we kunnen inspelen op die verschillen” (R2). “(...) andere soort behoeften waar jij je op aan wil sluiten (R4)”. “Dat is kwaliteit. Dat is kijken naar wat heeft de individuele bewoner of die groep bewoners nou nodig. Als je daar aan toe komt, anders dan schoon ondergoed, medicijnen, eten enz. Dan heb je die slag naar kwaliteit gemaakt denk ik” (R9).

Uit de interviews met de leidinggevenden blijkt dat een individuele bejegening bestaat uit de mate waarin hun levensstijl wordt voortgezet en de mate van eigen inbreng.

*Voortzetten levensstijl.* De respondenten doelen erop dat de cliënten in het verzorgings- of verpleeghuis dezelfde dingen moeten kunnen doen als toen zij nog thuis woonden. Hierbij gaat het om het voortzetten van



activiteiten die zij voorheen altijd deden, maar ook om het voortzetten van de levensstijl die zij hadden, zoals blijkt uit de volgende citaten:

Maar het is meer terugkijkend, naar het verleden, wat heeft iemand geïnteresseerd, de familieleden daarbij betrekken, wat heeft iemand nou altijd gedaan en dingen uitproberen en dan reacties zien. Ik denk dat je zo door individueel te kunnen kijken mensen uiteindelijk gelukkig kan maken, omdat je iemands wensen helder krijgt (R2).

Dat betekent dat er binnen dat ziek zijn, mensen zichzelf kunnen blijven, hun eigenaardigheden kunnen houden, hun gewoontes kunnen blijven doen, de relatie met thuis in stand blijft. Dat geldt voor PG wat minder dan voor somatiek. Dat als je altijd bij het koor hebt gezeten, waarom zal je dan op het moment dat je de CVA hebt gehad en je niet meer goed kan zingen toch niet bij het koor kunnen zijn, al was het maar om te luisteren. Maar deelgenoot blijven van die gemeenschap. Waarom kun je niet naar je eigen kerk toe als je CVA hebt gekregen? Dat is niet gebruikelijk (R9).

*Mate van eigen inbreng.* Zoals al gebleken uit het citaat van R2, is eigen inbreng een belangrijk element om eigenwaarde te geven aan cliënten. R2 zegt namelijk: "(...) in principe wat de mensen zelf kunnen dat is belangrijk, want dat geeft ze een stukje eigenwaarde en dat maakt ook dat ze handelingen zelf kunnen en minder snel verliezen (...)." Met eigen inbreng wordt bedoeld dat cliënten zelf doen wat zij zelf kunnen, maar ook dat zij betrokken worden bij het huishouden. R9 zegt: "(...) en probeer juist de dingen die mensen wel kunnen, dat je daar bij probeert aan te sluiten (...). Dus ik denk ook aanspreken op de dingen die mensen nog wel kunnen (...)." R4 geeft aan dat verzorgenden snel de neiging hebben om zaken over te nemen van cliënten, maar dat dit niet bevorderlijk is: "Het is heel makkelijk voor verzorgende om dingen over te nemen, want het zou sneller zijn maar voor de zelfredzaamheid van de mensen is het helemaal niet bevorderlijk om zo snel mogelijk dingen over te nemen. Ten eerste vinden mensen het niet prettig als je dingen snel overneemt."

Respondenten geven aan dat om cliënten individueel te kunnen bejegenen er een vertrouwensband tussen cliënt en zorgverlener nodig is. R4 zegt bijvoorbeeld: "(...) als ik ergens mee zou zitten dan zou ik dat eerder zeggen tegen een vertrouwd persoon dan tegen iemand die net binnenkomt." Maar ook is het van belang dat de zorgverleners de cliënten kennen, zoals blijkt uit het citaat van R9: "(...) medewerkers die weten hoe jij aangesproken wil worden, wat de inhoud van jou aanspreken moet zijn (...)." Deze zullen hieronder uiteengezet worden.

### ***Vertrouwensband***

Uit de interviews met de leidinggevenden komt duidelijk naar voren dat wederzijds vertrouwen tussen zorgverlener en cliënt een belangrijke indicator is. Het gaat om wederzijds vertrouwen, waardoor er gesproken kan worden over een vertrouwensband tussen zorgverlener en cliënt. R2 zegt: "(...) vertrouwen is ook heel belangrijk. En hoe creëer je dan dat stukje vertrouwen? Dat kan dus dan zo klein zijn dat je zegt: 'oké, daar moet dan wel met uniform gewerkt worden'." En "Vertrouwen van zowel de verzorgende naar de cliënt, het zou ook helemaal mooi zijn als je dat andersom kan krijgen. Maar ook een stukje vertrouwen dat een verzorgende weet, ik ken iemand zo goed en ik kan al zien in de blik van de ogen wat het vandaag voor dat is of wat de dag brengt." Dit geeft aan dat het om een wederzijds vertrouwen moet gaan. R4 beaamt dit en zegt:

Ik denk dat het sowieso heel belangrijk is dat er vertrouwen vanuit de bewoners naar de medewerkers is. Dan praat ik puur vanuit mezelf. Ik zou het prettig vinden als ik hier bewoner zou zijn om telkens hetzelfde gezicht te zien (...). Je kunt het ook omdraaien. Het lijkt me ook prettig om, bij dezelfde mensen te komen, je signaleert sowieso sneller of iemand bijvoorbeeld verdrietig is of pijn heeft.

### ***Cliënt kennen***

Alle leidinggevenden geven aan dat het voor het leveren van kwaliteit van zorg belangrijk is om de cliënt te kennen. Met het kennen van de cliënt wordt door de respondenten bedoeld op het kennen van de achtergrond van cliënten. Dit blijkt uit de volgende citaten:

Ze weten heel veel. Ze weten bewust een aantal dingen te vertellen, maar onbewust weten ze nog veel meer. Een stukje verleden is daarin ook erg belangrijk. Als jij altijd alleen bent geweest en op jezelf en je komt in een groep van 6 mensen dan is dat een totaal andere situatie en dat kan goed uitpakken maar je moet je er wel bewust van zijn en dan misschien kijken dat zo'n mevrouw toch wat meer moment op haar eigen kamer gelukkiger kan zijn. Zij is niet altijd die drukte om

zich heen gewend. En iemand met een groot gezin en waarvan de kinderen weet ik veel hoeveel langskomen juist absoluut niet zoveel rustmomenten op haar eigen kamer moet geven, want dan past dat weer niet bij die persoon. En daar weten ze wel heel veel van (R2).

Verder is het voor de verzorging erg belangrijk en vinden ze het heel erg belangrijk dat ze een stukje achtergrond van de mensen weten. Wat sprak ze vroeger aan, wat spreekt mensen nog steeds aan. Houden ze van zelf wat koken of het bed opmaken? Wat zijn dingen die mensen graag zelf willen doen? En waar kunnen wij ze daarin ondersteunen? (R4).

Het gaat bij cliënt kennen ook om het herkennen van non-verbale communicatie, zoals blijkt uit het citaat van R4: “Dan is het sowieso belangrijk dat je iemand ook goed kent, dat je het beter nou ja sneller zal zien. Ook al is het een bepaalde gezichtsuitdrukking of een beweging dat iemand maakt waaraan je dingen kan signaleren.”

### *Aandacht*

Aandacht geven wordt door de leidinggevendenden genoemd als het gaat om kwaliteit van zorg. Aandacht gaat bij de leidinggevendenden vooral om individuele zorg. R4 zegt: “Bijvoorbeeld eens een keer een kopje koffie met ze te drinken (...). Als mensen bijvoorbeeld naar de markt willen of houden van wandelen of van planten of van andere spellen die je samen kan doen, dan wordt daar ook invulling aan gegeven.” R9 geeft aan dat hij de bewoners wel eens 25 euro heeft gegeven om individuele zorg in te kopen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

Ik heb wel eens elke bewoner 25 euro gegeven, dan kon die individuele zorg gaan inkomen bij de medewerker. Ze moesten die 25 euro binnen twee maanden uitgegeven hebben. Dat ging over koffie drinken met gebak op de markt. Dat ging over dat soort dingen. Dus dan kan je gewoon gaan sturen, dat kost helemaal niks, zoveel maal 25 euro, wat is dat nou. Maar dan hebben ze het over, dan stuur je het gevoel voor individuele zorg. Dat kan ook zonder die 25 euro, nu werd het gestructureerd, van binnen twee maanden moet je 25 euro uitgegeven hebben op individuele zorg.

Kortom bij aandacht gaat het er bij leidinggevendenden om dat de zorgverlener bij de cliënt gaat zitten ofwel deze cliënt ergens mee naartoe neemt.

### *Meegaan in de beleving*

R9 geeft aan dat het voor zowel PG- als somatische cliënten belangrijk is om mee te gaan in de beleving van de cliënt. Bij meegaan in de beleving gaat het erom dat medewerkers niet tegen de cliënt ingaan als zij in de war zijn. Dit blijkt uit het volgende citaat van R9:

(...) in ieder geval dat mensen niet tegen gesproken worden. Ik ga op zoek naar een bushalte. Dan loop ik even met je mee. Vooral niet vertellen, hoe kom je daar nou bij er is helemaal geen bushalte. Voor de mensen is dat een werkelijkheid en jij gaat vertellen dat die werkelijkheid niet bestaat, daar wordt je diepongelukkig van, ga dan mee in de beleving van die PG bewoner en zeg dan zullen we samen naar die bushalte gaan. Dat je dan ergens anders uitkomt en misschien verleid tot weer het gewone ritme, dat doet er helemaal niet toe. Maar geef op dat moment niet iemand een ongelukkig gevoel van wat jij denkt dat is niet waar.

R9 geeft aan dat dit eveneens belangrijk is voor somatische cliënten. R9 zegt bijvoorbeeld: “Je moet ook meegaan in de beleving van de somatische bewoner die denkt misschien enger dan jij dat doet.”

### *Normen stellen*

Tot slot geeft R9 aan dat er aan cliënten normen gesteld mogen worden. R9 spreekt in dit verband over “eisen stellen”. Hij zegt hierover het volgende: “Nog een belangrijk ding, eisen stellen. Als je geen eisen stelt aan mensen dan is het leven ook niets meer waard. Als je in een gemeenschap terecht komt waar geen eisen aan gesteld worden, aan elkaar, dan valt de betekenis van het leven weg.” Met andere woorden, deze leidinggevende vindt het belangrijk dat er normen gesteld worden aan de cliënten, zodat deze cliënt zijn eigenwaarde niet verliest.

Nu de resultaten gepresenteerd zijn met betrekking tot de eerste vraagstelling, zullen de resultaten met betrekking tot de tweede vraagstelling weergegeven worden. In paragraaf 1.2 is naar voren gekomen dat het bij ondersteuning gaat om de eerste component van kwaliteit, namelijk structuurkwaliteit. In paragraaf 2.2 is gesteld dat ondersteuning opgedeeld kan worden in instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. Bij instrumentele

ondersteuning gaat het om ondersteuning middels materiele en universele middelen (Vaux, 1988), inclusief de inzet HR praktijken (Purcell & Hutchinson, 2007). Sociaal-emotionele ondersteuning daarentegen is ondersteuning gericht op meer symbolische uitlatingen, zoals genegenheid en waardering (Vaux, 1988). Er is sprake van drie niveaus als het gaat om sociaal-emotionele ondersteuning, namelijk organisatie, leidinggevend en collega's. In dit deel wordt deze indeling gebruikt om de resultaten te presenteren. In paragraaf 4.5 wordt ingegaan op de resultaten met betrekking tot de derde deelvraag: "Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?" Hierna zal in paragraaf 4.6 de resultaten met betrekking tot de vierde deelvraag besproken worden: "Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevenden/ organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?" In paragraaf 4.7 worden de resultaten gepresenteerd met betrekking tot de vijfde deelvraag: "Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?" Tot slot zal in paragraaf 4.8 de resultaten uiteengezet worden met betrekking tot de zesde deelvraag: "Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?" Deze onderdelen vormen samen de resultaten van de tweede vraagstelling:

**Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**

## **4.5 Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

### **4.5.1 Inleiding**

Tijdens de interviews met leidinggevenden is ook de vraag ter sprake gekomen hoe zij de medewerkers op dit moment of in de toekomst willen ondersteunen (zowel instrumenteel als sociaal-emotioneel). In sommige gevallen hebben leidinggevenden de ondersteuningsbehoeften van medewerkers bevestigd, maar leidinggevenden hebben ook aanvullende informatie gegeven die bruikbaar lijkt voor het onderzoek. Deze informatie zal dan ook in deze en de volgende paragraaf opgenomen worden. Hierbij zal duidelijk naar voren komen of de medewerker of leidinggevende het zegt, waarbij eerst de medewerker aan bod komt en daarna de leidinggevenden. Tot slot zal aangegeven worden of de uitspraken van de leidinggevenden de medewerkers bevestigen ofwel aanvullen.

In figuur 4.3 zijn de resultaten van de ondersteuningsbehoefte van de medewerkers schematisch weergegeven. In het figuur zijn zowel de instrumentele als de sociaal-emotionele ondersteuning weergegeven. Als het gaat om instrumentele ondersteuning, geven medewerkers HR praktijken, sfeer, tijd, kleinschalig wonen en vermindering van verstoringen aan. In subparagraaf 4.5.2 zal ingegaan worden op de HR praktijken. In subparagraaf 4.5.3 op de tijd en in subparagraaf 4.5.4 op de sfeer. In subparagraaf 4.5.5 zal kleinschalig wonen aan bod komen. Tot slot, in subparagraaf 4.5.6 zullen de benodigde hulpmiddelen gepresenteerd worden.

### **4.5.2 HR praktijken**

Als het gaat om HR praktijken worden diverse HR praktijken (indirect) genoemd door respondenten, namelijk training en ontwikkeling, regelruimte en inspraak. Door leidinggevenden worden echter nog twee andere HR praktijken genoemd, namelijk waardering en beloning en performance management. In figuur 4.3 zijn deze HR praktijken weergegeven in een grijze kleur.

#### ***Training en ontwikkeling***

Slechts drie respondenten zeggen iets over training en ontwikkeling zonder dat hier door mij naar gevraagd is. Als er iets gezegd wordt over training en ontwikkeling gaat het over een opleiding die de respondenten (willen) volgen, zoals blijkt uit de volgende citaten: "Ik ga ook beginnen met een training tot ergo coach" (R1).

Ik heb er nog over gedacht om een verpleegkundige opleiding te doen binnen BrabantZorg. Toen heb ik ook een gesprek gehad met een opleidingscoördinator en zij zei van er zijn plekken, maar echt heel weinig, maar twee of drie per jaar. Er

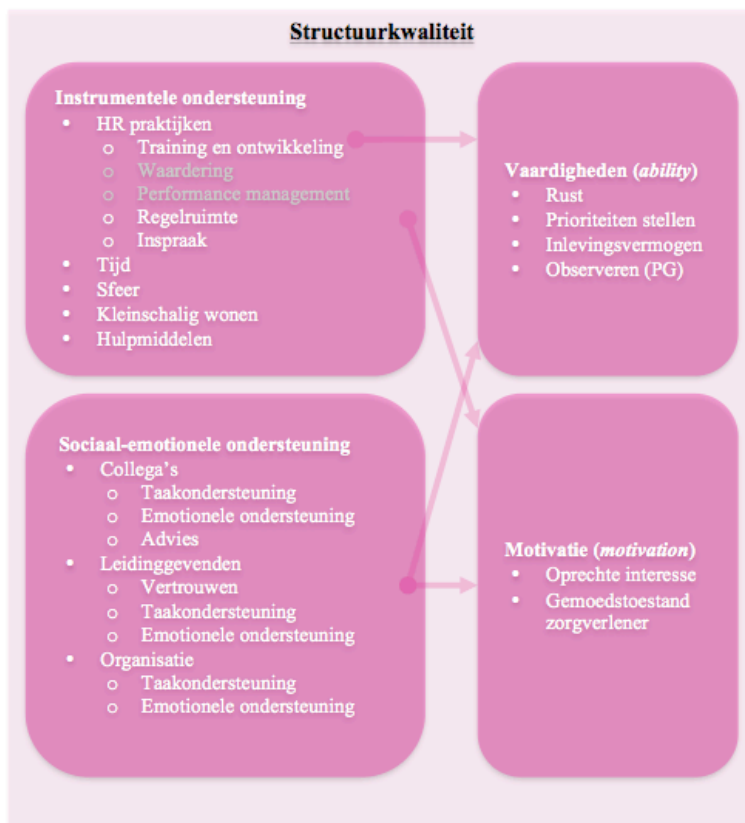
werd gezegd dat als ik hier verpleegkundige word, dat ik dan ook alleen binnen BrabantZorg verpleegkundige kon zijn en niet in het ziekenhuis bijvoorbeeld. Dan moet je altijd met ouderen blijven werken, omdat het niet zo breed is (R6).

Eén leidinggevende geeft ook aan dat training en ontwikkeling van medewerkers belangrijk is. In het gesprek komt dit naar voren als het gaat om het verbreken van de vaste structuren. R2 zegt:

Dat heeft allemaal met visie te maken, op het moment dat het gebeurt terug halen van waarom maak je die keus en daar heel veel met elkaar over hebben. We hebben ook in het begin toen we startten en samen met elkaar naar die visie gekeken, als je nou kleinschalig wonen hebt, wat zou je nou willen, wat zijn dan je uitgangspunten, dan kom je natuurlijk heel makkelijk bij de cliënt moet centraal staan, eigen regie, is allemaal heel mooi gebracht, maar hoe ga je dat vertalen, die vertaalslag moet je eigenlijk continue nog maken. Elk moment dat ik op de afdeling loop en ik dat soort dingen opval mensen daar gewoon op bevragen en niet om te toetsen of om te zeggen je doet het verkeerd, maar iedere keer een stukje bewustwording creëren.

Door mij is gevraagd of het hierbij gaat om het coachen van de medewerkers. Dit beaamt de leidinggevende. Hiermee bevestigt de leidinggevende de resultaten van de medewerkers. Zij geeft namelijk aan dat medewerkers training en ontwikkeling nodig hebben om bijvoorbeeld de vaste structuren te doorbreken (verminderde hospitalisatie). Verminderde hospitalisatie is door zowel de medewerkers als de leidinggevendenden genoemd als uitkomstkwaliteit.

**Figuur 4.3: Ondersteuningsbehoefte medewerkers**



Slechts door drie respondenten wordt training en ontwikkeling genoemd. Respondenten geven echter wel vier vaardigheden aan die zij nodig hebben om kwaliteit van zorg te verlenen. Verondersteld kan worden dat zij impliceren dat zij training en ontwikkeling nodig hebben om deze vaardigheden eigen te maken, indien dat nog niet het geval is. De vaardigheden die zij noemen zijn rust, prioriteiten stellen, inlevingsvermogen en observeren. Observeren wordt vooral belangrijk gevonden bij de afdeling PG en in mindere mate bij Somatiek.

*Rust.* Bij rust gaat het er vooral om dat als de werkdruk hoog is, dat de zorgverlener dan niet gehaast moet zijn bij de cliënten en de cliënten op een rustige manier moet benaderen. Het citaat van R8 illustreert goed dat de zorgverlener bij de cliënt niet gehaast moet zijn: "Als je erg gehaast bent, druk, dat heeft zo zijn weerslag op de

mensen. Net kleine kinderen, ze worden vervelend en dwars. Dan gaat alles de mist in. Hoe rustiger je eigenlijk blijft en hen benadert hoe beter het eigenlijk is.” R11 zegt: “Je moet ook echt niet haastig zijn bij die mensen.” R6 geeft een voorbeeld wat er gebeurt als de zorgverlener niet rustig is:

Het is aanstekelijk voor de mensen. Als daar iemand is die heel rustig is, dan merk je dat de mensen ook heel rustig zijn en dat het ook gewoon goed loopt. En is er een onrustig iemand, merk je dat mensen geïrriteerd raken en ook naar elkaar toe. Dat mensen ruzie krijgen tot slaan aan toe. Met de pannen gooien en met.. dus daar op dat huisje is het ontzettend belangrijk dat je die rust neemt.

Rust heeft ook te maken met geduld, zoals blijkt uit het citaat van R10: “Dat je geduld hebt. Kijk er zijn mensen die dingen vaker herhalen, vaker doen, dat je gewoon daarbij rustig blijft.”

*Prioriteiten stellen.* Bij prioriteiten stellen gaat het om keuzes maken, hierbij gaat het vooral om de keuze tussen de taak of de cliënt. R10 zegt: “Als het echt gezellig is, dan blijven we ook langer zitten (...) dan doe ik die dag niet dweilen, dan heb ik zoiets van stofzuigen is genoeg.” R8 zegt: “Dan laat je gewoon iets anders zolang liggen, mensen gaan voor, hoe dan ook.” En ook “We proberen het wel, dan moet er maar iets anders blijven liggen.” Hieruit blijkt dat deze respondent geen problemen ervaart indien zij meer maal de cliënt boven de taak heeft gesteld. R6 geeft aan dat het niet erg is als je een keer voor de cliënten gekozen hebt. Als het bijvoorbeeld leuk aan tafel is en je blijft langer aan tafel zitten dan gebruikelijk, waardoor er taken niet gedaan zijn. Als dit structureel voorkomt wordt dit echter wel een probleem, zoals blijkt uit het volgende citaat: “Als ik ’s morgens heb gewerkt en ik heb een aantal dingen niet kunnen doen, dan kunnen ze wel even mopperen van ‘moet ik dat nog allemaal doen?’ En dat ik dan een hele leuke ochtend met de bewoners heb gehad, daar kijken ze niet naar.” R10 beaamt dit: “Om tijd te maken moet je het schuiven naar de andere dienst. Maar dat is ook niet leuk als ze iedere keer jouw taken over moeten nemen, omdat ik tijd wil maken voor de cliënten.” Respondenten spreken elkaar op dit punt tegen, dit lijkt afhankelijk te zijn van het team, waarin de respondent werkzaam is. Hierbij gaat het om de cultuur van het team als het gaat om de keus taak versus cliënt. R12 zegt hier het volgende over:

Ook wel begrip van elkaar hoe iedereen zijn werk doet, want elke dag maak je weer keuzes van dit of dit of dit doen en de ene die maakt de keuze om een kwartier lang bij die meneer of mevrouw te zitten. Dat je dat ook respecteert en je niet denkt van goh zit ze daar weer een uur. Een ander vindt het misschien heel belangrijk om de wc schoon te hebben, of de handdoeken netjes hangen of iets dergelijks. En ik als verzorger vind het belangrijk, ik wil wel dat het netjes is tuurlijk, maar ik vind het ook belangrijk dat de mensen zich goed voelen. Dat er dan een was in de wasmachine zit, die zit er vanavond ook nog wel.

Het gaat echter niet alleen om de cultuur binnen een team. Prioriteiten stellen kan ook geduid worden als competentie van een individu, zoals blijkt uit het citaat van R10:

(...) Dat ik tijd maak voor de mensen. Dat is aandacht. Daar had ik in het begin heel erg veel moeite mee, aandacht geven. Ik kan wel aandacht geven, maar in het begin, omdat dit voor mij onbekend was, had ik zoiets van als ik aandacht geef, als ik met de mensen ga zitten, had ik het gevoel dat ik niks aan het doen was. Terwijl het eigenlijk helemaal niet zo is, dan ben je eigenlijk al iets aan het doen, je bent aandacht aan het geven. Dan had ik tijd, dan ging ik zeg maar de was doen of een slaapkamer. Ik gunde mezelf de tijd niet om met de mensen iets te gaan doen. Maar nu is het zo, ik heb het knopje omgedraaid, heb ik tijd dan ga ik echt met hun zitten.

Eén leidinggevende bevestigt dat prioriteiten stellen een belangrijke vaardigheid is van medewerkers. R2 geeft het voorbeeld dat de keus gemaakt mag worden dat als het gezellig is aan tafel om dan langer te blijven zitten en andere taken achterwege te laten. Daarbij geeft zij aan dat dit een lastige keuze is voor de medewerkers, omdat zij graag alle taken gedaan willen hebben voordat de volgende dienst begint. R4 zegt hierover het volgende: “Dus daar ook een stukje op coachen. Waarom maak je dan die keuze voor die was. En wanneer maak je die keuze voor de bewoner. Dat verschilt ook heel erg per persoon, de ene is makkelijker dan de andere.”

Ook tijdens de observatie is gebleken dat het maken van keuzes een belangrijke vaardigheid is van de zorgverlener. Bij PG tijdens de ochtendzorg verzorgt de zorgverlener bijvoorbeeld eerst de bewoners. Als de bewoners geen verzorging meer nodig hebben, ruimt de zorgverlener de kamers van de bewoners op, zoals het bed opmaken en de handdoeken opruimen. Bij somatiek is dit ook een vaardigheid die zorgverleners nodig hebben, zoals is gebleken uit de observaties. Er deed zich een situatie voor waarin een bewoner druk was met het

wassen van haar gezicht, in de tussentijd ruimte te zorgverlener de slaapkamer op. Ook bij somatiek is gebleken dat prioriteiten stellen belangrijk is. Zo heb ik tijdens de observaties gezien dat de zorgverleners allerlei zaken voor de bewoners moeten regelen. Deze zaken hebben in meer of mindere mate prioriteit. De zorgverlener moest een afweging maken wat belangrijker was, namelijk een afweging tussen het verzorgen van de cliënten of zaken regelen voor de cliënten.

*Inlevingsvermogen.* Door de respondenten wordt gezegd dat inlevingsvermogen het bij jezelf als zorgverlener nagaan hoe het zou voelen om die cliënt te zijn en wat jij in een bepaalde situatie prettig zou vinden. R1 zegt hierover het volgende: “Dan denk ik van ja draai het eens om, zit zelf eens en je kunt niks meer. Je kunt niet naar de wc. Je kunt wel je armen bewegen, maar je benen willen niet meer. Dan denk ik draai het eens om.”

*Observeren.* Door de respondenten van PG wordt aangegeven dat *observeren* een belangrijke vaardigheid is van de zorgverlener. Dit wordt door de respondenten bij PG belangrijker gevonden dan bij somatiek, omdat cliënten bij PG niet zelf meer aan kunnen geven wat zij voelen en graag zouden willen of juist niet willen. PG-clieënten communiceren niet meer verbaal, maar vooral non-verbaal. R11 zegt: “(...) want ze communiceren op een andere manier, veel meer met lichamelijk contact (...)” Observeren is goed naar mensen kijken, kijken naar de uitdrukking op het gezicht of de lichaamstaal van een cliënt. Het citaat van R5 illustreert dit:

Je ziet het aan mensen. Je weet wel dat sommige mensen niet makkelijk iets zeggen over ik zou het zo willen of ik vind het niet fijn. Zodra jij ergens iemand aan het verzorgen bent en je kijkt naar de expressie van het gezicht of naar lichaamstaal dan zie je wel of iemand het wel of niet prettig vindt. Daar kun je meteen op reageren.

R11 zegt hierover het volgende:

Observeren houdt in dat je dingen ziet. Bijvoorbeeld iemand staat uit een stoel op, heel moeilijk. Dan ga je naar die mevrouw en vraag je heb je ergens pijn? Je ziet aan hoe ze uit de stoel komt dat ze ergens pijn heeft, dat zie je aan de houding hoe ze opstaat of gaat zitten. Net zo goed kun je aan een gezichtsuitdrukking zien of iemand verdrietig is. Of dat ze plezier heeft of een lolletje maakt, dat is ook wel leuk. Ik bedoel, ja je kunt ook dingen zien als iemand binnen komt en je observeert hoe ze reageren. Dat zijn allemaal dingen die je allemaal kan zien. Dus je kunt zien wanneer iemand boos wordt.

Dat observeren een belangrijke vaardigheid van PG medewerkers is, wordt bevestigd door de leidinggevende van PG. Zij zegt: “(...) het goed observeren en kijken wat een bewoner doet; hoe die op een moment reageert (...) goed observeren wat er in zo’n huiskamer gebeurt.”

Tijdens de observatie wordt dit bevestigd. Er heeft zich bijvoorbeeld een situatie voorgedaan waarbij één van de bewoners van een ander huisje huilend binnen kwam. Deze bewoner werd door de zorgverlener direct opgemerkt en werd door de zorgverlener getroost. Na afloop is daarover met de zorgverlener gesproken en zij gaf aan dat het gaat om je “voelsprietten”. Ook wordt tijdens de observaties verteld door de zorgverleners dat jij je ogen en oren de kost moet geven. Soms kan een zorgverlener aan een gezichtsuitdrukking zien hoe een bewoner zich voelt. Dit is ook een voorbeeld van observeren.

### ***Regelruimte***

In het ondernemingsplan van BrabantZorg (2009) is te lezen dat de medewerkers meer regelruimte, ook wel autonomie, willen om het werk op basis van eigen kennis en kunde uit te voeren, zonder dat zij daarbij belast worden met een overdaad aan voorschriften en bureaucratische verantwoordingsverplichtingen. Door mij is dan ook de vraag gesteld of zorgverleners meer regelruimte willen. Uit de interviews is naar voren gekomen dat de respondenten voldoende regelruimte ervaren, zo wordt door R1 gezegd: “Wij doen eigenlijk alles voor bewoners, dokters bellen en apotheken (...).” R6 zegt het volgende: “Vooral omdat ik CCP-er ben, heb ik best veel invloed in de huisjes. Invloed vind ik een rot woord, maar ik maak uiteindelijk de eindbeslissing van het huisje.” Tijdens de observaties is een situatie voorgevallen waaruit blijkt dat de zorgverleners regelruimte krijgen. Een bewoner van het ene huisje werd namelijk naar een ander huisje gebracht, omdat deze cliënt beter tot rust kwam in het andere huisje. Dit is door de zorgverlener zelf geïnitieerd. R2, een leidinggevende, geeft dan ook aan dat zij regelruimte belangrijk vindt voor de medewerkers. Zij zegt: “Mensen gaan het doen als ze hun eigen verantwoordelijkheid krijgen, eigen regelruimte. Daar geloof ik ook heel erg in, regel het zelf maar. Als jij ergens verantwoordelijk voor mag zijn en je mag dingen regelen dan zoek je die grenzen op.”



De enige respondent die aangeeft dat er te weinig regelruimte is R8. Deze respondent zegt het volgende: “Dat we een keer het werk kunnen laten liggen en dat kunnen doen, dat er niet meteen daarop gesprongen wordt van ‘ja, hoor eens hier’.” Ik heb gevraagd aan de respondent of het hierbij gaat om regelruimte, dit wordt door de respondent beaamd.

### *Inspraak*

De laatste HR praktijk die ter sprake is gekomen in de interviews is inspraak. Slechts één respondent benoemt inspraak uit zichzelf, namelijk R6. Deze respondent zegt het volgende:

Ik denk dat ik dan degene ben van even afwachten, kijken wat de rest doet en als ik denk nu gaat het zoals ik niet wil, dan pas grijp ik in. Eerst kijk ik wat er gebeurt. Ik ben niet haantje de voorste en wil niet direct zeggen wat mijn mening is. Als het verkeerd dreigt te gaan, zal ik mij ermee bemoeien (R6).

Ik heb gevraagd of er dan naar haar geluisterd werd. De respondent geeft aan dat dit over het algemeen gebeurt.

Bij twee andere respondenten komt inspraak ook terug in het verhaal. Dit onderwerp is echter wel door mij geïnitieerd. R1 zegt: “Er is het teamoverleg en je zit met dingen en je wilt dingen anders hebben. Het teamoverleg is daar net voor om dat in te brengen.” Deze respondent geeft aan dat het teamoverleg bedoeld is om de medewerkers inspraak te geven. Ook R5 gaat in op inspraak: “Nou moet ik zeggen dat wij binnen het team ook zelf wel heel direct zijn in het aanbieden van oplossingen of kunnen we dat binnen dit huis niet anders regelen. Ja, dat wordt altijd wel meegenomen.” Deze respondent geeft dus aan dat er binnen de locatie Katwijk weldegelijk inspraak is door de medewerkers en dat daar door de organisatie ook daadwerkelijk naar geluisterd wordt en meegenomen wordt in de besluitvorming.

Ook twee leidinggevendenden geven aan dat inspraak van medewerkers belangrijk is qua ondersteuning. R2 zegt:

Ik heb vooral heel veel geleerd dat het niet zo moet zijn dat IK de zaken beslis en zij het moeten doen. Maar dat ik hun moet sturen om zelf de beslissingen te nemen en dan wel met de kaders, wel het overzicht houden over wat invloed is (...). En dat zij dan ook die betrokkenheid ervaren om daar mee over te denken.

Aan de andere leidinggevende (R4) is ook gevraagd of zij het belangrijk vindt om medewerkers te betrekken bij beslissingen. Hierop antwoordt zij positief, maar haar verhaal maakt duidelijk dat zij eigenlijk de medewerkers stuurt naar een richting die zij op voorhand al bedacht had. Er kan daardoor getwijfeld worden in hoeverre de medewerkers daadwerkelijk inspraak hebben.

Dit bevestigt het feit dat er slechts enkele medewerkers zijn die inspraak benoemen als ondersteuningsbehoeften, omdat zij het idee krijgen dit in meer of mindere mate al te hebben. Inspraak kan echter wel gezien worden als een belangrijke ondersteuningsbehoefte, omdat zowel de leidinggevendenden als sommige medewerkers dit benoemen. Tevens komt uit de literatuur naar voren dat inspraak belangrijk is.

### *Waardering*

Medewerkers geven niet direct aan dat zij waardering nodig hebben. Indirect blijkt echter wel dat zij waardering belangrijk vinden. Respondenten geven namelijk aan dat zij het fijn vinden als hun leidinggevendenden hen respecteren. Respecteren kan indirect gezien worden als waardering.

Twee leidinggevendenden geven daarnaast aan dat waardering een belangrijke ondersteunende HR praktijk is, terwijl inspraak niet direct is teruggekomen bij de interviews met medewerkers. Leidinggevendenden zijn van mening dat zij hun medewerkers moeten waarderen als hen iets gelukt is. Dit kan met een schouderklopje, maar dit kan ook door middel van een kleine financiële bijdrage. R2 zegt: “Als iets gelukt is, of iets gaat goed, dan zijn ook complimentjes en waardering, het benoemen, ook heel belangrijk.” R9 geeft aan dat het belangrijk is dat medewerkers uniek zijn om uiteindelijk de unieke zorgvraag van de cliënten te kunnen beantwoorden. Ik heb de respondent gevraagd wat er nodig is om ervoor te zorgen dat medewerkers ook daadwerkelijk uniek durven zijn. Hierover zegt hij onder andere: “Waarderen wat mensen doen, maar ook wat zij doen als het een beetje anders is, juist heel erg waarderen.” Het gaat echter niet alleen om waarderen maar ook om belonen. R9 zegt: “Ik heb ze 500 euro gegeven, omdat ze andere dingen hebben gedaan dan andere locaties doen. Het anders zijn moet je ook in die zin waarderen.”

### **Performance management**

Eén leidinggevende geeft aan dat *performance management* een belangrijk ondersteuningsmiddel is om tot kwaliteit van zorg te komen. Door medewerkers wordt *performance management* echter niet aangehaald als ondersteuningsbehoefte. Uit de literatuurstudie komt daarentegen wel naar voren dat dit een HPWP is en dus medewerkers ondersteund. Dit is dan ook de reden dat *performance management* meegenomen wordt in dit onderzoek. R6 zegt het volgende over *performance management*:

(...) maar ook de eis neerleggen. Het anders zijn is leuk, is grappig, kun je met zijn allen om lachen, maar je moet ook een eis neerleggen, dat je op basis van dat anders zijn en anders presenteren, iets voor elkaar maakt. En dan komt dat voor elkaar en dan kun je ze een compliment geven over wat ze voor elkaar gemaakt hebben en dat wordt een proces.

Uit dit citaat blijkt dat deze leidinggevende het belangrijk vindt om 'eisen' te stellen aan zijn medewerkers. De leidinggevende is van mening dat er gewaardeerd moet worden op basis van 'eisen' die behaald zijn.

### **4.5.3 Tijd**

Uit de interviews met medewerkers blijkt dat tijd een belangrijk aspect is om te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Medewerkers zouden graag zien dat zij meer tijd hebben voor de bewoners om bijvoorbeeld individuele activiteiten te kunnen doen, zoals een wandeling of om beter mee te kunnen gaan in de beleving van de cliënt. R6 zegt hierover het volgende: "Het is vaak, er is gewoon geen tijd voor om iets met de mensen te gaan doen." Aan R12 wordt de vraag gesteld wat nodig is om de levensstijl door te kunnen zetten, waarop geantwoord wordt: "Tijd. Ja, gewoon tijd eigenlijk." R12 geeft tevens aan dat de werkdruk binnen de zorg erg hoog ligt, zoals blijkt uit het volgende citaat:

Als je hier werkt is het gewoon hard werken, daar is niets mis mee, ik doe het heel graag. Maar je merkt het is gewoon, hurry-up de hele dag. Als je zelf niet denkt, ik heb zin in koffie, ik ga even zitten, dan gun jezelf de tijd ook niet hoor. Je moet echt denken het is 11:00 uur en ik ga even zitten. Dadelijk ga ik weer verder.

Een zorghulp geeft echter aan dat het voor hen gemakkelijker is om tijd te maken voor de cliënten, om bijvoorbeeld te wandelen met een cliënt. Dit komt doordat de zorg hulpen gemakkelijker kunnen schuiven met hun taken, zoals blijkt uit het volgende citaat:

Voor de verzorging is het moeilijk om de mensen mee te nemen naar buiten, want zij hebben de zorg over zes personen. Voor mij is het gemakkelijker, want ik doe van te voren echt heel snel datgene wat ik doen moet of naderhand. Ik kan er toch iets makkelijker mee schuiven.

Uit de observaties bij PG, maar in meerdere mate bij somatiek, is gebleken dat de zorgverleners gezamenlijk pauze houden. Hierbij zonderden zij zich af van de cliënten. Bij PG betekende dit dat de huisjes onbemand waren. Dit kan gezien worden als tijd die ook met de cliënten besteed zou kunnen worden. Een zorgverlener van somatiek geeft ook aan dat het eigenlijk een pauze is die samen met de cliënten moet worden doorgebracht. Dit komt op een manier over alsof het lijkt dat de zorgverleners het wel goed vinden om de pauze zonder cliënten te houden.

### **4.5.4 Sfeer**

Door de respondenten wordt sfeer ook gezien als een voorwaarde voor kwaliteit van zorg. Door een juiste sfeer zal de cliënt zich op zijn of haar gemak voelen en zal de zorgverlener gemakkelijker toelaten en kan er dus sneller gekomen worden tot welzijn van een cliënt. R6 zegt: "Zorgen dat mensen zich thuis voelen. Heel vaak is het toch dat mensen zoiets hebben van ik woon hier niet, ik voel mij hier niet thuis, dan hebben ze van wat doe ik hier."

Respondenten geven aan dat een goede sfeer bestaat uit een rustige en een huiselijke sfeer. Met een *rustige omgeving* wordt bedoeld dat het goed is dat er rust gecreëerd wordt voor de cliënten. R10 geeft bijvoorbeeld aan dat als een cliënt onrustig is dit effect heeft op de andere cliënten en zij dus tevens onrustig worden. Dit wordt beaamd door R13 die zegt: "Zij heeft het gevoel dat zij naar haar kinderen moet om te verzorgen, dan zie je ook dat ze met haar brood gaat lopen of met haar koffie of thee, want die moeten naar haar kinderen. Dat veroorzaakt heel veel onrust voor andere (...)." Dit is ten nadele van het welzijn van de cliënten.

Respondenten geven aan dat een *huiselijke sfeer* gecreëerd wordt door de eigen spullen die de cliënten mee mogen nemen naar het huis. Een eigen plek, ofwel een eigen kamer, leidt tevens tot het thuis gevoel. De aankleding van het huis wordt ook aangegeven als belangrijk punt om een huiselijke sfeer te creëren. Hierbij gaat het om de versieringen met de verschillende feestdagen, de versieringen bij de verschillende seizoenen, maar mede om een bloemetje op tafel en de sfeerverlichting die 's avonds aangedaan wordt door de zorgverleners. De inrichting van het huis heeft bovendien invloed op de huiselijke sfeer, aldus de respondenten. De respondenten van PG geven aan dat de geur van het eten dat gekookt wordt in de huisjes ook een huiselijke sfeer met zich meebrengt. Binnen de huisjes van PG leidt de hulp die gevraagd wordt aan de cliënten bij huishoudelijke taken mede tot een huiselijke sfeer.

#### 4.5.5 Kleinschalig wonen

Door de respondenten van PG wordt het kleinschalig wonen ook gezien als een omstandigheid die de kwaliteit van zorg ten goede komt. R3 antwoordt op de vraag wat haar zo aantrekt aan kleinschalig wonen het volgende:

Je bent meer bij de mensen, je hebt meer contact met de mensen. Je hebt een kleinere groep, je krijgt meer een band met de mensen vind ik. Wat je op een grotere afdeling wel mist. Daar heb je niet alle tijd voor die twintig bewoners. Nu heb je zes bewoners en dan kun je wel extra aandacht geven. Niet altijd alles, maar wel iets meer (...).

R12 geeft het volgende antwoord op de vraag wat het voordeel van kleinschalig wonen is:

Dat ik eigenlijk maar zes mensen heb waar ik mijn zorg voor heb die dag. Dat is eigenlijk wel genoeg. Als je echt een beetje aandacht wil geven, echt een beetje rust. Ook op wil letten dat ze goed eten of drinken of dat je.. ja dan is zes mensen wel max eigenlijk. (...) Maar als jij op een afdeling werkt met 20 of meer, ten eerste hebben ze al veel meer prikkels, veel drukker en alles loopt door elkaar heen. En dan heb je echt daar geen tijd voor. Dan heb je ook geen tijd als iemand zijn koffie morst tussendoor dat je denkt: 'ik doe even een andere broek aan'. Nu heb ik daar wel tijd voor. Of dan maak ik ook wel tijd. Dan kan je denken: 'ik breng iemand naar de wc dan doe ik het dan'. Op een grote afdeling denk ik dat je dat overzicht ook niet hebt. Nu ben je met mensen die je heel goed kent, dan weet ik dat ik redelijk goed van dat vindt ze fijn of niet, die wil dat of dat. En familie kent mij ook he. Dat is ook een groot voordeel.

In bovenstaand citaat worden een aantal voordelen genoemd, namelijk een rustige omgeving, meer tijd en het beter kennen van de cliënten. R10 beaamt dat door kleinschalig wonen de zorgverleners die cliënten beter kennen. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de zorgverleners meer tijd hebben door het kleinschalig wonen, zoals R3 en R10 aangeven.

Tijdens de observaties bij somatiek (geen kleinschalig wonen) heb ik gezien dat er meer verstoringen zijn in het zorgproces dat deze vooral veroorzaakt werden door de bel. De bel is een telefoon die afgaat als mensen verzorging nodig hebben of als de telefoon gaat. De mensen die verzorging nodig hebben moeten terug gebeld worden, zodat de zorgverlener aan kan geven dat de bel van de cliënt gehoord is en dat de zorgverlener eraan komt. Daarnaast komen er op deze telefoon mede andere telefoontjes binnen. Dit kunnen telefoontjes zijn van collega's, maar na 21:00 uur werd ook de buitenlijn doorgeschakeld naar deze telefoons. Bij de kleinschalige huisjes hoefden de bewoners niet te bellen, omdat er meestal een zorgverlener aanwezig was, aan wie zij hulp konden vragen. Het aantal verstoringen was bij PG dan ook minder dan bij somatiek, omdat de bewoners hier niet hoeven te bellen als zij verzorging nodig hebben. Dit ziet de zorgverlener in een kleinschalig huisje snel genoeg.

#### 4.5.6 Hulpmiddelen

Middelen wordt door de respondenten benoemd als belangrijk om goede zorg te kunnen verlenen. Hierbij gaat het om zorg technische hulpmiddelen, zoals passieve en actieve liften, maar ook om zorg technische hulpmiddelen die direct nodig zijn voor de verzorging, zoals incontinentiemateriaal, verbandmaterialen en zalfjes. R1 zegt bijvoorbeeld: "Qua materialen is het gewoon belangrijk dat alles voldoende aanwezig is." Op de vraag of deze voldoende aanwezig zijn, beaamt de respondent dit. Door de respondenten wordt echter wel aangegeven dat het team verantwoordelijk is voor het bijvullen van de zorg technische hulpmiddelen die nodig zijn voor de verzorging van de cliënten. Als deze niet bijgevuld worden dan treden er verstoringen op. R10 zegt: "Als ze de spullen maar bijvullen, dat is het belangrijkste." Ook zegt R10 het volgende: "Als collega's de bril niet op het nachtkastje leggen, dan kan je de bril niet vinden." Dit leidt tot een verstoring van het zorgproces, doordat de

zorgverlener op zoek moet naar de bril van de cliënt. Door de respondenten wordt niet aangegeven dat verstoringen belemmerd zijn in het werk, maar uit de observaties blijkt dat er wel degelijk verstoringen zijn in het werk en dat deze belemmerend werken. Met belemmerd werken wordt bedoeld dat deze een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg.

Leidinggevenden zijn verantwoordelijk voor het bestellen van de materialen, zoals de actieve of passieve lift. R11 zegt hierover het volgende: “Als ik iets nodig heb van mijn leidinggevenden en ik zeg bijvoorbeeld ‘we hebben een passieve lift nodig’. (...) Ik kan voor alles terecht en die zorgt dat het gebeurt.” Uit dit citaat wordt duidelijk dat de leidinggevende ervoor zorgt dat de materialen aanwezig zijn. R5 geeft wel aan dat het soms iets langer duurt voordat deze materialen er zijn, dit omdat deze besteld moeten worden.

Naast de meer zorg technische hulpmiddelen zijn er ook nog andere zorg hulpmiddelen te benoemen op basis van de interviews. Ten eerste wordt duidelijk uit de interviews dat het zorgplan belangrijk is. In dit zorgplan staan alle wensen en afspraken met de cliënten. Hierin staat ook wat achtergrondinformatie van de mensen, zoals waar ze gewoond hebben en of ze getrouwd zijn (geweest). Respondenten geven daarnaast aan dat er omgangsadviezen zijn voor (PG) bewoners en begeleidingsplannen. Deze omgangsadviezen of begeleidingsplannen helpen de zorgverleners bij het zorgproces; zij weten hoe zij het beste met bepaalde cliënten om kunnen gaan.

Tot slot noemen twee respondenten van somatiek ook nog het belang van computerondersteuning bij het werk. R5 geeft aan dat de computer belangrijk is, omdat daar de rapportages te lezen zijn. Als de zorgverlener een aantal dagen niet geweest is, is het van belang om deze rapportages te lezen, zodat je op de hoogte bent van de actuele situatie op de afdeling. R1 zegt: “Ligt de computer eruit en kan je ’s morgens je rapportage niet lezen, dat vind ik irritant.” Ook deze respondent geeft het belang van goede computerondersteuning aan. Deze respondent vraagt zich echter wel af of het niet handiger is om de rapportage op de ouderwetse manier te schrijven in het dossier van bewoners. Hierbij blijkt dat de respondent niet geheel positief is over het gebruik van computers. Tijdens de observaties is ook naar voren gekomen dat de zorgverleners van somatiek hun dienst begonnen met het lezen van de rapportages op de computer. Dit duurde ongeveer een half uur en werd gecombineerd met de overdracht van de nachtzuster.

## **4.6 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega’s/leidinggevenden/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

### **4.6.1 Inleiding**

Sociaal-emotionele ondersteuning kan worden opgesplitst in drie niveau, zie paragraaf 2.2. In deze paragraaf worden de sociaal-emotionele ondersteuning die medewerkers behoeven ook opgesplitst op deze drie niveaus. In subparagraaf 4.6.2 worden de behoeften aan sociaal-emotionele ondersteuning die medewerkers behoeven van de organisatie gepresenteerd, waarna in subparagraaf 4.6.3 het niveau van de leidinggevende aan bod komt en in subparagraaf 4.6.4 het niveau van de collega’s. In paragraaf 4.6.5 wordt tot slot ingegaan op de motivatie.

### **4.6.2 Organisatie**

Uit de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers minder gevoel hebben bij de ondersteuning vanuit de organisatie. Opvallend is dat deze ondersteuning vooral gericht is op taakondersteuning en meer materiële ondersteuning, zoals is gebleken uit paragraaf 4.5. De respondenten hebben twee soorten sociaal-emotionele ondersteuning van de organisatie genoemd, namelijk taakondersteuning en emotionele ondersteuning.

#### ***Taakondersteuning***

Bij taakondersteuning vanuit de organisatie gaat het vooral om hulp uit de organisatie middels expertise van professionals, zoals artsen, psychologen, diëtisten, logopedisten en fysiotherapeuten. R3 zegt bijvoorbeeld: “Dat is met medicijnen ook, als ze die niet willen dan probeer je het later nog eens of je overlegt met de arts (...).” R6 en R12 spreken over de psycholoog die ingezet kan worden, zoals blijkt uit de citaten: “We hebben de psycholoog ingeschakeld en er is gekeken hoe we het beste met haar om kunnen gaan” (R6) of “Gelukkig hebben we een fijne psycholoog die ons daarbij helpt” (R12).

Naast de expertise die vanuit de organisatie nodig is volgens de medewerkers, is door de respondent ook gevraagd naar de protocollen, omdat in het ondernemingsplan van BrabantZorg (2009) staat dat zij belast worden

door een overdaad aan voorschriften. Echter, R1 geeft aan dat de protocollen juist goed werken: “Eigenlijk alle protocollen werken goed (...). Je werkt via het protocol.” R5 geeft het volgende antwoord op de vraag of protocollen positief of juist belemmerend werken: “Ik denk dat het wel goede richtlijnen zijn voor mensen (...) als je die niet hebt dan wordt het natuurlijk een zootje, dan gaat iedereen lekker doen waar die zin in heeft.”

### *Emotionele ondersteuning*

Een respondent, namelijk R6, is de enige respondent die emotionele ondersteuning vanuit de organisatie belangrijk vindt. Hierbij gaat het om zowel gevraagde als ongevraagde emotionele ondersteuning. Het volgende citaat van R6 is een voorbeeld van gevraagde emotionele ondersteuning:

Een collega van mij zat in een dipje en zag het niet meer zitten. Ik zei: ‘Bel de psycholoog eens op, ik weet dat die in huis is, dan kun je er even mee praten’. Dat heeft ze gedaan en die is ook meteen gekomen. Zij hebben ruim twee uur gepraat en zij was ook echt opgelucht.

Echter, geeft de respondent ook in haar verhaal aan dat zij niet altijd gevraagde emotionele ondersteuning wil, maar soms ook emotionele ondersteuning geïnitieerd vanuit de organisatie. Zij geeft hierbij het voorbeeld over een bewoner waarbij het personeel en zij zich heel machteloos voelden, omdat deze bewoner continu aan het huilen en aan het schreeuwen was. Zij zegt het volgende over het begrip vanuit de organisatie die ontbrak: “(...) op dat moment miste ik heel erg het begrip van hogerop, ze kwamen niet vragen van goh hoe gaat het met jullie? (...) In die tijd had ik het fijn gevonden als af en toe vroegen van goh hoe gaat het met jullie?” Ik stelde de vraag waar dit begrip vandaan zou moeten komen. Hierop antwoordde de respondent dat zij vooral het begrip wilde van de psycholoog. Hierbij gaat het specifiek om ongevraagde emotionele ondersteuning, zoals blijkt uit het volgende citaat: “Ik denk als je er zelf naar toe was gegaan hadden ze voor je klaargestaan, maar het was fijn geweest als ze een keertje hadden gevraagd van goh hoe gaat het met je? Is het nog zwaar? Is het wel te doen?”

### **4.6.3 Leidinggevende**

Uit de interviews is naar voren gekomen dat collega's drie soorten sociaal-emotionele ondersteuning van hun leidinggevende behoeven, namelijk vertrouwen, taakondersteuning en emotionele ondersteuning.

#### *Vertrouwen*

Vertrouwen wordt door de respondenten aangegeven als iets dat zij belangrijk vinden qua ondersteuning van hun leidinggevende, zoals blijkt uit het citaat van R10: “Ik moet ook vertrouwen in mijn manager hebben (...)” Bij vertrouwen gaat er volgens de respondenten om dat de leidinggevenden naar ze luistert, dat je erop aan kunt en ook dat de leidinggevenden zijn of haar afspraken nakomen. Bij vertrouwen gaat het ook om vertrouwen van de leidinggevende dat de zorgverleners het werk naar beste inzicht uitvoeren en niet gaan voor het eigen belang, maar handelen in het belang van de cliënten.

Om vertrouwen te illustreren kan gebruik gemaakt worden van het verhaal van R5. Zij geeft het volgende antwoord op de vraag of zij vertrouwen verder uit kan leggen:

Oeh, dat vind ik even moeilijk. Ik heb namelijk een akkefietje gehad met mijn leidinggevende. Achteraf is het natuurlijk ook wel zo dat er dan een communicatiestoornis in zit, dat is dan al één. En dat ik het gevoel heb dat er niet goed geluisterd is, terwijl ik dan wat ik net al zei, ik neem het dan wel voor het team op en ik probeer dat dan met mijn manager duidelijk te maken dat er die dingen gebeuren en... heb wel gevraagd of dat zij dan het liefst binnen nu en twee dagen het team bij elkaar zou roepen om ons duidelijk te maken wat er allemaal gaande is. En vervolgens wordt daar dan niks mee gedaan en dan krijg je in die tussenliggende tijd, want er zaten twee weken tussen, dan gaat er gepraat worden en dan gebeuren er zo veel dingen. Ik denk van ja jongens, ik vind dat jullie er als managers nu bovenop moet springen, want anders loopt het uit de hand. En als dat dan niet gedaan wordt, en er worden dan bepaalde uitspraken gedaan en ik word op het matje geroepen en hier op een stoel neergezet als een klein kind. Dat gaat er bij mij niet in.

Bovenstaand citaat van R5 illustreert dat vertrouwen vooral inhoudt dat de leidinggevende naar de medewerkers luisteren en dat er actie ondernomen wordt wanneer een medewerker zijn of haar kop uitsteekt. Door deze gebeurtenis is het vertrouwen tussen de respondent en haar leidinggevende geschaad. De respondent geeft aan dat vertrouwen ook gaat om het naar de leidinggevende toestappen als er een probleem is. Zij zegt hierover het



volgende: “Ik heb toen ook gezegd van ‘joh, als ik nu een probleem heb, kom ik niet bij jou. Ja, hoezo niet?’ Ik zeg: ‘dan is mijn vertrouwen weg’.”

R6 zegt het volgende: “Toen ik in de ziektewet zat bijvoorbeeld zei ze: ‘Ik ga je niet elke dag of elke week bellen, dan heb je niet zoiets van ik moet weer opnemen. Je belt zelf maar wanneer je er aan toe bent’.” Dit citaat illustreert dat medewerkers het belangrijk vinden dat de leidinggevende vertrouwen in de zorgverleners hebben, dat als zij ziek zijn, zij ook daadwerkelijk niet kunnen werken. Met andere woorden, zorgverleners handelen in het belang van de organisatie, daar moet de leidinggevende op vertrouwen.

### *Taakondersteuning*

Bij taakondersteuning gaat het over uiteenlopende activiteiten om de medewerkers als leidinggevende te kunnen ondersteunen. R8 zegt bijvoorbeeld het volgende:

Zij heeft die rust, maar ook voor ons, als we ergens mee zitten dat we naar haar toe kunnen gaan dat, dat kan. Zij staat niet boven je. Zij staat op hetzelfde niveau. We zijn allemaal voor de mensen, we hebben elkaar gewoon nodig. Of je nou gediplomeerd bent of je bent manager of je bent zorg assistent of vrijwilliger, wij hebben elkaar nodig om het voor de mensen zo goed mogelijk te maken.

Zoals blijkt uit bovenstaand citaat gaat taakondersteuning vooral om steun die de medewerkers krijgen om het werk zo goed mogelijk uit te voeren. Duidelijk wordt dat binnen de locatie Katwijk de visie is dat iedereen er is voor de cliënten en dat zij zich samen in moeten zetten om de cliënt een zo goed mogelijk verblijf te geven. Om dit te bereiken vinden medewerkers het belangrijk dat ze bij de leidinggevende naar binnen kunnen lopen om te overleggen. R1 zegt: “Dat als je met bepaalde dingen zit dat je kunt overleggen.” R12 zegt het volgende: “Ik heb altijd het gevoel dat ik altijd terecht kan. Ik kan altijd bellen of ik kan even gewoon binnen lopen als de deur open staat. (...) Ook om even dingen te overleggen.” Ook geeft deze respondent aan: “En zeker met deze mevrouw wil je toch even goed overleggen. Dan denk ik van ‘goh, dat moet ik even kwijt, hoe zou zij dat doen?’ En dat kan zeker.” Echter, het gaat ook om fysieke hulp als er bijvoorbeeld sprake is van een krappe personeelsbezetting, zoals R11 aangeeft: “Als zij weet dat wij slecht staan, dan kom ze ons ook helpen. Dat kun jij je niet voorstellen.” Ook geeft de desbetreffende leidinggevende dit aan, zij zegt namelijk: “Ik doe ook dingen met bewoners, met grote activiteiten ben ik er ook altijd, want dat vind ik heel erg belangrijk (...) dan ga ik met bewoners wandelen, want als ik dat niet doe kan er een bewoner minder mee.”

Verder geven respondenten aan dat het bij taakondersteuning ook gaat om begeleiding van het team als daar problemen zijn. R10 zegt: “(...) daar is ze eigenlijk al mee bezig, zij weet ook dat communicatie niet goed is, wij willen daar ook wel wat aan doen, als zij dingen zegt dan komt het wel aan, maar niet altijd, na een tijdje is het wel hetzelfde. Alleen daarvoor.” Hierbij kan de leidinggevende een adviserende rol aannemen, zoals blijkt uit het citaat van R1: “Ze komt ook met dingen van zou je dat niet zo doen of zus, en dan denk ik van ‘oh ja, zo heb ik het nog niet bekeken’.”

### *Emotionele ondersteuning*

Emotionele ondersteuning gaat om het terecht kunnen bij de leidinggevende om hun emoties te delen, dit kan zowel over het werk gaan als over de privé situatie. R11 zegt: “Bij haar kun je overal mee terecht, ook als je iets privé heb (...)” Ook het citaat van R12 illustreert dit: “Of als ik ergens mee zit, dat gebeurt niet vaak, maar dat gevoel heb ik wel dat, dat kan.”

Bij het delen van de emoties is het belangrijk dat de leidinggevende begrip toont voor de medewerkers, zoals blijkt uit het citaat van R6:

De eerste dag dat ik vier uurtjes moest werken kwam ze ook even langs van ‘hoe gaat het met je?’ Ik zei dat ik heel veel pijn had en ze zei van morgen blijf je mooi thuis, je gaat niet de zorg in, je komt maar hoe het jou uitkomt. Gewoon het begrip, ik word begrepen en ik hoef me niet te haasten.

Emotionele ondersteuning gaat tot slot ook over een stukje waardering van de leidinggevende naar de medewerker toe, zoals blijkt uit het citaat van R3: “Er zijn verschillende onderzoeken geweest, dan vragen ze mij dan of ik... Dat doet toch wel iets met je.” Door de geïnterviewde wordt hierop de vraag gesteld of zij zich hierdoor gewaardeerd voelt. De respondent geeft aan dat dit het geval is.



#### 4.6.4 Collega's

In de interviews komt duidelijk naar voren dat er grote waarde aan het team, dus aan collega's, wordt gehecht. Het verschil in waardering voor de verschillende huisjes heeft te maken met het team. R13 geeft haar huisje een achtenhalf, terwijl ze andere huisjes een zeven geeft. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het team goed samenwerkt. Deze respondent zegt hierover het volgende: "(...) als wij niet goed zouden samenwerken, dan ketst dit zich terug op alle andere facetten." R12 geeft hierover aan:

Je moet elkaar in de waarde laten. Ik vind dat we echt een heel fijn team hebben en iedereen heeft zijn kwaliteiten. De ene is goed in dingen regelen en de andere is weer goed in de gesprekken met familie, en weer een ander die vindt het fijn om de huishoudelijke dingen heel netjes te doen. Dus iedereen heeft zijn eigen ding, daar moet je gebruik van maken van elkaar (...) Doordat je het van elkaar accepteert en respecteert dan versterk je dat.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat collega's drie soorten sociaal-emotionele ondersteuning van hun collega's behoeven, namelijk taakondersteuning, emotionele ondersteuning en advies.

##### *Taakondersteuning*

Collega's helpen elkaar door de hulpmiddelen op de juiste plek te leggen en aan te vullen. Hulp betekent volgens de respondenten ook elkaar helpen met het verzorgen van de cliënten. R10 zegt bijvoorbeeld: "Als ik in nood zit, als er in mijn huisje iets gebeurt, waardoor ik veel tijd aan een zorgvrager moet geven, omdat die ziek is, dat een andere collega mij komt helpen." En R3 geeft het volgende aan:

Op huisje 10 bleven mensen uitslapen, op huisje 8 kwamen er een stuk of vier hun bed uit tegelijk. Toen hebben we gezegd van we starten eerste op huisje 8, zodat ze daar klaar zijn en dan help ik mijn collega op huisje 10 en dan kan de zorghulp op huisje 8 toezicht houden op dat moment.

Hulp kan gezien worden als een onderdeel van taakondersteuning. Taakondersteuning is echter meer, zoals blijkt uit de interviews. Bij taakondersteuning gaat het namelijk ook om overleg en uitwisseling van informatie tussen collega's. Bij overleg gaat het om communicatie tussen collega's, dit kan gaan over uiteenlopende zaken, zoals cliënten en of zij hulp nodig hebben. De volgende citaten illustreren dit: "Dat je af en toe aan elkaar vraagt van gaat het? Hoe ver zijn jullie? Moet ik helpen?" (R10).

(...) We hebben er eentje die niet helemaal lekker is. Misschien is het wel een idee om haar 's morgens te wassen en aan te kleden en haar dan nog een uurtje in haar bed te leggen. Voordat we haar in de stoel zetten, want ze slaapt bijna de hele dag in de stoel. Dan vind ik wel dat je ook dat contact met elkaar moet hebben om (...) en zeggen van 'goh, kunnen we dat dan niet anders doen, moet dat niet zus of zo' (R5).

Het kan ook zijn als wij er op dat moment niet echt tijd voor hebben of het probleem ligt dieper. Dan geven we wel even een seintje aan de verzorging, van 'goh, houdt die meneer of die mevrouw even in de gaten, want ze is erg verdrietig om die en die reden'. Dan heb je twee die samenwerken. Wij tippen hun, maar het is ook vaak van hebben jullie niet even tijd. Laat dat maar liggen dan doen wij dat straks wel (R8).

Informatie wordt vooral overgedragen tijdens de overdracht momenten, hierbij gaat het om belangrijke informatie die collega's nodig hebben over de cliënten om de dienst goed te kunnen beginnen. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld ziekte, veranderingen in het medicijngebruik en familie. R5 zegt het volgende: "Of iemand zich niet lekker heeft gevoeld in een nachtdienst of in een ochtenddienst. Dat er een familielid is overleden of... er zijn zoveel dingen."

##### *Emotionele ondersteuning*

Naast taakondersteuning geven de respondenten aan dat emotionele ondersteuning ook belangrijk is. R1 zegt bijvoorbeeld: "Als je een rot dag hebt, is het toch wel heel fijn als een collega naar je luistert, is dat wel heel prettig." Ook een citaat van R6 illustreert dat emotionele ondersteuning belangrijk is: "Ook op het werk als je ergens mee zit dat je gewoon je verhaal kwijt kunt bij je collega's."

Bij emotionele ondersteuning gaat het om betrokkenheid naar elkaar, zowel over werkgerelateerde als privé onderwerpen. Zoals het citaat van R8 illustreert: "(...) als team zijn wij ook erg close, moeten we ook erg

betrokken zijn met elkaar.” Ook begrip tonen naar elkaar kan gezien worden als emotionele ondersteuning, zoals blijkt uit het citaat van R12: “Maar ook als je iets mee maakt wat impact heeft dan is het ook belangrijk dat je er met elkaar over kan praten. Dat je ook luistert naar elkaar. Want ik kan wel zeggen van ‘goh, vind je dat erg, pf...’ voor diegene speelt dat wel hè.”

### *Advies*

Ten derde is in het team het advies, zowel gevraagd als ongevraagd, belangrijk. Hierbij gaat het om elkaar ondersteunen als collega's niet weten wat ze in een bepaalde situatie moeten doen. Hierbij gaat het om gevraagd advies, zoals blijkt uit de volgende citaten: “Of dat je zegt: ‘Ik weet echt niet hoe ik hier mee om moet gaan, hoe doe jij dat?’ Dat je samen tot een oplossing kan komen” (R6). “Een collega kwam bij mij ‘Die mevrouw is niet goed’, dan ga ik meekijken” (R11).

Maar bij advies gaat het ook om ongevraagd advies geven, ook wel feedback geven. Uit de interviews komt naar voren dat dit binnen de locatie Katwijk een lastig punt is. Dit blijkt uit de volgende drie citaten: “Ze kunnen elkaar geen feedback geven, ze ergeren zich aan iets, maar dan zeggen ze dat niet tegen die persoon. Waarom heb je dit en dit niet gedaan? Maar er wordt wel gezegd, maar niet bij die persoon” (R10). “Als ik feedback krijg vind ik dat niet leuk, dat wil je niet horen. Het is maar net de manier waarop je het brengt. (...) Van bepaalde collega's kun je dat wel hebben maar van andere niet” (R13). “Ja, dan kan je naar iedereen toe, maar qua feedback is de een meteen dat je af en toe moet opletten tegen wie je wat zegt en op wat voor manier. Sommige voelen zich soms persoonlijk aangevallen (...)” (R13).

### *Slotwoord*

De onderzoeker veronderstelt dat taakondersteuning door de organisatie, de leidinggevende en collega's en advies van collega's kan leiden tot vaardigheden. Taakondersteuning door de leidinggevende en collega's bestaat uit hulp. Hulp kan gezien worden als directe hulp bij de verzorging, maar ook als het uitwisselen van taken en ideeën. Doordat medewerkers ideeën uitwisselen, leren ze ook van elkaar. Hierbij zullen de belangrijke vaardigheden benoemd in paragraaf 4.5 worden ontwikkeld.

### **4.6.5 Motivatie**

De onderzoeker heeft aangenomen dat zowel instrumentele als sociaal-emotionele ondersteuning leidt tot motivatie. Bij instrumentele ondersteuning kan dit geïllustreerd worden aan de hand van bijvoorbeeld waardering en *performance management*. Leidinggevendens stellen gezamenlijk met medewerkers doelen op. Als medewerkers een doel bereikt hebben, kunnen zij gewaardeerd worden omdat zij het bereikt hebben. Doordat medewerkers gewaardeerd worden neemt de onderzoeker aan dat zij meer gemotiveerd zijn om hun werk ‘goed’ te doen. Als het gaat om sociaal-emotionele ondersteuning kan dit geïllustreerd worden door bijvoorbeeld emotionele ondersteuning. Doordat de medewerker zijn of haar emoties kan delen, zal de medewerker niet worden afgeleid door externe factoren, maar zal meer gemotiveerd zijn om zijn of haar werk ‘goed’ uit te voeren.

Drie respondenten laten namelijk doorschemeren dat motivatie belangrijk is. Motivatie gaat om het oprecht interesse tonen in de cliënt. Maar ook de motivatie om bijvoorbeeld cliënten aandacht te geven, te leren kennen en een vertrouwensband op te bouwen. Tot slot gaat het om het humeur van de zorgverlener, deze moet geen negatief effect hebben op de kwaliteit van zorgverlening. R10 zegt bijvoorbeeld:

Ze moeten weten dat je klaar staat voor hen. Al weten ze na 10 minuten niet meer wat je hebt verteld, want ja ze weten het toch niet meer. Dan vallen ze terug in hun oude situatie, dan gaan ze het weer aan je vragen. Maar als je dan zoiets hebt van daar heb ik geen tijd voor... geen interesse toont dan blijven ze nog meer vragen (...).

Citaten van R1 en R12 illustreren dat het humeur geen effect mag hebben op het zorgproces, maar wellicht wel effect heeft op de ‘extra’ kwaliteit van zorg. “Het ligt er wel aan of je goed in je vel zit. Het is geen excuus, maar de ene dag heb je een betere dag dan een andere dag” (R1).

Het is ook maar net hoe je zelf bent. Als je een dag heel moe ben, dan denk je nou ik vind het wel goed, ik heb ze allemaal gewassen en aangekleed en ze zitten lekker aan de koffie en ik zorg dat ze genoeg eten en drinken krijgen en ik doe wat ik moet doen (R12).

Vooraf tijdens de observaties is naar voren gekomen dat motivatie belangrijk is. Zorgverleners moeten om bijvoorbeeld cliënten te leren kennen oprecht geïnteresseerd zijn in de cliënt. Maar ook gemotiveerd zijn om de cliënten de beste zorg te verlenen die zij kunnen. Oprechte interesse bleek uit het feit dat zorgverleners op ooghoogte van de cliënt gingen zitten als zij met hen aan het praten waren. Op mij is dit overgekomen alsof de zorgverlener oprecht geïnteresseerd is in de cliënt.

Leidinggevendens geven echter wel direct aan dat motivatie belangrijk is. “Je moet het wel willen” (R2), “Daar is voor nodig dat medewerkers oprecht geïnteresseerd zijn in een individu, in een cliënt als persoon (...)” (R2) of “toewijding” (R4). R4 geeft aan dat oprechte interesse blijkt uit het gedrag van medewerkers. Het gaat volgens deze respondent om het echt luisteren naar een bewoner. “Een medewerker kan bijvoorbeeld naast een bewoner gaan zitten, dit komt beter over dan met de deurklink in de handen staan”, aldus R4.

## **4.7 Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevendens nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

### **4.7.1 Inleiding**

In figuur 4.4 zijn de resultaten van de ondersteuningsbehoefte van de leidinggevendens schematisch weergegeven. In het figuur zijn zowel de instrumentele als de sociaal-emotionele ondersteuning weergegeven. Als het gaat om instrumentele ondersteuning, geven leidinggevendens HR praktijken en tijd aan. In subparagraaf 4.7.2 zal ingegaan worden op de HR praktijken. In subparagraaf 4.7.3 wordt ingegaan op expertise die leidinggevendens nodig hebben en tot slot in subparagraaf 4.7.4 komt tijd aan bod.

### **4.7.2 HR praktijken**

Als het gaat om HR praktijken worden diverse HR praktijken genoemd door respondenten, namelijk regelruimte en inspraak.

#### ***Regelruimte***

Een leidinggevende vindt regelruimte erg belangrijk. Zij zegt: “Ik run mijn eigen locatie en doe dat op mijn manier en weet wel dat mijn leidinggevende met mij meekijkt en uiteindelijk daarachter staat en anders wel eerder ingrijpt, zou ik maar zeggen. Ik kan best heel ver gaan met ideeën, met dingen proberen.” Hieruit blijkt dat de respondent deze regelruimte ook nodig heeft om de locatie Katwijk naar een hoger niveau te brengen. De andere leidinggevende (R4) vindt deze regelruimte minder belangrijk. Zij zegt: “Je hebt natuurlijk belangrijke dingen zoals ruimte en tijd (...). Door mij is aan R4 gevraagd of zij met ruimte ook regelruimte bedoelde. Dit bedoelde zij in eerste instantie niet, maar zij vond dit wel een belangrijk element, zoals blijkt uit het dit citaat: “Jazeker, die ruimte heb je nodig. Dat je daar ook de ruimte voor krijgt om daar op je eigen manier mee om kan gaan. Ik denk ook door fouten te maken, niet dat ik fouten wil maken, maar om af en toe tegen een muur aan te lopen is goed, daar word je niet slechter van.” Met andere woorden, wordt met regelruimte door de leidinggevendens bedoeld dat zij zelfstandig beslissingen mogen nemen en dingen uit mogen proberen.

#### ***Inspraak***

Door de regelruimte kan er gesteld worden dat de leidinggevendens ook inspraak hebben binnen de locatie Katwijk. Dit blijkt ook uit het citaat van R2: “Ik heb het gevoel en zo is het wel een beetje, dat ik heel veel in de locatie Katwijk kan doen en kan sturen en dat ik daar ook heel veel vrijheden in heb en er niet zo heel veel in word beperkt.” In dit citaat komt zowel inspraak als regelruimte naar voren. Inspraak heeft betrekking op de invloed die de leidinggevendens hebben bij het beleid dat binnen de locatie Katwijk, danwel BrabantZorg wordt gevoerd. Binnen de locatie Katwijk geven de leidinggevendens aan dat zij deze inspraak hebben, maar binnen BrabantZorg is dat een ander verhaal, zoals blijkt uit het citaat van R4: “Binnen Katwijk is die groter vind ik als binnen de organisatie (...). Binnen Katwijk is hij aanzienlijk, vooral binnen de afdeling.”

### **4.7.3 Expertise**

Leidinggevendens geven aan dat zij expertise nodig hebben van de organisatie. R2 zegt:

Uiteindelijk kan je het niet allemaal zelf. Ik heb niet voldoende kennis in huis om alles zelf te kunnen doen. Bijvoorbeeld nu gaan we intervisie opstarten met CCP-ers. Dan kan je naar cursussen en is er iemand die de intervisie voor mij leidt, want dat vind ik niet goed als ik dat ga doen, ik zit veel te veel in het systeem al. Wil het meerwaarde hebben, dan moet je daar iemand anders voor krijgen. Dat soort hulp eromheen is natuurlijk ook wel noodzakelijk. Maar ook dat is hetzelfde met P&O. Alle personeelszaken lopen via mij, daar heb ik niet heel veel kennis van hoe gaat het als iemand langdurig ziek is en hoe moet je dat allemaal doen. Je hebt daar ook wel hulp van nodig. Ook van faciliteiten, je hebt mensen nodig die daar kennis van hebben.

**Figuur 4.4: Ondersteuningsbehoefte leidinggevenden**



R4 beaamt dat zij expertise vanuit de organisatie nodig heeft. Hierbij gaat het om expertise zoals op het gebied van communicatie, P&O, salarisadministratie en financiële administratie.

Naast expertise hebben leidinggevenden ook behoefte aan overleg ofwel het hebben van een sparringpartner. R2 geeft aan dat dit naast regelruimte de belangrijkste ondersteuningsbehoefte is van haar. Bij sparren gaat het eigenlijk over overleg over vraagstukken. R2 zegt: “(...) sparren op alle vraagstukken die je hebt (...). Het ontwikkelen van ideeën. Hoe presenteer je dat in een team? Hoe ga je om met weerstand?” R4 geeft ook aan dat overleg belangrijk is, zoals blijkt uit het volgende citaat: “(...) ook wel onderling overleg, van goh hoe pak jij het aan? Als je iets moeilijk vindt dat je terecht kan bij collega’s.”

#### 4.7.4 Tijd

Eén respondent geeft tijd aan als belangrijk element als het gaat om instrumentele ondersteuning. R4 zegt: “(...) ruimte en tijd (...) dat je de tijd krijgt om dingen te ontwikkelen en tijd krijgt om je eigen ontwikkeling door te maken.” Uit dit citaat blijkt dat deze respondent het belangrijk vindt dat zij tijd krijgt om een ontwikkeling met haar team door te maken, maar ook zichzelf te ontwikkelen.

## 4.8 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

### 4.8.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de sociaal-emotionele ondersteuning die leidinggevenden nodig hebben van collega’s (andere leidinggevenden) buiten beschouwing gelaten, omdat dit buiten het kader van het onderzoek valt. In de vraagstelling wordt specifiek verwezen naar het hoger management en organisatie. Het is lastig gebleken om tussen hoger management en organisatie onderscheid te maken, omdat er leidinggevenden op twee niveaus zijn geïnterviewd. Hierdoor wordt ook dit onderscheid niet gemaakt. Er zal dus gesproken worden over ondersteuning

die leidinggevenden over het algemeen nodig hebben. Indien bekend is van wie zij die ondersteuning nodig hebben zal dit specifiek vermeld worden.

Leidinggevenden hebben twee vormen van sociaal-emotionele ondersteuningsbehoefte (zie figuur 4.4), namelijk vertrouwen en advies. Deze worden in de volgende subparagrafen nader uitgewerkt.

#### 4.8.2 Vertrouwen

Eén leidinggevende geeft aan dat zij vertrouwen vanuit de organisatie belangrijk vindt. R2 zegt: “Ook een stukje vertrouwen vanuit een organisatie.” Er is echter niet meer bekend over wat de respondent verstaat onder vertrouwen, doordat ik daar in het interview niet op door heb gevraagd.

#### 4.8.3 Advies

Tot slot geven twee leidinggevenden aan dat advies een belangrijke sociaal-emotionele ondersteuning is. R4 zegt:

Een stukje coaching vanuit de locatiemanager is ook belangrijk om je alert te maken op dingen die je zelf niet meer ziet of waar je helemaal in zit en niet meer uit komt. Dan kan het makkelijk zijn dat iemand er neutraal instapt en je handvaten geeft en je weer verder kan.

Buitenstaanders kunnen deze respondent helpen om weer op weg te komen en met een neutrale blik naar de afdeling te kijken. R2 beaamt dit en zegt: “Dat vind ik ook wel een hele mooie aanvulling en die kijken dan ook van een afstandje naar je locatie. Na drie jaar bekijk je niet alles meer even kritisch en scherp, dingen zijn ook normaal geworden voor mij.” Met andere woorden, de leidinggevenden willen advies over zaken die voor hen normaal zijn geworden, maar die voor buitenstaanders wel opvallen.

Nu alle resultaten met betrekking tot de locatie Katwijk zijn gepresenteerd zal tot slot in het vierde deel de resultaten worden weergegeven die voortgekomen zijn uit de synthese van de resultaten van de casestudie bij de locatie Katwijk en de casestudie bij de locatie Wielewaal. Hierbij gaat het specifiek om de resultaten behorende bij de tweede vraagstelling. Hierbij zal dezelfde indeling gebruikt worden als in het vorige deel. In paragraaf 4.9 wordt ingegaan op de instrumentele ondersteuning die medewerkers behoeven. Vervolgens wordt in paragraaf 4.10 ingegaan op de sociaal-emotionele ondersteuning die medewerkers behoeven. Vervolgens zal ditzelfde gedaan worden voor de behoefte aan ondersteuning door leidinggevenden. In paragraaf 4.11 zal in gegaan worden op de behoefte aan instrumentele ondersteuning van leidinggevenden en tot slot wordt in paragraaf 4.12 ingegaan op de sociaal-emotionele ondersteuning die leidinggevenden behoeven. Deze onderdelen vormen samen de resultaten van de tweede vraagstelling op organisatieniveau:

**Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**

## 4.9 Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

### 4.9.1 Inleiding

In tabel 4.1 zijn de overeenkomsten en verschillen qua instrumentele ondersteuningsbehoeften per locatie weergegeven. In subparagraaf 4.9.2 worden de overeenkomsten besproken, waarna in subparagraaf 4.9.3 de verschillen per locatie besproken worden.

**Tabel 4.1: Instrumentele ondersteuningsbehoeften medewerkers: overeenkomsten en verschillen**

Overeenkomsten	Verschillen	
	Locatie Wielewaal	Locatie Katwijk
HR praktijken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training en ontwikkeling               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rust</li> <li>○ Prioriteiten stellen</li> <li>○ Inlevingsvermogen</li> </ul> </li> <li>• Regelruimte</li> <li>• Medezeggenschap/inspraak</li> </ul> Tijd Ruimte (sfeer) Hulpmiddelen	HR praktijken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training en ontwikkeling               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anticiperen</li> </ul> </li> <li>• Beoordeling</li> </ul> Het minimaliseren van verstoringen Ruimte (fysieke omgeving)	HR praktijken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training en ontwikkeling               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observeren (PG)</li> </ul> </li> <li>• Waardering</li> <li>• <i>Performance management</i></li> </ul> Kleinschalig wonen

#### 4.9.2 Overeenkomsten

In tabel 4.1 is te lezen dat als het gaat om HR praktijken, training en ontwikkeling; regelruimte en inspraak/medezeggenschap bij beide locaties genoemd worden. Zowel bij de locatie Wielewaal als bij de locatie Katwijk wordt er gesproken over training en ontwikkeling. Daarbij gaat het om het volgen van cursussen voor vakken of functieverbreding. Bij de locatie Katwijk geven respondenten echter zelf aan dat zij behoefte hebben aan training en ontwikkeling, terwijl bij de locatie Wielewaal de interviewer dit onderwerp aansnijdt. Training en ontwikkeling wordt aan vaardigheden gekoppeld. Boselie (2010) geeft namelijk aan dat training en ontwikkeling een *ability practice* is en leidt tot verbeterde vaardigheden. Als er gekeken wordt naar de vaardigheden die respondenten noemen bij beide locaties, zijn rust, prioriteiten stellen en inlevingsvermogen vaardigheden die overeen komen. Bij rust gaat het er in beide casestudies om dat als de werkdruk hoog is de zorgverlener rustig moet blijven, ofwel niet gehaast moet zijn. Deze rust bij zorgverleners is van belang omdat dit doorwerkt op de cliënten; zij blijven/worden hierdoor ook rustiger. Bij beide locaties wordt prioriteiten stellen aangehaald. Hierbij gaat het om keuze maken. Binnen de locatie Wielewaal moet er vooral een keus gemaakt tussen de ene cliënt of de andere cliënt. Als er door meerdere cliënten gebeld wordt voor de verzorging, moeten de zorgverleners binnen de Wielewaal een keus maken welke cliënt meer prioriteit heeft. Bij de locatie Katwijk gaat het om een keus tussen de taak of de cliënt. Idealiter zal de keus gemaakt moeten worden voor de cliënt, maar zorgverleners ervaren weleens druk van collega's om toch voor de taak te kiezen. Als het gaat om inlevingsvermogen geven respondenten aan dat zorgverleners moeten handelen vanuit het perspectief van de cliënt. Kortom zorgverleners stappen als het ware in de cliënt.

Bij beide locaties wordt regelruimte genoemd. Hierbij gaat het om de speelruimte die zij krijgen van de leidinggevenden om op eigen initiatief 'dingen' te ondernemen. De beleving over de ervaren regelruimte verschilt echter. De respondenten van de locatie Katwijk ervaren voldoende regelruimte, terwijl respondenten van de locatie Wielewaal weinig regelruimte ervaren; wellicht onvoldoende. Binnen de locatie Wielewaal wordt er gesproken over medezeggenschap, dit komt echter overeen met inspraak, zoals bedoeld binnen de locatie Katwijk. Bij beide locaties gaat het om medezeggenschap/inspraak binnen de afdeling, danwel de locatie, maar niet binnen BrabantZorg.

Tijd is een element die bij beide locaties terug komt. Zowel bij de locatie Wielewaal als bij de locatie Katwijk wordt tijd gezien als de essentiële voorwaarde voor kwaliteit van zorg. Indien er tijd is voor de bewoners kan er aandacht gegeven worden en kunnen de wensen van de cliënten vervuld worden.

Sfeer (bij de locatie Wielewaal onderdeel van ruimte) wordt bij beide locaties genoemd als voorwaarde voor kwaliteit van zorg. Qua sfeer geven respondenten aan dat de sfeer invloed heeft op de gemoedstoestand van de cliënten. Een goede sfeer kan omschreven worden als rustig. De zorgverleners hebben hierin een sleutelrol, want zij kunnen door rust te bewaren een rustige sfeer creëren. Ook de inrichting bepaalt gedeeltelijk de sfeer, zoals de aankleding van de ruimte. Bij de locatie Katwijk wordt in dit verband gesproken over een huiselijke sfeer.

Bij beide locaties is hulpmiddelen teruggekomen als ondersteuningsbehoefte. Hierbij gaat het ten eerste om zorggerichte hulpmiddelen, zoals handdoeken, lakens, incontinentiematerialen, zalfjes, verbandmaterialen, glijzeilen en tilliften. Deze moeten voorradig zijn en naar behoren functioneren. Op basis van de resultaten van de locatie Wielewaal kan aangenomen worden dat de hulpmiddelen niet altijd voorradig zijn, danwel functioneren, omdat er een deel van de verstoringen ontstaan door het ontbreken van deze hulpmiddelen. Bij de locatie Katwijk



zijn er minimale verstoringen, waardoor aangenomen kan worden dat de hulpmiddelen voorradig zijn danwel functioneren. Bij beide locaties wordt het zorgplan aangehaald. In deze zorgplannen staan de wensen en afspraken met cliënten. Deze helpen de zorgverleners in de omgang met de cliënten. Bij de locatie Katwijk wordt ook aangegeven dat omgangsadviezen en begeleidingsplannen handige hulpmiddelen zijn. Op basis van de resultaten is hier binnen de locatie Wielewaal niets over vermeld.

### 4.9.3 Verschillen

Er zijn ook verschillen te onderkennen als het gaat om de instrumentele ondersteuningsbehoefte van medewerkers. Per locatie zal aangegeven worden welke behoeften aan ondersteuning respondenten anders hebben ten opzichte van de andere locatie.

#### *Locatie Wielewaal*

Als er gekeken wordt naar vaardigheden worden door de respondenten van de locatie Wielewaal één vaardigheid genoemd die niet benoemd is door respondenten bij de locatie Katwijk, namelijk anticiperen. Bij anticiperen gaat het om het voorzien van een situatie en daarnaar handelen. Als voorbeeld wordt daarbij gegeven dat een cliënt als eerste geholpen wordt. Deze bewoner wordt namelijk onrustig als zij om haar heen hoort dat andere cliënten verzorgd worden. Door te anticiperen op deze situatie wordt het welzijn van de desbetreffende cliënt verbeterd.

Een HR praktijk die respondenten bij de Wielewaal aangeven is beoordeling. Bij de Wielewaal zijn jaarlijks functioneringsgesprekken. Respondenten tillen niet zo zwaar aan deze gesprekken, maar ervaren het meer als een gesprek over hoe dingen gaan. Als door de interviewer gevraagd wordt naar de behoefte van een serieuzere beoordelingssystematiek, zijn de respondenten verdeeld. De ene groep respondenten geeft aan dat het goed is om te weten wat goede danwel verbeterpunten zijn, terwijl de andere groep respondenten aangeeft dat als zij verbeterpunten hebben, zij dit in de wandelgangen wel te horen krijgen.

Binnen de locatie Wielewaal wordt het zorgproces regelmatig verstoord, waardoor het minimaliseren van verstoringen een belangrijke ondersteuningsbehoefte is. Deze ondersteuningsbehoefte komt niet terug bij de locatie Katwijk, omdat daar klaarblijkelijk het zorgproces minder verstoord wordt. Oftewel de respondenten van de locatie Katwijk blijken geen hinder te ervaren door verstoringen. Binnen de Wielewaal wordt echter aangegeven dat de vele verstoringen een belangrijke weerslag hebben op het welzijn van de cliënten. Verstoringen van het zorgproces worden veroorzaakt door het misgrijpen van hulpmiddelen, het binnenlopen van collega's met vragen, de bel (verzorgingsbehoefte van cliënten, danwel de telefoon ten tijde van een gesloten receptie). Verstoringen kunnen, volgens respondenten van de Wielewaal, geminimaliseerd worden door ten eerste te anticiperen op een situatie. Als voorbeeld wordt gegeven dat als een cliënt gedoucht moet worden, de zorgverlener nakijkt of alle hulpmiddelen ter plekke zijn. Tevens kan aangegeven worden aan collega's dat een zorgverlener bezig is met de verzorging en niet gestoord wenst te worden. Aangegeven is dat dit voorheen gebeurde aan de hand van een lampje boven de deur. Deze zijn echter verwijderd. Om verstoringen door de bel te voorkomen wordt het volgende idee geopperd, namelijk een zorgverlener inzetten die enkel de korte zorgvragen beantwoord, zoals de toiletgang. Hierbij hoeft deze zorgverlener geen dagelijkse zorg te verlenen, zoals opstaan of naar bed gaan.

Tot slot wordt door de respondenten de ruimte aangehaald, waarbij het gaat om de fysieke omgeving en de sfeer. De fysieke omgeving gaat in eerste instantie om de beschikbare ruimte die zorgverleners hebben. Er kan gedacht worden aan de ruimte in de slaapkamers, toilet-, doucheruimtes en opberghokken. Uit de observatie en interviews is gebleken dat er binnen de locatie Wielewaal beperkte ruimte is. Er zijn bijvoorbeeld onvoldoende opberghokken, maar ook de slaapkamers van de cliënten zijn te klein. Cliënten hebben hier ook niet allemaal hun eigen kamer. Dit gaat ten koste van de privacy. Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat cliënten een eigen plek hebben om zich daar terug te kunnen trekken. Cliënten die op een tweepersoons kamer liggen hebben de minste privacy. Enkel een gordijn wordt gebruikt als afscheiding tijdens de verzorging. Respondenten geven aan dat cliënten tijdens het begin van hun verblijf hier moeite mee hebben. Eenmaal aan de situatie gewend, lijken de cliënten het 'wel best' te vinden. Dit kan zijn door acceptatie uit onmacht. Tot slot geeft de onderzoeker aan dat ook de hygiëne ook te wensen over laat bij de locatie Wielewaal. Hierover wordt echter door de respondenten niets gezegd.

### Locatie Katwijk

Als er gekeken wordt naar vaardigheden, wordt door de respondenten van de locatie Katwijk observeren aangehaald. Hierbij is vermeld dat de respondenten observeren een belangrijkere vaardigheid vinden bij PG dan bij somatiek. De onderzoeker heeft zich bij de locatie Wielewaal gericht op somatiek. Aangenomen kan worden dat dit de oorzaak is dat observeren niet door de respondenten van de Wielewaal benoemd is. Observeren is naar mensen kijken, naar hun lichaamstaal of de uitdrukking op het gezicht.

Leidinggevend van de locatie Katwijk geven twee HR praktijken aan die belangrijk zijn in de ondersteuning, namelijk waardering en *performance management*. Deze HR praktijken worden niet door de medewerkers genoemd. Twee leidinggevenden binnen de locatie Katwijk zijn ervan overtuigd dat zij hun medewerkers moeten waarderen als hen iets gelukt is. Bij waarderen gaat het in eerste instantie om immateriële zaken, maar ook materiele zaken kunnen als waardering gelden. Door een leidinggevend wordt *performance management* aangegeven als ondersteuningsmiddel. Hiermee wordt door de leidinggevende bedoeld dat er 'eisen' gesteld moeten worden aan medewerkers, ofwel doelen die behaald dienen te worden. Waardering kan plaatsvinden op basis van de behaalde doelen.

Tot slot wordt binnen de locatie Katwijk kleinschalig wonen aangehaald als voorwaarde voor kwaliteit van zorg. De afdeling PG gebruikt het concept van kleinschalig wonen<sup>15</sup>. Door kleinschalig wonen hebben de zorgverleners meer tijd voor de cliënten, waardoor zij de cliënten ook beter kunnen leren kennen. Ook een rustige omgeving is gemakkelijker te bewerkstelligen. Tevens is er door kleinschalig wonen minder verstoring door de bel. Het is niet verwonderlijk dat respondenten van de locatie Wielewaal kleinschalig wonen niet aanhalen, omdat daar niet op deze manier gewerkt wordt.

## 4.10 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevenden/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

### 4.10.1 Inleiding

In tabel 4.2 zijn de overeenkomsten en verschillen qua sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften per locatie weergegeven. In subparagraaf 4.10.2 worden de overeenkomsten besproken, waarna in subparagraaf 4.10.3 de verschillen per locatie besproken worden.

**Tabel 4.2: Sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften medewerkers: overeenkomsten en verschillen**

Overeenkomsten	Verschillen	
	Locatie Wielewaal	Locatie Katwijk
<b>Collega's</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taakondersteuning</li> <li>Emotionele ondersteuning</li> </ul> <b>Leidinggevende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vertrouwen</li> <li>Taakondersteuning</li> <li>Emotionele ondersteuning</li> </ul> <b>Motivatie</b>	<b>Collega's</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vertrouwen</li> </ul> <b>Leidinggevende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toegankelijkheid (=taakondersteuning)</li> </ul> <b>Organisatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betrokkenheid</li> </ul>	<b>Collega's</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Advies</li> </ul> <b>Organisatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taakondersteuning</li> <li>Emotionele ondersteuning</li> </ul>

### 4.10.2 Overeenkomsten

De overeenkomsten zullen per niveau besproken worden, waarbij eerst ingegaan zal worden op leidinggevenden en collegiaal niveau. Op organisatieniveau zijn er namelijk geen overeenkomsten te onderkennen.

#### Leidinggevende

Bij beide locaties is vertrouwen belangrijk, als het gaat om ondersteuning van de leidinggevende. Bij vertrouwen gaat het in beide gevallen over twee dingen, namelijk vertrouwen in de leidinggevende van de zorgverleners. Het gaat er hierbij om dat de leidinggevende luistert, dat de zorgverleners op de leidinggevende aankunnen en om het

<sup>15</sup> Voor een beschrijving van kleinschalig wonen, zie bijlage III.

nakomen van afspraken door de leidinggevenden. Anderzijds geven respondenten aan dat vertrouwen van de leidinggevende in hen belangrijk is. Hierbij gaat het erom dat leidinggevende inzien dat medewerkers het werk naar beste kunnen uitvoeren, in het belang van de cliënt.

De respondenten van zowel de locatie Wielewaal als de locatie Katwijk vinden het belangrijk dat zij altijd bij hun leidinggevende naar binnen kunnen lopen. Mandy Onwezen spreekt in dit geval over toegankelijkheid, terwijl ik over taakondersteuning spreek. Bij de locatie Katwijk gaat taakondersteuning echter verder dan toegankelijkheid. Hier is taakondersteuning ook de hulp die de medewerkers krijgen van de leidinggevende. De respondenten geven aan dat de leidinggevende in drukke periodes meehelpt in de zorg of dat zij meehelpt bij activiteiten. Mandy Onwezen spreekt ook over taakondersteuning. Hierbij gaat het om het teamoverleg dat georganiseerd wordt. Dit teamoverleg helpt om medewerkers op één lijn te krijgen, maar ook om van elkaar te leren. Bij de locatie Katwijk geven respondenten aan dat taakondersteuning van de leidinggevende ook inhoudt dat de leidinggevende het team begeleidt als er problemen zijn. Aangenomen kan worden dat het teamoverleg daar een geschikt moment voor is en er dus hetzelfde bedoeld wordt door de onderzoeker al door de respondenten van de twee locaties.

Tot slot geven respondenten van beide locaties emotionele ondersteuning aan als ondersteuningsbehoefte van de leidinggevende. Medewerkers willen terecht kunnen bij hun leidinggevende om hun emoties te delen, dit kan zowel gaan over het werk als over privé situaties.

### *Collega's*

Respondenten van beide locaties geven aan dat zij een grote waarde hechten aan het team en vooral aan de samenwerking binnen het team. Respondenten bij de locatie Wielewaal geven aan dat je het werk samen moet doen en dat je samen verantwoordelijk bent voor een groep cliënten. Een respondent van de locatie Katwijk beaamt dit door aan te geven dat je elkaar in de waarde moet laten. Deze respondent geeft aan dat iedereen zijn kwaliteit heeft en dat deze versterkt wordt door elkaar in de waarde te laten. Bij de locatie Katwijk wordt aangegeven dat samenwerking op verschillende facetten in de zorg ingrijpt. Overeenkomsten qua sociaal-emotionele ondersteuning zijn taak- en emotionele ondersteuning.

Bij taakondersteuning gaat het bij beide locaties om hulp bieden aan elkaar. Hierbij gaat het om elkaar helpen bij de verzorging van cliënten. Bij de locatie Katwijk bestaat taakondersteuning uit meer elementen dan de respondenten bij de locatie Wielewaal aangeven. Respondenten geven namelijk aan dat het bij taakondersteuning ook gaat om overleg en informatieoverdracht, ofwel communicatie tussen collega's.

Emotionele ondersteuning van collega's is bij beide locaties belangrijk. Bij beide locaties vinden de respondenten het fijn om bij collega's terecht te kunnen als zij ergens mee zitten (dit kan zowel werk als privé gerelateerd zijn). De respondenten van de locatie Katwijk geven aan dat het bij emotionele ondersteuning naast het delen van emoties ook gaat om betrokkenheid naar elkaar toe en om begrip hebben voor elkaar. Dit wordt door de respondenten van de locatie Wielewaal niet benoemd.

### *Motivatie*

In de resultaten van beide locaties komt motivatie naar voren. Met motivatie wordt bij de locatie Katwijk oprechte interesse tonen in de cliënt bedoeld. De gemoedstoestand van de zorgverlener heeft ook effect op de motivatie van deze zorgverlener. Als iemand gemotiveerd is om zijn of haar werk te doen, dan zal dat zich uiten in een positieve houding, ofwel de gemoedstoestand van de zorgverlener is positief. Dit wordt onderkend door zowel respondenten bij de locatie Wielewaal als bij de locatie Katwijk.

### **4.10.3 Verschillen**

Er zijn ook verschillen te onderkennen als het gaat om de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoefte van medewerkers. Per locatie zal aangegeven worden welke behoeften aan ondersteuning respondenten anders hebben ten opzichte van de andere locatie.

#### *Locatie Wielewaal*

Op organisatieniveau hebben respondenten binnen de locatie Wielewaal weinig behoeften aan sociaal-emotionele ondersteuning van de organisatie. Mandy Onwezen geeft als mogelijke reden aan dat de locatie Wielewaal pas sinds 1 januari 2011 onderdeel is van BrabantZorg. Daarnaast wordt aangegeven door Mandy Onwezen dat de respondenten niet verder kijken dan hun eigen afdeling. Er worden echter wel een ondersteuningsbehoefte

genoemd, namelijk betrokkenheid. Bij betrokkenheid gaat het om wederzijdse betrokkenheid. De organisatie moet betrokken zijn bij de locatie, maar de locatie moet ook betrokken worden bij de organisatie.

Op leidinggevend niveau is er een element anders dan bij de locatie Katwijk, namelijk toegankelijkheid. In subparagraaf 4.10.2 is echter aangegeven dat toegankelijkheid gezien kan worden als onderdeel van taakondersteuning.

Op collegiaal niveau wordt op de locatie Wielewaal gesproken over vertrouwen. Vertrouwen gaat in op het vertrouwen in elkaars deskundigheid. Als een collega bijvoorbeeld de verzorging van een cliënt overneemt, moet de zorgverlener er op kunnen vertrouwen dat deze cliënt ook van zijn of haar collega goede zorg krijgt.

#### *Locatie Katwijk*

Op organisatieniveau hebben respondenten van de locatie Katwijk twee ondersteuningsbehoeften, namelijk taakondersteuning en emotionele ondersteuning. Bij taakondersteuning gaat het vooral om hulp in de vorm van expertise uit de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan artsen, psychologen, diëtisten, logopedisten en fysiotherapeuten enzovoorts. Emotionele ondersteuning gaat volgens de respondenten om het begrip van de organisatie voor de medewerkers. Als voorbeeld wordt hierbij gegeven dat een bewoner niet lekker in haar vel zat en de hele dat hilde. Hierdoor voelden de medewerkers zich machteloos. Op dat moment miste de respondent het begrip vanuit de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan de vraag hoe het gaat met de medewerker.

Op collegiaal niveau wordt op de locatie Katwijk gesproken over advies. Bij advies wordt allereerste bedoeld op het advies inwinnen bij collega's over situaties waar onduidelijkheid over bestaat bij de zorgverlener. Maar het gaat bij advies ook om ongeraagd advies (ofwel feedback). Als een zorgverlener iets niet goed doet is het belangrijk dat collega's elkaar daar op aan kunnen spreken. Bij de locatie Wielewaal is door de onderzoeker feedback onder advies geplaatst. Door de onderzoekers wordt wel hetzelfde bedoeld.

## 4.11 Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

### 4.11.1 Inleiding

In tabel 4.3 zijn de overeenkomsten en verschillen qua instrumentele ondersteuningsbehoeften per locatie weergegeven. In subparagraaf 4.11.2 worden de overeenkomsten besproken, waarna in subparagraaf 4.11.3 de verschillen per locatie besproken worden.

**Tabel 4.3: Instrumentele ondersteuningsbehoeften leidinggevenden: overeenkomsten en verschillen**

Overeenkomsten	Verschillen	
	Locatie Wielewaal	Locatie Katwijk
HR praktijken • Regelruimte Ondersteunende diensten/expertise	HR praktijken • Opleiding en ontwikkeling	HR praktijken • Inspraak Tijd

### 4.11.2 Overeenkomsten

Als er gekeken wordt naar de overeenkomsten qua instrumentele ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden is er slechts een overeenkomst, namelijk regelruimte. Bij regelruimte gaat het over de vrijheid die leidinggevenden krijgen om naar eigen inzicht te handelen. Kortom, zelfstandig beslissingen mogen nemen en 'dingen' uit proberen.

Leidinggevenden binnen de locatie Wielewaal en de locatie Katwijk geven aan dat er behoefte is aan ondersteuning van de ondersteunende diensten in de vorm van expertise. Als er een vraag is op een specialisme binnen BrabantZorg zoeken de respondenten contact met deze specialisatie om te sparren.

### 4.11.3 Verschillen

Er zijn vooral verschillen te onderkennen als het gaat om de instrumentele ondersteuningsbehoefte van leidinggevenden. Per locatie zal aangegeven worden welke behoeften aan ondersteuning respondenten anders hebben ten opzichte van de andere locatie.

### *Locatie Wielewaal*

De leidinggevenden binnen de locatie Wielewaal hebben behoefte aan training en ontwikkeling. Aan de ene kant gaat dit om het volgen van cursussen. Aan de andere kant heeft een leidinggevende ook behoefte aan loopbaanbegeleiding.

### *Locatie Katwijk*

De leidinggevenden binnen de locatie Katwijk geven aan behoefte te hebben aan inspraak. De respondenten geven aan dat zij momenteel voldoende inspraak hebben, vooral binnen de locatie Katwijk.

Eén leidinggevende geeft aan dat tijd belangrijk is als het gaat om instrumentele ondersteuning. Hiermee bedoelt de respondent dat zij tijd krijgt om dingen te ontwikkelen en de tijd krijgt een persoonlijke ontwikkeling door te maken.

## **4.12 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

### **4.12.1 Inleiding**

In tabel 4.4 zijn de overeenkomsten en verschillen qua sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften per locatie weergegeven. In subparagraaf 4.12.2 worden de overeenkomsten besproken, waarna in subparagraaf 4.12.3 de verschillen per locatie besproken worden.

**Tabel 4.4: Sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften leidinggevenden: overeenkomsten en verschillen**

Overeenkomsten	Verschillen	
	Locatie Wielewaal	Locatie Katwijk
Advies/coaching	Taakondersteuning	Vertrouwen

### **4.12.2 Overeenkomsten**

Op beide locaties wordt het door leidinggevenden belangrijk gevonden om advies te krijgen, ofwel gecoacht te worden. Alleen het niveau waarvan de leidinggevenden advies willen verschilt per locatie. Binnen de locatie Wielewaal willen de leidinggevenden advies/coaching van gelijkwaardige collega's (op hetzelfde hiërarchische niveau), terwijl leidinggevenden van de locatie Katwijk advies/coaching willen van elk niveau (zij spreken over een buitenstaander). In veel gevallen zal dit de locatiemanager zijn voor de teammanagers.

### **4.12.3 Verschillen**

Er zijn ook verschillen te onderkennen als het gaat om de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden. Per locatie zal aangegeven worden welke behoeften aan ondersteuning respondenten anders hebben ten opzichte van de andere locatie.

### *Locatie Wielewaal*

De locatiemanager binnen de locatie Wielewaal geeft aan dat BrabantZorg tools aanbieden om de kernwaarden van BrabantZorg binnen de locatie vorm te geven. Dit wordt door de onderzoeker gezien als een vorm van taakondersteuning. Het gaat hier kortom om hulp vanuit de organisatie.

### *Locatie Katwijk*

Een leidinggevende binnen de locatie Katwijk geeft aan dat zij het vertrouwen vanuit de organisatie belangrijk vindt. Meer is er echter niet bekend over wat de respondent onder vertrouwen verstaat.

## Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie, aanbevelingen en reflectie

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal allereerst in paragraaf 5.2 een conclusie gegeven worden voor de casestudie bij de locatie Katwijk. Hierna zullen in paragraaf 5.3 de resultaten van de synthese afgezet worden tegen de literatuur, waarbij keuzes gemaakt zullen worden voor het uiteindelijke model. Dit model, ofwel de conclusie op organisatieniveau, zal weergegeven worden in paragraaf 5.4. In paragraaf 5.5 zullen aanbevelingen gegeven worden voor BrabantZorg, maar ook voor toekomstig onderzoek. Tot slot zal in paragraaf 5.6 een reflectie plaatsvinden van dit onderzoek.

### 5.2 Locatie Katwijk: Conclusie

#### 5.2.1 Inleiding

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de hoofdvragen op basis van de casestudie bij de locatie Katwijk. Hierbij zal niet meer ingegaan worden op de deelvragen, omdat deze al behandeld zijn in paragraaf 4.5 tot en met paragraaf 4.8. In subparagraaf 5.2.2 zal antwoord gegeven worden op de eerste vraagstelling: “Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevenden van BrabantZorg?”. In subparagraaf 5.2.3 zal daarna antwoord gegeven worden op de tweede vraagstelling: “Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega’s/ leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?”

#### 5.2.2 Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevenden van BrabantZorg?

De indicatoren die door medewerkers en leidinggevenden genoemd worden komen sterk met elkaar overeen. In tabel 5.1 zijn de overeenkomsten en verschillen aangegeven per component van kwaliteit (uitkomst- en proceskwaliteit). Allereerst zal er gekeken worden naar de uitkomstkwaliteit, waarna de proceskwaliteit onder de loep genomen wordt. Alleen de verschillen zullen worden besproken. Er zal beargumenteerd worden of deze indicatoren terug komen in de uiteindelijke lijst met indicatoren.

**Tabel 5.1: Uitkomst- en proceskwaliteit: overeenkomst en verschillen**

Uitkomstkwaliteit			Proceskwaliteit		
Overeenkomsten	Verschillen		Overeenkomsten	Verschillen	
	Medewerkers	Leidinggevenden		Medewerkers	Leidinggevenden
Rustige cliënt	Tevredenheid	Eigenwaarde	Individuele bejegening	-	Normen stellen
Verminderde hospitalisatie	Veiligheid		Vertrouwensband		
			Cliënt kennen		
			In waarde laten cliënt		
			Aandacht		

#### *Verschillen: uitkomstkwaliteit*

Als er gekeken wordt naar de uitkomstkwaliteit zijn er drie indicatoren die wel door medewerkers, maar niet door leidinggevenden genoemd zijn of vice versa, namelijk tevredenheid, veiligheid en eigenwaarde. Er zijn geen aanwijzingen gevonden om de indicator tevredenheid te laten vallen. Als er gekeken wordt naar veiligheid wordt dit slechts door twee respondenten aangehaald. Op basis van dit aantal kan aangenomen worden dat dit een minder belangrijke indicator is, waardoor deze indicator niet meegenomen wordt. Tot slot wordt eigenwaarde ook slechts door één respondent benoemd. Echter, geven andere respondenten ook indirect aan dat eigenwaarde belangrijk is. Zo wordt er door respondenten gezegd dat eigen inbreng leidt tot eigenwaarde. Daarom zal eigenwaarde meegenomen worden.



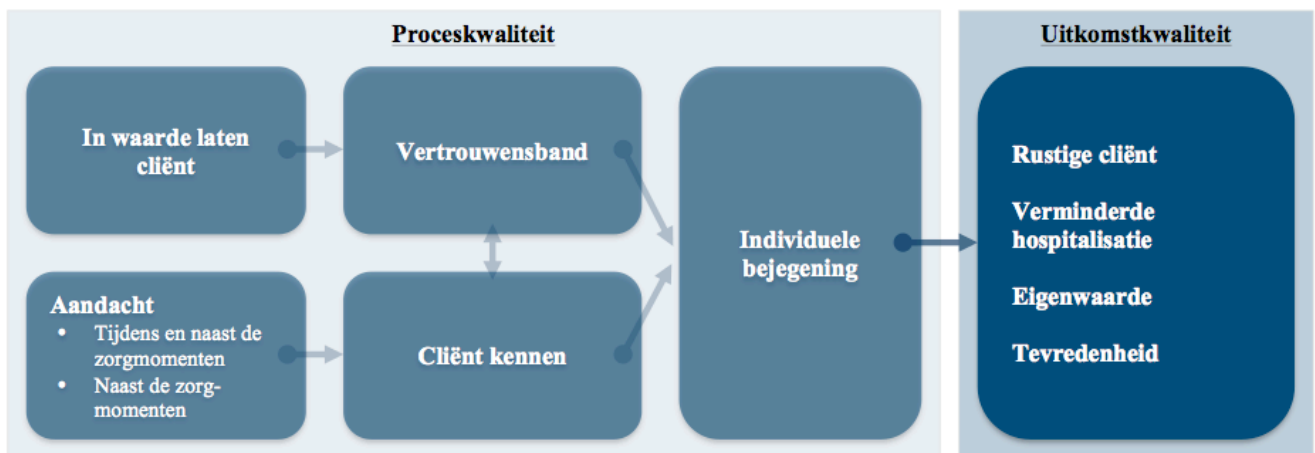
### ***Verschillen: proceskwaliteit***

Normen stellen is een indicator die slechts door één respondent benoemd is. Deze indicator is daarnaast benoemd door een leidinggevende, terwijl de veronderstelling is dat medewerkers beter in staat zullen zijn om te bepalen wat nodig is voor het welzijn van een cliënt, omdat zij dichterbij deze cliënt staan. Daarnaast is door de onderzoeker tijdens de laatste observatie navraag gedaan bij de observanten of normen stellen een indicator is. Hier antwoorden zij negatief op. Op basis van deze argumenten wordt deze indicator dan ook niet meegenomen. Leidinggevendens spreken over meegaan in de beleving als indicator. Dit wordt door medewerkers ook genoemd. Meegaan in de beleving kan echter gezien worden als het in waarde laten van de cliënt, zoals blijkt uit subparagraaf 4.3.3.

### ***Beantwoording van de vraagstelling***

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de indicatoren van kwaliteit van zorg zijn: rustige cliënt, verminderde hospitalisatie, eigenwaarde, tevredenheid, individuele bejegening, vertrouwensband, cliënt kennen, in waarde laten cliënt en aandacht. In figuur 5.1 zijn de indicatoren en hun onderlinge relaties overzichtelijk weergegeven.

**Figuur 5.1: Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevendens van BrabantZorg?**



Hieronder zullen deze indicatoren kort worden toegelicht:

1. *In waarde laten cliënt*: De mate waarin de zorgverlener respect toont (inclusief meegaan in de beleving), eerlijk is en zaken uitlegt danwel de cliënt informeert. Respect tonen verwijst naar het oprecht luisteren en serieus antwoord geven. Bij PG komt hierbij kijken dat zorgverleners meegaan in de beleving van de cliënt, waardoor zij zich gerespecteerd voelen. Eerlijkheid verwijst naar het verschaffen van de juiste informatie en dat de zorgverlener zich aan zijn of haar woord houdt. Tot slot gaat het bij uitleggen/informerend om informatie verschaffen die relevant is voor de cliënt.
2. *Aandacht*: Aandacht kan gesplitst worden in aandacht los van de zorgmomenten en aandacht naast de zorgmomenten. Aandacht tijdens en naast de zorgmomenten gaat om de mate waarin een zorgverlener contact maakt met de cliënt (bijvoorbeeld door een praatje), maar ook het bieden van ondersteuning als cliënten emotioneel zijn. Aandacht naast de zorgmomenten – ofwel ‘extra’ aandacht – verwijst naar de mate waarin zorgverleners een individuele activiteit met de cliënt onderneemt (bijvoorbeeld een wandeling of de krant lezen). Bij ‘extra’ aandacht kan het echter ook gaan om de mate waarin er gezamenlijke activiteiten ondernomen worden door zorgverlener samen met cliënten (bijvoorbeeld een spelletje of gezamenlijke eetmomenten).
3. *Vertrouwensband*: De mate waarin er wederzijds vertrouwen is tussen de zorgverlener en de cliënt. Drie elementen zijn in dit licht van belang, namelijk herkenning, ‘dingen’ voor elkaar te krijgen en het creëren van een veilig gevoel. Bij herkenning gaat het allereerst om de mate waarin de cliënt een zorgverlener herkent. Anderzijds verwijst herkenning naar de mate waarin de zorgverlener aan de gezichtsuitdrukking kan zien wat voor dag het vandaag is. Bij ‘dingen’ voor elkaar krijgen gaat het om bijvoorbeeld toch te proberen een cliënt te douchen, ondanks het feit dat de cliënt aangegeven heeft dat niet te willen. Tot slot wordt met het creëren van

een veilig gevoel gedoeld op de mate waarin een cliënt en/of zorgverlener zich veilig voelt in een bepaalde situatie.

4. *Cliënt kennen*: De mate waarin de zorgverlener een cliënt kent (in de breedste zin van het woord). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de achtergrond, praktische zaken, zoals wat een cliënt lekker vindt of juist niet, maar ook om het karakter. Specifiek bij PG wordt het ook belangrijk gevonden dat zij de non-verbale communicatie van cliënten herkennen ofwel begrijpen.
5. *Individuele bejegening*: De mate waarin de cliënt persoonlijk benaderd en/of behandeld wordt. Hiermee wordt onderkent dat elke cliënt verschillend is en ook op verschillende wijze benaderd en/of behandeld wil worden. Individuele bejegening bestaat uit drie elementen: de mate waarin de levensstijl wordt voortgezet, de mate van keuzemogelijkheid en de mate van eigen inbreng. De mate waarin de levensstijl wordt voortgezet is de mate waarin de gewoontes, rituelen en of routines van een cliënt worden voortgezet als hij of zij in het verzorgings-/bejaardenhuis komt. De mate van keuzemogelijkheden is de mate waarin een cliënt zijn of haar eigen keuzes mag maken. Tot slot verwijst de mate van eigen inbreng naar de zelfredzaamheid van de cliënt. Getracht wordt om een cliënt de dagelijkse algemene levensverrichtingen (bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken) zelfstandig te laten doen als hij of zij daartoe in staat is.
6. *Rustige cliënt*: De mate waarin de cliënt rust ervaart.
7. *Verminderde hospitalisatie*: De mate waarin routines en structuren die op de ‘automatische piloot’ door zorgverleners worden afgehandeld verdwenen zijn. Hierbij is het belangrijk dat de routines en structuren worden tegengegaan die geen (direct) positief effect hebben op de cliënt.
8. *Eigenwaarde*: De mate waarin de cliënt het idee heeft nog iets te kunnen betekenen voor zijn of haar omgeving.
9. *Tevredenheid*: De mate waarin de cliënt en/of familie tevreden is over de kwaliteit van zorg die geleverd wordt.

Hiermee is antwoord gegeven op de eerste vraagstelling voor de locatie Katwijk. In de volgende subparagraaf zal antwoord worden gegeven op de tweede vraagstelling voor deze locatie.

### **5.2.3 Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**

Op basis van de literatuur zijn er twee vormen van ondersteuning te onderkennen, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. Bij instrumentele ondersteuning gaat het om ondersteuning middels materiële en universele middelen (Vaux, 1988), inclusief HR praktijken. Sociaal-emotionele ondersteuning verwijst naar meer symbolische uitlatingen, zoals genegenheid en affectie (Vaux, 1988). Aan de hand van deze indeling zijn de ondersteuningsbehoefte van leidinggevenden en medewerkers geïnventariseerd. In figuur 5.2 is deze ondersteuningsbehoefte van zowel leidinggevenden, als medewerkers overzichtelijk weergegeven.

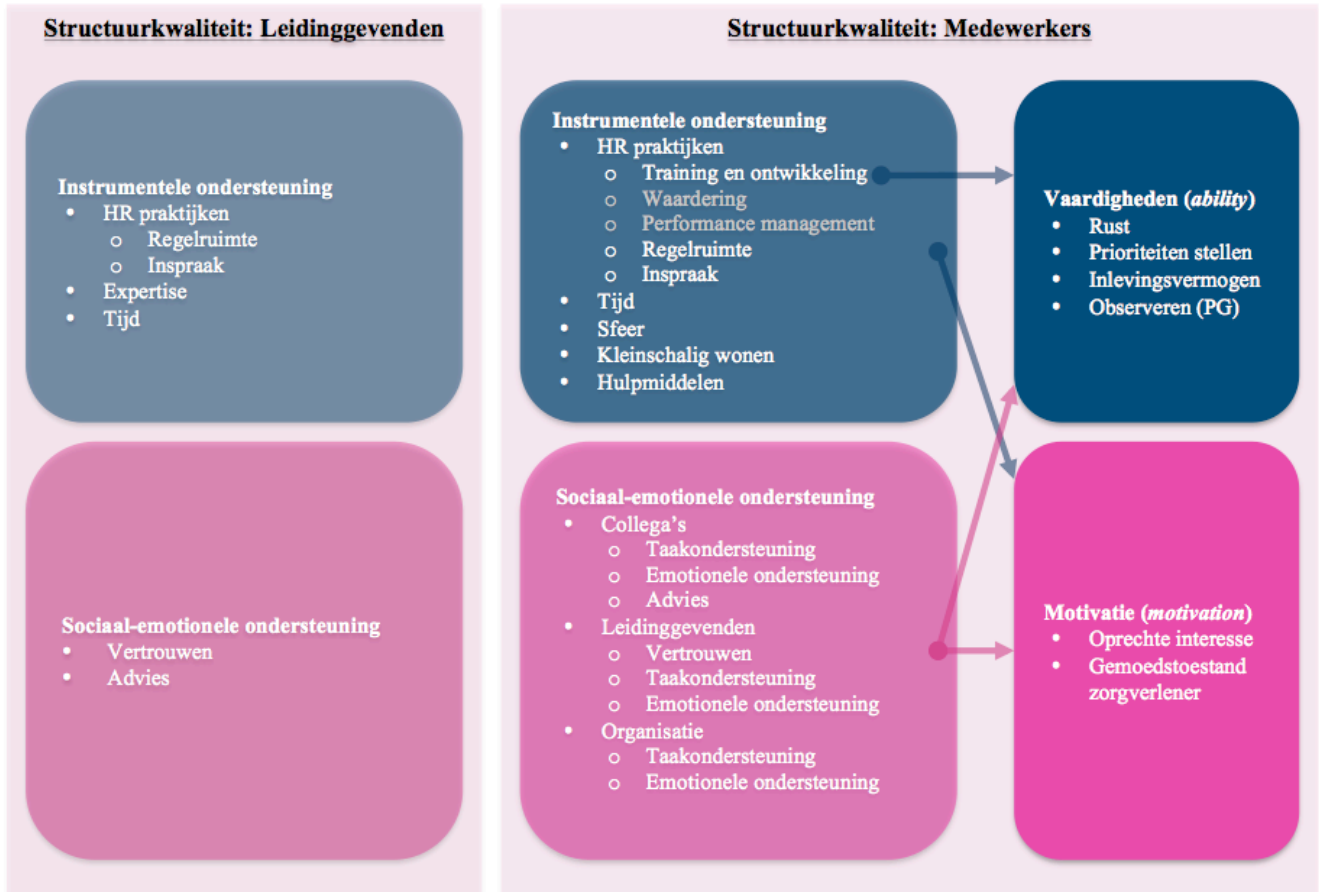
#### ***Instrumentele ondersteuning***

Leidinggevenden hebben behoeften aan de volgende instrumentele ondersteuning: HR praktijken (specifiek regelruimte en inspraak), expertise en tijd. Drie soorten instrumentele ondersteuningsbehoefte zijn overeenkomstig bij leidinggevenden en medewerkers. Allereerst twee HR praktijken, namelijk regelruimte en inspraak. Regelruimte verwijst naar de mate waarin leidinggevenden en/of medewerkers op basis van eigen kennis en kunde het werk uit kunnen voeren. Met inspraak wordt door leidinggevenden en/of medewerkers de mate bedoeld, waarin zij invloed uit kunnen oefenen op de werkorganisatie, specifiek op de locatie Katwijk. Daarnaast is tijd een ondersteuningsbehoefte die zowel leidinggevenden als medewerkers aangeven. Tijd verwijst specifiek naar de mate waarin er voldoende tijd is om het werk te doen of om een persoonlijke ontwikkeling door te maken (in het geval van leidinggevenden). Leidinggevenden hebben daarnaast behoefte aan expertise. Bij expertise gaat het om deskundig advies van een persoon die over een bepaald onderwerp veel kennis en ervaring heeft op een bepaald terrein.

Medewerkers hebben naast de twee HR praktijken en tijd nog andere instrumentele ondersteuningsbehoefte: een andere HR praktijk (specifiek training en ontwikkeling), sfeer, kleinschalig wonen en hulpmiddelen. Twee HR

praktijken worden door leidinggevenden aangedragen die medewerkers kunnen ondersteunen: waardering en performance management (in figuur 5.2 zijn deze grijs gekleurd):

**Figuur 5.2: Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**



1. *Training en ontwikkeling*: De mate waarin de medewerkers de mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen, door middel van cursussen en/of opleidingen.
2. *Waardering*: Met waardering wordt bedoeld waardering uitspreken als medewerkers 'iets' bereikt hebben. Dit kan door middel van een complimentje, maar ook middels een kleine financiële bijdrage.
3. *Performance management*: Met performance management wordt bedoeld dat leidinggevenden doelen (ofwel eisen) stellen aan de medewerkers. Als deze doelen behaald zijn kunnen de medewerkers gewaardeerd worden.
4. *Sfeer*: Door een juiste sfeer zal de cliënt zich op zijn of haar gemak voelen en zal deze zorgverlener gemakkelijker toelaten. Er kan dus sneller gekomen worden tot welzijn van een cliënt. Sfeer verwijst naar twee zaken, namelijk de mate waarin de omgeving rust uitstraalt en de mate waarin de omgeving huiselijk aanvoelt.
5. *Kleinschalig wonen*: Binnen de locatie Katwijk bestaat kleinschalig wonen uit wooneenheden van zes ouderen en een zorgverlener, waarbij een gezamenlijk huishouden gevoerd wordt. Elke cliënt heeft een eigen slaapkamer, waar de mogelijkheid is om eigen spullen te zetten.
6. *Hulpmiddelen*: De mate waarin hulpmiddelen aanwezig zijn of voorradig zijn en functioneren. Hulpmiddelen omvat allerlei zorg technische hulpmiddelen, zoals incontinentie materiaal, verbandmaterialen en liften. Maar ook hulpmiddelen die niet direct bij de zorg nodig zijn, zoals zorgplannen, begeleidingsplannen, omgangsadviezen, maar ook computerondersteuning.

Medewerkers noemen een aantal vaardigheden die hen helpen bij de zorg: rust, prioriteiten stellen, inlevingsvermogen en observeren (PG). Door de onderzoeker is aangenomen dat training en ontwikkeling en sociaal-emotionele ondersteuning in de vorm van taakondersteuning en advies gecorreleerd zijn aan deze

vaardigheden. Rust verwijst op het niet gehaast zijn van de zorgverleners, ongeacht de ervaren werkdruk. Met prioriteiten stellen gaat het om de keus tussen de cliënt of een taak. Inlevingsvermogen verwijst naar de mate waarin zorgverleners bij zichzelf nagaan hoe het zou voelen om die cliënt te zijn en wat zij in een bepaalde situatie prettig zouden vinden. Tot slot wordt het bij PG belangrijk gevonden dat medewerkers observeren. Bij observeren gaat het om het kijken naar de uitdrukking op het gezicht en/of de lichaamstaal van de cliënt.

### *Sociaal-emotionele ondersteuning*

Leidinggevenden hebben behoeften aan de volgende vormen van sociaal-emotionele ondersteuning: vertrouwen en advies. Vertrouwen verwijst naar het vertrouwen dat leidinggevenden krijgen van de organisatie. Bij advies gaat het om coaching van andere teammanagers of de locatiemanager – specifiek willen leidinggevenden een neutrale kijk op zaken.

Medewerkers hebben behoefte aan sociaal-emotionele ondersteuning van verschillende niveaus, namelijk organisatie, leidinggevenden en collega's. Op alle drie de niveaus willen zij taakondersteuning en emotionele ondersteuning. Taakondersteuning gaat allereerst om hulp. Hulp vanuit de organisatie middels expertise van professionals. Hulp door leidinggevenden, zodat de medewerkers hun werk goed uit kunnen voeren. Maar zij verwachten ook van de leidinggevenden dat zij het team begeleiden, bijvoorbeeld als er problemen zijn in het team. Van collega's verwachten medewerkers hulp (bijvoorbeeld door de hulpmiddelen op tijd bij te vullen), overleg en uitwisseling van informatie. Emotionele ondersteuning omvat tekenen van affectie en waardering. Van de organisatie verwachten medewerkers dat zij interesse tonen in hen als er bijvoorbeeld een moeilijke cliënt is. Emotionele ondersteuning door leidinggevenden omvat het delen van emoties over zowel werk- als privé gerelateerde onderwerpen. Door leidinggevenden verwachten medewerkers echter ook een stukje waardering voor het werk dat zij doen. Als het gaat om emotionele ondersteuning door collega's, gaat het tevens om het delen van de emoties over zowel werk als privé gerelateerde onderwerpen. Kortom een stukje betrokkenheid bij elkaar.

Van leidinggevenden verwachten medewerkers ondersteuning in de vorm van vertrouwen. Vertrouwen verwijst naar het feit dat leidinggevenden echt luisteren (ofwel oprechte interesse tonen in de medewerkers). Medewerkers willen daarnaast aankunnen op hun leidinggevenden. Medewerkers willen ook dat leidinggevenden hun afspraken nakomen. Bij vertrouwen gaat het echter ook om het vertrouwen dat de leidinggevende heeft in de medewerkers, dat zij hun werk naar beste kunnen uitvoeren.

Tot slot verwachten medewerkers van hun collega's een stukje advies. Hierbij gaat het allereerst om gevraagd advies. Gevraagd advies verwijst naar elkaar om hulp vragen bij problemen. Advies gaat ook om ongevraagd advies (ofwel feedback). Hierbij gaat het om elkaar feedback geven. Als een medewerker een taak niet naar behoren uitvoert, moet dit tegen elkaar gezegd kunnen worden.

### *Slotwoord*

Geconcludeerd kan worden dat zowel voor de medewerkers als voor de leidinggevenden van de locatie Katwijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning belangrijk zijn. Leidinggevenden hebben behoefte aan de volgende instrumentele ondersteuning: HR praktijken (specifiek regelruimte en inspraak), expertise en tijd. De sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden zijn vertrouwen en advies. Medewerkers hebben meer instrumentele ondersteuning nodig, namelijk de volgende HR praktijken: training en ontwikkeling, waardering, *performance management*, regelruimte en inspraak. Ook tijd, sfeer, kleinschalige woonvorm en hulpmiddelen zijn belangrijk als instrumentele ondersteuning. De sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van medewerkers zijn van collega's, leidinggevenden en de organisatie taak- en emotionele ondersteuning. Van collega's hebben ze daarnaast advies nodig en van leidinggevenden vertrouwen. Training en ontwikkeling en sociaal-emotionele ondersteuning leidt tot de belangrijke vaardigheden rust, prioriteiten stellen, inlevingsvermogen en observeren (PG). Hiermee is antwoord gegeven op de tweede vraagstelling voor de locatie Katwijk. In de volgende paragraaf zullen de resultaten van de synthese afgezet worden tegen de literatuur, ofwel de discussie.

## 5.3 Discussie

### 5.3.1 Inleiding

In deze discussie zullen de resultaten van de synthese tussen de resultaten van de casestudie bij de locatie Wielewaal en de resultaten van de casestudie bij de locatie Katwijk worden afgezet tegen de literatuur, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Op basis hiervan zullen een aantal keuzes gemaakt worden voor de ondersteuningsbehoeften van leidinggevend en medewerkers. In subparagraaf 5.3.2 worden syntheseresultaten met betrekking tot de instrumentele ondersteuningsbehoefte afgezet tegen de literatuur. Hierna zal in subparagraaf 5.3.3 de syntheseresultaten met betrekking tot de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoefte afgezet worden tegen de literatuur.

### 5.3.2 Instrumentele ondersteuning

Vaux (1988) geeft aan dat relaties zich ontwikkelen. Relaties beginnen met de uitwisseling van materiële en universele middelen (instrumentele ondersteuning), zoals goederen en diensten. Hechte relaties kenmerken zich echter door symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie (sociaal-emotionele ondersteuning). Bij de theorie van Vaux (1988) kunnen echter vraagtekens geplaatst worden. Vaux (1988) geeft indirect aan dat instrumentele ondersteuning niet meer nodig is bij een meer hechte relatie. Zowel theoretisch als praktisch kan kritiek op deze assumptie van Vaux (1988) gegeven worden. Theoretisch kan het AMO-model aangehaald worden. Het AMO-model veronderstelt dat gedurende de gehele relatie *opportunity* van belang is (Boxall & Purcell, 2008). Hierbij wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen de hechtheid van een relatie. Boxall en Purcell (2008) geven aan dat *opportunity* gaat om de vraag of de werkstructuren en omgeving voldoende ondersteuning en ruimte voor expressie bieden. Instrumentele ondersteuning die genoemd worden zijn: tijd, hulpmiddelen, minimale verstoringen, fysieke omgeving, kleinschalig wonen en sfeer. Hierbij gaat het om de omgeving. Volgens Boxall en Purcell (2008) gaat het hierbij om *opportunity*, want deze instrumentele ondersteuningsbehoeften hebben betrekking op de omgeving waarin de zorgverleners moeten werken. Er kan geconcludeerd worden op basis van de literatuur dat deze vormen van instrumentele ondersteuning leiden tot *opportunity to perform*.

Aan de hand van deze theoretisch overweging, kan geconcludeerd worden dat het AMO-model een andere assumptie heeft als Vaux (1988). Het AMO-model gaat ervan uit dat, ongeacht de hechtheid van de relatie, instrumentele ondersteuning belangrijk is, terwijl Vaux (1988) aanneemt dat een hechte relatie minimale instrumentele ondersteuning nodig heeft, maar vooral sociaal-emotionele ondersteuning. Mijn veronderstelling is dat instrumentele ondersteuning altijd belangrijk is. Indien een relatie hecht is en de instrumentele ondersteuning verminderd, zal een zorgverlener daar direct last van ondervinden in het werk. Een zorgverlener zal dan bijvoorbeeld vaker misgrijpen, omdat de hulpmiddelen niet op de plaats liggen of dat deze hulpmiddelen niet functioneren. Aangenomen kan worden dat de zorgverlener in dit geval niet voldoende heeft aan sociaal-emotionele ondersteuning om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren.

Ook praktisch kan er kritiek geleverd worden op de assumptie van Vaux (1988). In de zorg kan aangenomen worden dat er meer waarde gehecht wordt aan sociaal-emotionele ondersteuning, ondanks het feit of er aan de instrumentele ondersteuningsbehoeften voldaan is. De vooronderstelling dat sociaal-emotionele ondersteuning belangrijker zal zijn dan instrumentele ondersteuning kan gedaan worden, omdat werken in de ouderzorg gezien kan worden als een sociaal beroep. Als voorbeeld hiervoor kan gegeven worden dat er ouderen overlijden. Dit heeft in meer of mindere mate impact op de zorgverleners. Om hiermee om te kunnen gaan is emotionele ondersteuning belangrijk, waarbij het gaat om het delen van emoties. Het is ook belangrijk dat medewerkers elkaar steunen als cliënten in de war zijn of verdrietig. Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan verondersteld worden dat sociaal-emotionele ondersteuning ten alle tijden van belang is en niet alleen in een hechte relatie. Daarbij komt dat het financieel niet haalbaar is om eerst te voldoen aan de instrumentele ondersteuning, zoals de fysieke ruimte. Hiervoor zal een nieuw gebouw neergezet moeten worden. Gezien de bezuinigingen in de ouderenzorg kan verondersteld worden dat er te weinig financiële middelen zijn voor nieuwe gebouwen. Als de aanname van Vaux (1988) aangenomen wordt zal er echter gewacht moeten worden met sociaal-emotionele ondersteuning, totdat voldaan is aan de instrumentele ondersteuningsbehoeften. Gezien de externe omstandigheden zal dit nog lang duren. Dit is een praktische bezwaar om de aanname van Vaux (1988) te accepteren.

Als er gekeken wordt naar instrumentele ondersteuning is er in hoofdstuk 2 vooral aandacht besteed aan *high performance work practices* (HPWPs). HPWPs zijn HRM activiteiten die een bijdrage leveren aan de organisatieprestatie, specifiek voor dit onderzoek, kwaliteit van zorg (Huselid, 1995; Combs et al, 2006). Boselie (2010) noemt vijf HPWPs, namelijk (1) selectieve werving en selectie, (2) performance management, (3) (prestatiegerichte) beloning, (4) training en ontwikkeling en (5) medezeggenschap, inspraak en participatie.

In het onderzoek naar de instrumentele ondersteuningsbehoeften worden de volgende HRM activiteiten genoemd, namelijk training en ontwikkeling, regelruimte, medezeggenschap/inspraak, beoordeling en waardering en performance management. Op basis van de betekenis die Boselie (2010) aan de verschillende HRM praktijken geeft kan gesteld worden dat regelruimte en medezeggenschap/inspraak samengevoegd kan worden tot de vijfde HPWP van Boselie (2010), namelijk medezeggenschap, inspraak en participatie. Boselie (2010) geeft namelijk aan dat het hierbij gaat om het betrekken van medewerkers bij de besluitvorming. Middels regelruimte kan de medewerker op basis van eigen kennis en kunde het werk uitvoeren, waarbij zij speelruimte krijgt van de organisatie om op eigen initiatief 'dingen' te ondernemen. Dit kan gezien worden als een mate van betrokkenheid bij de besluitvorming. Op klein niveau mogen medewerkers namelijk zelf hun werkzaamheden inrichten. Tevens kunnen waardering en *performance management* worden samengenomen tot *performance management*, zoals bedoeld door Boselie (2010). *Performance management* gaat volgens Boselie (2010) om het maken van persoonlijke doelen voor medewerkers en om hen hierop controleren. Het controleren kan ook gezien worden als het waarderen van medewerkers als zij de doelen bereikt hebben, zoals naar voren komt uit het onderzoek. Beoordeling komt ook naar voren in de resultaten, maar respondenten zijn verdeeld over de effectiviteit van deze HRM activiteit. Doordat respondenten hierover verdeeld zijn zal deze ondersteuningsbehoefte niet meegenomen worden.

De eerste verwachting dat vier HPWPs (*performance management*, (prestatiegerichte) beloning, training en ontwikkeling en medezeggenschap, inspraak en participatie) belangrijk gevonden wordt door medewerkers is hiermee deels uitgekomen. Alleen (prestatiegerichte) beloning komt in mindere mate naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er binnen de ouderenzorg een cultuur bestaat waarbinnen prestatiegerichte beloning geen plaats vindt. Er is sprake van mensenwerk. Er wordt vooral een beroep gedaan op de intrinsieke motivatie om het werk uit te voeren. De zorg is hierdoor te duiden als een sociaal beroep. Tevens kan aangenomen worden dat prestatiegerichte beloning moeilijk haalbaar is door het ontbreken van de objectiviteit op basis waarvan de prestatiegerichte beloning vormgegeven kan worden. Dit wordt bevestigd door Coonen en Gankema (2005). Zij hebben onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre instellingen momenteel gebruik maken van de instrumenten personeelsbeoordeling, gedifferentieerde beloning en personeelsontwikkeling. Coonen en Gankema (2005) concluderen dat er twee belemmeringen zijn bij de toepassing van gedifferentieerde beloning in de zorg, namelijk de cultuur en het gebrek aan een objectieve basis. Met de objectieve basis wordt bedoeld op het objectiveren van prestaties om beloningsdifferentiatie te legitimeren.

Als er gekeken wordt naar deze HRM praktijken (training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie) geeft Boselie (2010) aan dat deze effect hebben op de *ability, motivation of opportunity to perform* (AMO). Training en ontwikkeling heeft specifiek effect op de vaardigheden (*ability*) van medewerker. *Performance management* heeft invloed op de motivatie van de medewerker. Tot slot heeft medezeggenschap, inspraak en participatie effect op de mogelijkheden (*opportunity*) om te presenteren. Dit AMO-model wordt gebruikt om te verklaren hoe HR praktijken effect hebben op de organisatieprestatie (Boxall En Purcell, 2008).

In de literatuur is bewijs te vinden dat de diverse HRM praktijken van elkaar afhankelijk zijn (Boselie, 2010). Uit onderzoeken is gebleken dat een minibundel van HRM praktijken leidt tot verbeterde organisatieprestatie. Een minibundel van HPWPs bestaat uit twee tot drie HRM activiteiten. Wanneer er sprake is van twee à drie HRM activiteiten die goed op elkaar zijn afgestemd (*alignment*), heeft de minibundel een positief effect op de organisatieprestatie (Boselie, 2010). Een voorbeeld van een minibundel die een positief effect heeft op de organisatieprestaties is de afstemming van de volgende HR-activiteiten: prestatiegerichte beoordeling, participatie en functieontwerp (Guest, Conway & Dewe, 2004; in Boselie, 2010). Aangenomen kan worden is dat de drie HPWPs (training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie) als bundel meer effect hebben op de kwaliteit van zorg dan afzonderlijk. Als training en ontwikkeling, *performance*



*management* en medezeggenschap, inspraak en participatie op elkaar afgestemd worden is er sprake van een dergelijke bundel. Een voorbeeld hiervan is dat als onderdeel van *performance management* doelen gesteld worden aan vaardigheden van zorgverleners. Belangrijk is dat de mogelijkheid van training en ontwikkeling geboden wordt om het doel te behalen. Kortom, de verschillende HRM activiteiten zullen elkaar niet moeten tegenspreken.

### 5.3.3 Sociaal-emotionele ondersteuning

In het theoretisch kader zijn vier vormen van sociaal-emotionele ondersteuning benoemd (op basis van Vaux et al., 1987; Harris et al., 2007; Shirey, 2004):

1. Emotionele ondersteuning omvat tekenen van waardering en affectie, zoals zorg, empathie, liefde en vertrouwen.
2. Taakondersteuning omvat hulp en de uitwisseling van taken en ideeën.
3. Informatieve ondersteuning omvat de uitwisseling van informatie die bijdragen aan het oplossen van problemen.
4. Advies/coaching, waarbij het gaat om het geven van informatie die relevant is voor zelfevaluatie maar ook informatie die bijdraagt aan het leren kennen van de organisatie richtlijnen en doelen en de richtlijnen en doelen van de professie, inclusief “organizational politics” (Harris et al., 2007:151).

Op collegiaal niveau blijkt uit de resultaten dat in ieder geval behoefte is aan taak- en emotionele ondersteuning. Daarnaast is er op de locatie Wielewaal behoefte aan vertrouwen van collega's. Op basis van de literatuur kan vertrouwen gezien worden als onderdeel van emotionele ondersteuning. Op de locatie Katwijk is aangegeven dat advies belangrijk is. Bij advies gaat het allereerst om het advies inwinnen bij collega's over situaties waar onduidelijkheid over bestaat bij de zorgverlener of om informatie inwinnen om problemen op te lossen. Maar het gaat bij advies ook om ongevraagde advies (ofwel feedback). Dus als een zorgverlener iets niet goed doet is het belangrijk dat collega's elkaar daar op aan kunnen spreken. Als dit vergeleken wordt met de literatuur, kan aangenomen worden dat het advies gezien kan worden als zowel informatieve ondersteuning als advies/coaching. Kortom, alle vier de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning komen in dit onderzoek terug als het gaat om ondersteuning door collega's. Dit komt overeen met de (tweede) verwachting van het onderzoek, waarin verwacht werd dat alle vier de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning (taak-, emotionele, informatieve ondersteuning en advies/coaching) door collega's aangeduid zouden worden als belangrijk.

De resultaten van dit onderzoek zijn, als het gaat om de ondersteuningsbehoeften van medewerkers door leidinggevend, vertrouwen, taak- en emotionele ondersteuning. Vertrouwen kan op basis van de literatuur gezien worden als een onderdeel van emotionele ondersteuning, aangezien het hierbij gaat om tekenen van affectie en waardering. Kortom, de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van medewerkers door leidinggevend zijn taak- en emotionele ondersteuning. Dit komt deels overeen met de derde verwachting van dit onderzoek. In dit onderzoek is informatieve ondersteuning niet naar voren gekomen, terwijl dit in de literatuur wel naar voren gekomen is. Uit het onderzoek blijkt dat medewerkers vooral met collega's informatie uitwisselen om problemen op te lossen. Medewerkers geven tijdens interviews ook aan dat vooral collega's belangrijk zijn. Zij zullen allereerst bij collega's informeren, alvorens zij naar de leidinggevende gaan. Klaarblijkelijk is het team in staat om zelfstandig problemen op te lossen, waardoor zij niet de ondersteuningsbehoefte hebben in de vorm van informatieve ondersteuning.

De vierde en laatste verwachting van het onderzoek was dat er twee vormen van sociaal-emotionele ondersteuning door de organisatie belangrijk zijn voor medewerkers, namelijk emotionele ondersteuning en advies/coaching. De resultaten van het onderzoek zijn echter afwijkend. Uit dit onderzoek is gebleken dat de locatie Wielewaal behoefte heeft aan betrokkenheid van en bij de organisatie, terwijl de locatie Katwijk taak- en emotionele ondersteuning benoemt. Betrokkenheid kan gezien worden als een onderdeel van emotionele ondersteuning. Het gaat bij betrokkenheid namelijk om het feit dat de locatie betrokken wordt bij de organisatie, dus dat zij op de hoogte zijn van wat er speelt binnen de organisatie. Maar het gaat er ook om dat de organisatie betrokken is bij de locatie, dus dat de organisatie weet wat er binnen de locatie speelt. Betrokkenheid kan op basis hiervan gezien worden als teken van affectie en waardering. Kortom, als het gaat om sociaal-emotionele ondersteuning door de organisatie is er behoefte aan taak- en emotionele ondersteuning. Deze uitkomsten komen

dus deels overeen met de vierde verwachting. In plaats van advies/coaching blijken medewerkers behoefte te hebben aan taakondersteuning in de vorm van expertise van ondersteunende diensten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan liggen aan de definitie van organisatie. Binnen dit onderzoek worden de ondersteunende diensten gezien als organisatie, terwijl in de literatuur niet duidelijk is wie precies bedoeld wordt met de organisatie. Dat advies/coaching niet vermeld wordt als ondersteuningsbehoeften verbaast mij niets. Hierbij gaat het allereerst om informatie die een bijdrage levert aan zelfevaluatie. De organisatie staat redelijk ver van de medewerkers af, waardoor aangenomen kan worden dat zij niet over de juiste informatie beschikken om medewerkers te helpen bij zelfevaluatie. Het is echter wel mogelijk en waarschijnlijk dat de organisatie informatie verschaft die bijdraagt aan het leren kennen van de organisatie richtlijnen en doelen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zijn medewerkers niet geïnteresseerd in deze informatie. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden door de cultuur die binnen de (ouderzorg)zorg bestaat. Generaliserend kan gezegd worden dat medewerkers in de zorg zijn gegaan om voor anderen te zorgen, hierbij is het ondergeschikt wat het beleid van de organisatie is.

Het is ook mogelijk, net als bij de instrumentele ondersteuning, om de sociaal-emotionele ondersteuning te koppelen aan het AMO-model (Boxall & Purcell, 2008). Zoals beschreven is in het theoretisch kader gaat het er bij *ability* om dat medewerkers het *kunnen*, omdat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikken. Bij *motivation* gaat het er om dat medewerkers het werk *willen* doen, omdat zij voldoende geïnteresseerd zijn en gestimuleerd worden. *Opportunity* gaat om de vraag of de werkstructuren en omgeving voldoende ondersteuning biedt en ruimte voor expressie (Boxall & Purcell, 2008). Op basis van deze beschrijving van de componenten van het AMO-model, kan aangenomen worden dat sociaal-emotionele ondersteuning allereerst leidt tot motivatie. Doordat medewerkers het gevoel hebben voldoende ondersteund te worden willen zij 'iets' terug doen voor deze ondersteuning (Vaux, 1988). Hierdoor worden zij gestimuleerd en willen zij het werk doen. Dit staat centraal bij motivatie, zoals bedoeld in het AMO-model. Sociaal-emotionele ondersteuning leidt echter ook tot *opportunity*, want daarbij gaat het om de vraag of de omgeving voldoende ondersteuning en ruimte voor expressie bieden. Wayne et al. (1997) veronderstellen dat een goede sociaal-emotionele relatie leidt tot meer vrijheid en ruimte. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat sociaal-emotionele ondersteuning leidt tot een betere relatie en dat dit zal leiden tot meer ruimte voor expressie van medewerkers (*opportunity*).

Zoals reeds vermeld is kan aangenomen worden dat medewerkers in de zorg vooral behoefte hebben aan sociaal-emotionele ondersteuning. Dit blijkt ook uit dit onderzoek. Medewerkers behoeven vooral ondersteuning op twee niveaus, namelijk ondersteuning door leidinggevenden en collega's. Leidinggevenden in de ouderenzorg staan onder druk. Aan de ene kant moeten zij de strategische doelstelling op korte termijn bereiken, terwijl zij aan de andere kant werknemers moet werven, trainen en behouden om de prestaties op de langere termijn te handhaven. Om leidinggevenden te ondersteunen in deze situatie, is een omgeving die ruimte biedt aan leidinggevenden om te handelen belangrijk (Winslow et al., 2009; Knies & Leisink, 2009). Leidinggevenden hebben dus een centrale rol binnen ouderenzorginstellingen om medewerkers te ondersteunen en te komen tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Maar is deze ruimte er wel binnen de context van de ouderenzorg? De ouderenzorg is de laatste jaren hervormt. Deze hervorming is geïnspireerd door het *new public management*. Dit heeft geleid tot kostenbeheersing, prestatiedoelen, meer *management control* en minder discretionaire ruimte voor lijnmanagers (Knies & Leisink, 2009). Aan de ene kant hebben leidinggevenden meer ruimte nodig om werknemers te ondersteunen, terwijl zij aan de andere kant te maken hebben met meer management control en minder discretionaire ruimte van de organisatie. Sociaal-emotionele ondersteuning in de vorm van emotionele ondersteuning waarbij het gaat om tekenen van affectie en waardering lijken in mindere mate afhankelijk te zijn van de discretionaire ruimte van leidinggevenden. Een leidinggevende kan altijd interesse tonen in zijn of haar werknemers, omdat het gaat om interactie die weinig afhankelijk is van de discretionaire ruimte van de leidinggevende. De mate waarin dit gebeurt is echter wel afhankelijk van de werkdruk van de leidinggevenden; de leidinggevende moet wel tijd nemen of hebben om met werknemers in gesprek te gaan (Knies & Leisink, 2009). Dit lijkt een probleem te zijn binnen de ouderenzorg, omdat de werkdruk van leidinggevenden hoog lijkt te zijn. Deze werkdruk wordt verhoogd door de externe ontwikkelingen zoals de bezuinigingen. Als het echter gaat om de HR activiteiten die de medewerkers ondersteunen, kan aangenomen worden dat dit wel afhankelijk is van de discretionaire ruimte van de leidinggevende. Bijvoorbeeld de leidinggevende moet financiële middelen krijgen om een medewerker te voorzien in een ontwikkelingsbehoefte. Dit heeft te maken met de discretionaire ruimte

van de leidinggevende. HRM is echter wel belangrijk binnen dienstverlenende organisaties, omdat de prestaties van de organisatie afhankelijk zijn van de kwaliteit en motivatie van medewerkers (Knies & Leisink, 2009). Aangenomen kan worden dat leidinggevendenden de ruimte moeten krijgen om HRM activiteiten uit te voeren. Maar ook dat leidinggevendenden worden ondersteund door middel van gedegen HRM beleid.

Als met al kan aangenomen worden dat de context van de zorg nog niet voldoende de mogelijkheid biedt aan leidinggevendenden om aan de ondersteuningsbehoeften van medewerkers te voldoen, aangezien zij te veel werkdruk lijken te hebben om medewerkers emotioneel te ondersteunen. Daarnaast krijgen leidinggevendenden in de huidige context te weinig discretionaire ruimte van de organisatie. Deze ruimte is wel nodig wil de leidinggevende in staat zijn om de medewerkers te ondersteunen. Tot slot geven Knies en Leisink (2009) naast discretionaire ruimte aan dat leidinggevendenden de vaardigheden moet hebben om medewerkers te ondersteunen en zij moeten dit ook willen. Dit is een belangrijke noot als het gaat om de aanbevelingen die gegeven kunnen worden aan BrabantZorg.

Nu de resultaten van de synthese afgezet zijn tegen de literatuur en overdenkingen zijn gepresenteerd kan op basis van deze informatie een conclusie gegeven worden op de tweede vraagstelling:

**Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevendenden/organisatie en leidinggevendenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**

## 5.4 BrabantZorg: Conclusie

### 5.4.1 Inleiding

Voordat een conclusie gegeven zal worden op de centrale vraagstelling, zal allereerst antwoord gegeven worden op de deelvragen. De eerste twee deelvragen zijn reeds beantwoord in hoofdstuk 2. In subparagraaf 5.4.2 zal antwoord gegeven worden op de derde deelvraag: "Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?" In subparagraaf 5.4.3 zal de vierde deelvraag beantwoord worden: "Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevendenden/ organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?" Vervolgens zal in subparagraaf 5.4.4 en subparagraaf 5.4.5 deze vragen beantwoord worden voor de ondersteuningsbehoeften van leidinggevendenden. Tot slot zal in subparagraaf 5.4.6 antwoord gegeven op de centrale vraagstelling.

### 5.4.2 Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat medewerkers de volgende instrumentele ondersteuning nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Fysieke omgeving*: De beschikbare ruimte die de zorgverleners of de cliënten hebben. Hierbij kan gedacht worden aan de ruimte in de slaapkamer, toilet-, doucheruimtes en opberghokken. Het is bij de fysieke ruimte ook belangrijk dat elke cliënt een eigen kamer heeft.
2. *Hulpmiddelen*: De mate waarin hulpmiddelen aanwezig of voorradig zijn en functioneren. Hulpmiddelen omvat allerlei zorg technische hulpmiddelen, zoals handdoeken, lakens, incontinentie materiaal, verbandmaterialen en tilliften. Het gaat echter ook om hulpmiddelen die niet direct bij de zorg nodig zijn, zoals zorgplannen, begeleidingsplannen en omgangsadviezen.
3. *Het minimaliseren van verstoringen*: Het aantal verstoringen, veroorzaakt door bijvoorbeeld het misgrijpen van hulpmiddelen, het binnenlopen van collega's met vragen en de bel, terugdringen.
4. *Tijd*: De mate waarin de zorgverlener de gelegenheid krijgt om een cliënt te bejegenen.
5. *Kleinschalig wonen*: Kleinschalig wonen zijn wooneenheden van zes ouderen en een zorgverlener, waarbij een gezamenlijk huishouden gevoerd wordt. Elke cliënt heeft een eigen slaapkamer, waar de mogelijkheid is om eigen spullen te zetten.

7. *Sfeer*: Door een juiste sfeer zal de cliënt zich op zijn of haar gemak voelen en zal hij of zij de zorgverlener gemakkelijker toelaten. Er kan dus sneller gekomen worden tot welzijn van een cliënt. Sfeer verwijst naar twee zaken, namelijk de mate waarin de omgeving rust uitstraalt en de mate waarin de omgeving huiselijk aanvoelt.
6. *HR praktijken*:
  - a. Training en ontwikkeling: De mate waarin de medewerkers de mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen, door middel van cursussen en/of opleidingen.
  - b. Performance management: Met performance management wordt bedoeld dat leidinggevenden doelen stellen aan de medewerkers. Als deze doelen behaald zijn kunnen de medewerkers gewaardeerd worden.
  - c. Medezeggenschap, inspraak en participatie: de mate waarin medewerkers op basis van eigen kennis en kunde het werk uit kunnen voeren en invloed uit kunnen oefenen op de werkorganisatie.

#### **5.4.3 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's/leidinggevenden/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

Drie niveaus zijn er te onderkennen als het gaat om sociaal-emotionele ondersteuning, namelijk collega's, leidinggevenden en organisatie. De ondersteuningsbehoeften van medewerkers worden op basis van deze niveaus uiteengezet.

##### ***Collega's***

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat medewerkers de volgende sociaal-emotionele ondersteuning door collega's nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Taakondersteuning*: Collega's willen hulp van elkaar door middel van bijvoorbeeld hulp bij het verzorgen van cliënten, maar ook de uitwisseling van taken en ideeën is van belang.
2. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de emoties gedeeld kunnen worden met collega's, zowel over werk- als privé gerelateerde onderwerpen. Hierbij is vertrouwen een belangrijk onderdeel; collega's moeten elkaar kunnen vertrouwen, bijvoorbeeld vertrouwen in elkaars deskundigheid. Kortom tekenen van waardering en affectie.
3. *Informatieve ondersteuning*: Omvat de uitwisseling van informatie die bijdrage levert aan het oplossen van problemen.
4. *Advies/coaching*: De mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie.

##### ***Leidinggevenden***

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat medewerkers de volgende sociaal-emotionele ondersteuning door leidinggevenden nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Taakondersteuning*: Omvat de mate van hulp van de leidinggevenden aan collega's, waarbij het vooral gaat om de uitwisseling van ideeën.
2. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de emoties gedeeld kunnen worden met de leidinggevende, zowel over werk- als privé gerelateerde onderwerpen. Vertrouwen is hierbij een belangrijk onderdeel. Medewerkers willen dat leidinggevenden 'echt' luisteren, dat ze erop aan kunnen en dat afspraken door leidinggevenden worden nagekomen.

##### ***Organisatie***

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat medewerkers de volgende sociaal-emotionele ondersteuning door de organisatie nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Taakondersteuning*: Omvat de hulp in de vorm van expertise van bijvoorbeeld artsen, psychologen en fysiotherapeuten.
2. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de organisatie begrip toont in de medewerkers.

#### **5.4.4 Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat leidinggevenden de volgende instrumentele ondersteuning nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Expertise ondersteunende diensten*: Omvat de hulp in de vorm van expertise van de gespecialiseerde ondersteunende diensten.
2. *HR praktijken*:
  - a. Training en ontwikkeling: De mate waarin de leidinggevenden de mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen, door middel van cursussen en/of opleidingen.
  - b. Medezeggenschap, inspraak en participatie: De mate waarin leidinggevenden op basis van eigen kennis en kunde het werk uit kunnen voeren en invloed uit kunnen oefenen op de werkorganisatie.

#### **5.4.5 Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?**

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kan geconcludeerd worden dat leidinggevenden de volgende sociaal-emotionele ondersteuning nodig hebben om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren:

1. *Advies/coaching*: De mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie en informatie die gegeven wordt voor de evaluatie van het gevoerde beleid.

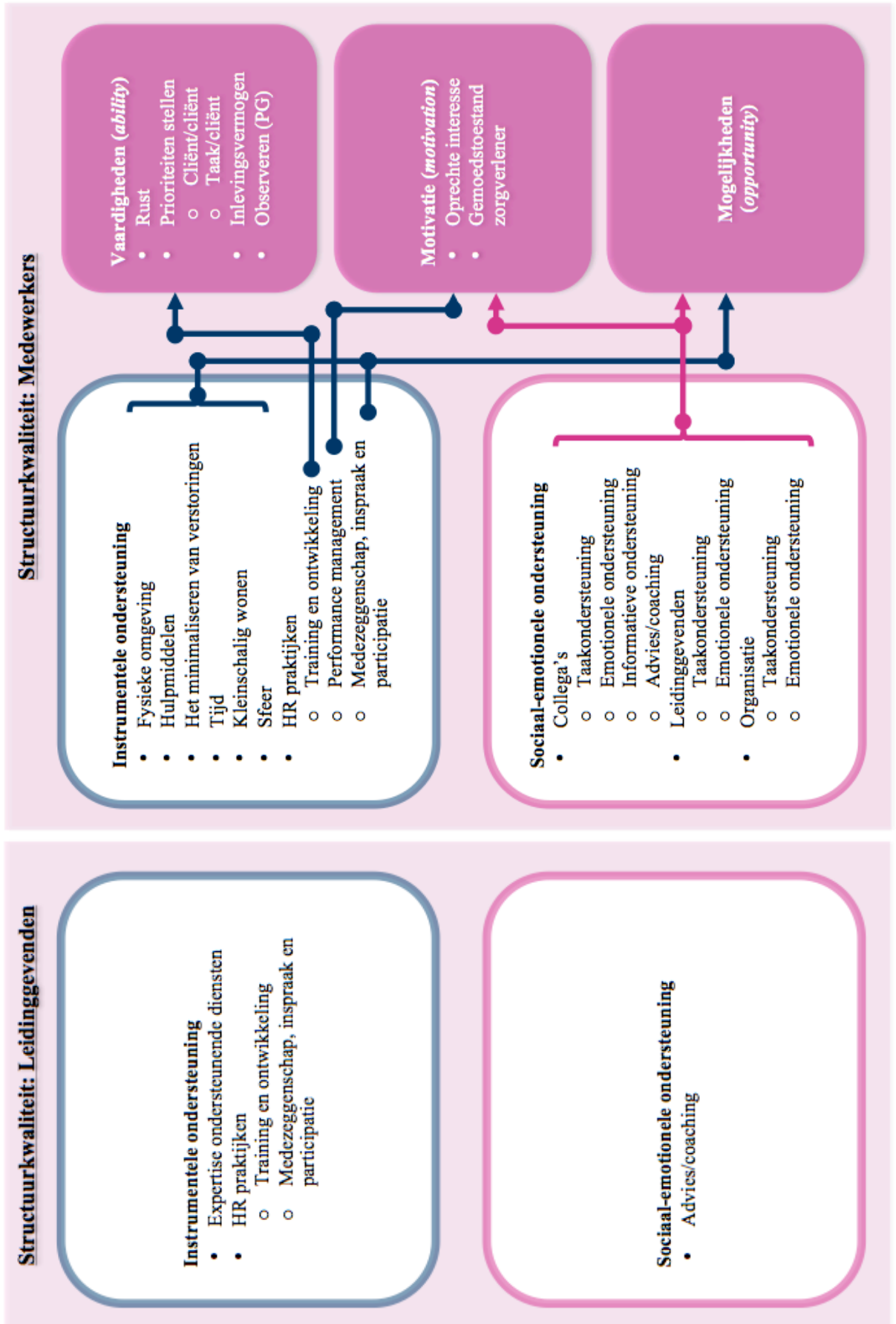
#### **5.4.6 Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?**

Geconcludeerd kan worden dat ondersteuning van medewerkers moet leiden tot een verbetering van de vaardigheden, de motivatie en de mogelijkheden. Daarvoor hebben medewerkers universele goederen en diensten nodig, ofwel instrumentele ondersteuning. Universele middelen die medewerkers nodig hebben zijn: voldoende beschikbare ruimte, voldoende en functionerende hulpmiddelen, weinig verstoringen, tijd en een rustige en huiselijke sfeer. Ook kleinschalig wonen heeft effect op de mogelijkheden om kwaliteit van zorg te leveren. Diensten die medewerkers nodig hebben zijn HR praktijken. Drie HR praktijken worden door medewerkers aangehaald, namelijk training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie. Daarnaast hebben de medewerkers sociaal-emotionele ondersteuning nodig van met name collega's en leidinggevenden. Allereerst willen medewerkers van beide partijen taak- en emotionele ondersteuning. Bij taakondersteuning gaat het om hulp door bijvoorbeeld het uitwisselen van ideeën. Emotionele ondersteuning gaat om de mate waarin de emoties (zowel werk- als privé gerelateerd) gedeeld kunnen worden met collega's of met de leidinggevende. Van collega's hebben zij daarnaast behoefte aan informatieve ondersteuning (die helpt bij het oplossen van problemen) en advies/coaching nodig (waarbij het gaat om informatie die helpt bij zelfevaluatie). Ook van de organisatie hebben zij sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften, namelijk in de vorm van taakondersteuning (expertise van ondersteunende diensten) en emotionele ondersteuning (ofwel begrip).

Leidinggevenden hebben deels dezelfde, maar deels ook andere ondersteuningsbehoeften. Allereerst kan geconcludeerd worden dat leidinggevenden de volgende instrumentele ondersteuningsbehoeften hebben: expertise van ondersteunende diensten en HR praktijken (training en ontwikkeling en medezeggenschap, inspraak en participatie). Qua sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften hebben leidinggevenden slechts één behoefte, namelijk advies/coaching (de mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie en informatie die wordt gegeven voor de evaluatie van het gevoerde beleid).

De ondersteuningsbehoeften van medewerkers ten opzichte van hun collega's/leidinggevende/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren is overzichtelijk weergegeven in figuur 5.3.

figuur 3.3: welke beoeriten aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun conega s/relatingevenden/organisaue en leidinggevendn ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?





In figuur 5.3 zijn de diverse vormen van instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning te vinden, deze zijn reeds uiteengezet in de verschillende subparagrafen van deze paragraaf. Echter, zijn er drie onderdelen van het schema niet toegelicht, namelijk vaardigheden, motivatie en mogelijkheden.

1. *Vaardigheden (ability)*: Bij *ability* gaat het erom dat medewerkers het *kunnen*, omdat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikken. De volgende vaardigheden zijn belangrijk:
  - a. Rust: Het niet gehaast zijn van een zorgverlener, ongeacht de ervaren werkdruk.
  - b. Prioriteiten stellen: Keuzes maken tussen verschillende cliënten of keuzes maken tussen de cliënt en een taak.
  - c. Inlevingsvermogen: Het verplaatsen in de cliënt en hier naar handelen.
2. Observeren (PG): Het kijken naar de non-verbale communicatie van cliënten. *Motivatie*: Bij motivatie gaat het erom dat medewerkers het werk *willen* doen, omdat zij voldoende geïnteresseerd zijn en gestimuleerd worden. De motivatie wordt beïnvloed door de gemoedstoestand van de zorgverleners. Motivatie uit zich door oprechte interesse die medewerkers tonen in de cliënt.
3. *Mogelijkheden (Opportunity)*: *Opportunity* gaat om de vraag of de werkstructuren en omgeving voldoende ondersteuning en ruimte voor expressie bieden.

De doelstelling van het onderzoek was tweeledig. Allereerst diende dit onderzoek een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen welke de kwaliteit van zorg meet binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Daarnaast diende er inzicht verschaft te worden over de ondersteuning die medewerkers ten opzichte van hun collega's, leidinggevend en/of organisatie en leidinggevend ten opzichte van hoger management en/of organisatie nodig hebben om tot een hoger niveau van kwaliteit van zorg te komen. Dit rapport richt zich op de tweede doelstelling, zoals hierboven beschreven. In bijlage X is het eindproduct dat overhandigd wordt aan BrabantZorg te vinden (inclusief een kwalitatief meetinstrument en de ondersteuningsmogelijkheden om tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg te komen).

## 5.5 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kan met betrekking tot de tweede vraagstelling aanbevelingen gegeven worden aan BrabantZorg:

### *I. Sociaal-emotionele ondersteuning*

Uit het onderzoek is gebleken dat medewerkers vooral sociaal-emotionele ondersteuning behoeven van de teammanager en het team. Op de korte termijn lijkt het aannemelijker dat voldaan wordt aan de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften dan dat er voldaan wordt aan de instrumentele ondersteuningsbehoeften. Om de sociaal-emotionele ondersteuning te verbeteren is het aan te bevelen om te investeren in de teammanagers. De teammanagers hebben namelijk een sleutelrol om de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van medewerkers te vervullen. Om het team en individuele medewerkers te ondersteunen hebben teammanagers de juiste vaardigheden nodig. Deze vaardigheden kunnen ontwikkeld worden door middel van training en ontwikkeling. Deze ondersteuningsbehoeften worden door teammanagers ook aangegeven. Daarnaast moeten teammanagers de motivatie hebben om medewerkers te ondersteunen. Deze motivatie is afhankelijk van de ruimte die een teammanager krijgt. Aan te raden is dan ook dat teammanagers voldoende ruimte, ofwel autonomie, krijgen om te handelen. Hiervoor is noodzakelijk dat de *span of control* van de organisatie kleiner wordt. Deze *span of control* is vooral gericht op de korte termijn. Het lijkt vooral belangrijk te zijn dat de organisatie zich richt op de langere termijn.

Als er gehoor gegeven is aan bovenstaande aanbevelingen moet de teammanager in staat zijn om het team en de individuele medewerkers te ondersteunen. Hierbij is het aan te bevelen dat een teammanager het team ondersteunt bij de ontwikkeling van een 'hecht' team. Een dergelijk team is eerder in staat om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te verlenen. Een uitgelezen moment om als teammanager het team op dit punt te ondersteunen is het teamoverleg. Tijdens het teamoverleg kan dit onderwerp ter sprake gebracht worden en kan gekeken worden wat medewerkers van elkaar nodig hebben. Door als team hierover te praten kan verwacht worden dat er een cultuur ontstaat waar alle vier de vormen van sociaal-emotionele ondersteuning te herkennen zijn.

Bovenstaande aanbeveling is bedoeld om medewerkers in het team elkaar te laten ondersteunen. Het is echter ook gebleken dat de teammanager zelf de medewerkers kan ondersteunen. Hierbij gaat het allereerst om het uitwisselen van ideeën om problemen op te lossen (taakondersteuning) en om het delen van emoties, zowel werk als privé gerelateerd (emotionele ondersteuning). Om dit te bereiken is het aan te bevelen dat er een 'open deur'-beleid gevoerd wordt door de teammanager. Hiermee wordt bedoeld dat de deur van de teammanager letterlijk open moet staan indien dat mogelijk is, zodat medewerkers bij de teammanager naar binnen kunnen lopen. Daarnaast is het belangrijk dat de teammanager een vertrouwensband met de medewerkers opbouwt, zodat de medewerkers zich ook vrij zal voelen om bij de teammanager naar binnen te lopen. De teammanager kan een vertrouwensband op bouwen door allereerst interesse te tonen in zijn of haar medewerkers. Daarbij komt ook begrip en waardering voor datgene wat de medewerkers doen.

Tot slot is gebleken dat medewerkers weinig waarde hechten aan ondersteuning vanuit de organisatie. Deze vorm van ondersteuning leidt echter wel tot een hoog niveau van kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat vooral medewerkers weinig gevoel hebben bij de organisatie, maar met name betrokken zijn bij de afdeling of de locatie. Aan te raden is dat de organisaties de verschillende locaties regelmatig op de hoogte houden van de laatste ontwikkeling op organisatieniveau. Dit kan bijvoorbeeld door een nieuwsbrief. In een dergelijke nieuwsbrief kan informatie verschaft worden over bijvoorbeeld de doelen van de organisatie of voorbereiding van de organisatie met nieuwe locaties. Ook kunnen succesverhalen verteld worden. Hierdoor is te verwachten dat de medewerkers meer gevoel krijgen bij de organisatie.

## *II. Minibundel van HRM praktijken*

Het is mij niet bekend of BrabantZorg HRM beleid heeft. Aan te raden is echter wel dat de P&O afdeling HRM beleid opstelt waarin sprake is van een systeem van drie HR praktijken, namelijk training en ontwikkeling, *performance management* en medezeggenschap, inspraak en participatie. Hierdoor ontstaat er een minibundel van HPWPs. Dit kan gedaan worden door beleid te ontwikkelen met betrekking tot deze drie HR praktijken. Belangrijk hierbij is dat dit beleid elkaar niet tegenspreekt, maar elkaar juist aanvult. De P&O afdeling kan specifiek een kader uitzetten op deze gebieden. Aangezien medewerkers en leidinggevenden aangeven dat zij medezeggenschap, inspraak en participatie belangrijk vinden, is het aan te raden dat medewerkers en leidinggevenden (locatie- en teammanagers) betrokken worden bij het te ontwikkelen HRM beleid. Door bijvoorbeeld leidinggevenden te betrekken zullen zij beter in staat zijn om de vertaalslag te maken. Op deze manier is de kans groter dat het beleid zoals bedoeld door de P&O afdeling ook op een dergelijke wijze uitgevoerd door de leidinggevenden.

## *III. Instrumentele ondersteuning: fysieke omgeving, hulpmiddelen, minimaliseren van verstoringen en tijd*

Op de langere termijn lijkt het voor BrabantZorg belangrijk dat er bij elke locatie minimaal voldaan wordt aan vier instrumentele ondersteuningsvormen: fysieke omgeving, hulpmiddelen, minimaliseren van verstoringen en tijd. Specifiek kan aangenomen worden dat het belangrijk is om allereerst een fysieke omgeving te creëren, waarin de medewerkers moeten werken, die voldoende ruimte biedt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de grootte van de slaapkamer, toilet- en doucheruimtes. Maar ook dat er voldoende opbergruimte is, zodat er niet allerlei hulpmiddelen in de gang worden neergezet. Indien er sprake is van nieuw- of uitbouw is het aan te raden over dit soort zaken na te denken, alvorens gebouwd wordt. Qua hulpmiddelen lijkt het belangrijk te zijn dat deze voorradig zijn en functioneren, waardoor een deel van de verstoringen voorkomen kan worden. Bij hulpmiddelen kan gedacht worden aan handdoeken, lakens, incontinentiematerialen, verbandmaterialen en tilliften. Maar ook hulpmiddelen die het zorgproces ondersteunen, zoals zorgplannen, begeleidingsplannen en omgangsadviezen. Verstoringen worden echter niet alleen veroorzaakt door niet voorradige of niet functionerende hulpmiddelen, maar ook door collega's die binnen komen lopen met vragen. Tijdens het teamoverleg kunnen er afspraken gemaakt worden over het binnen lopen bij collega's als zij aan in een kamer van een cliënt zijn. Concreet zou ik mij voor kunnen stellen dat de afspraak gemaakt wordt dat zorgverleners nooit bij cliënten binnen lopen als zij weten dat een andere zorgverlener daar is, tenzij er een noodsituatie is, waarbij direct hulp nodig is van de desbetreffende zorgverlener. Tot slot is tijd een essentiële voorwaarden om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat kleinschalig wonen een positief effect heeft op de tijd. Echter, het is het onbekend of voor elke zorgdiscipline kleinschalig wonen als oplossing gezien kan worden.

Ook voor toekomstig onderzoek kan een aanbeveling gegeven worden:

#### *IV. Toekomstig onderzoek*

De ondersteuningsbehoeften van leidinggevendenden zijn binnen dit onderzoek niet goed uit de verf gekomen. Daarom is het aan te raden om naar deze ondersteuningsbehoeften onderzoek te doen. Hierbij kunnen meerdere leidinggevendenden binnen BrabantZorg geïnterviewd worden, naast de leidinggevendenden van de locatie Katwijk en de locatie Wielewaal.

Daarnaast is het op wetenschappelijk vlak relevant om onderzoek te doen naar de vraag hoe leidinggevendenden in de zorg onder de huidige contextuele omstandigheden voldoende discretionaire ruimte krijgen om medewerkers te ondersteunen. Binnen de wetenschap is hier naar mijn weten minimaal onderzoek naar gedaan, terwijl dit in de zorg een essentiële vraag is om uiteindelijk te komen tot kwaliteit van zorg.

## **5.6 Reflectie**

Tot slot worden in deze laatste paragraaf een aantal punten besproken die de resultaten van het onderzoek mogelijkwel beïnvloed kunnen hebben, ofwel de beperkingen van dit onderzoek. Ook zal aandacht besteed worden aan de vraag waarom tijdens het proces de tweede vraagstelling en deelvragen aangepast zijn.

Allereerst is er door de onderzoeker te snel in de dataverzameling gesprongen, waardoor de literatuurstudie te laat is afgerond en sommige uitkomsten niet meer meegenomen konden worden in de dataverzameling. De dataverzameling bestond uit observaties, een brainstormsessie en interviews. Dit kan gezien worden als een uitgebreide dataverzameling, wat juist een sterk punt is binnen dit onderzoek. Tijdens de planning van het onderzoek zijn er keuzes gemaakt om de dataverzameling snel plaats te laten vinden. De beweegredenen hiervoor was dat het om een explorerend onderzoek ging, waarnaar na verwachting weinig onderzoek gedaan is. Echter, bleek tijdens de literatuurstudie dat, vooral qua ondersteuningsliteratuur, voldoende literatuur te vinden was. De onderzoeker was niet in staat om deze literatuur, voordat de eerste observaties begonnen, voldoende eigen te maken en uit te diepen. Na de eerste observaties moest deze observatie geanalyseerd worden, zodat de brainstorm vormgegeven kon worden. Hierna volgden direct de interviews. Door de strakke planning volgden de observaties, brainstorm en interviews elkaar dus snel op, waardoor het niet mogelijk was om de dataverzameling uit te stellen of tussendoor uitgebreid literatuuronderzoek te doen. Hierdoor zijn op basis van een beperktere literatuurstudie keuzes gemaakt voor topics voor de interviews.

De onderzoeker had vervolgens weinig ervaring met observaties. De onderzoeker heeft dit proberen te ondervangen door zich voor de eerste observaties voldoende in te lezen en voor te bereiden. Deze onervarenheid zou echter wel de resultaten van de observaties beïnvloed kunnen hebben. Daarnaast heeft de onderzoeker het als lastig ervaren om tijdens de observaties voldoende tijd te vinden/nemen om aantekeningen te maken. Dit werd veroorzaakt doordat de zorgverlener snel doorging van cliënt naar cliënt en het lastig was om een rustige plek te vinden om aantekeningen te maken. Dit had tot gevolg dat sommige informatie niet meer letterlijk opgeschreven kon worden en in sommige gevallen ook niet concreet weergegeven kon worden. Tot slot heeft de onderzoeker enige reactiviteit ervaren bij observanten. Tijdens de observaties merkte ik dat zorgverleners zich bewust waren dat zij geobserveerd waren. Als zij bijvoorbeeld 'iets' deden dat niet volgens de richtlijnen was, legde zij daarover direct verantwoording af. Om een concreet voorbeeld te noemen: een zorgverlener gooide tijdens de verzorging vuile incontinentiemateriaal, handdoeken, washandjes en lakens op de grond in een hoek. Zij gaf hierbij direct aan dat dit eigenlijk niet mocht, maar dat zij liever niet bij de cliënt wegging om de spullen op te ruimen. Deze voorbeelden geven implicaties, om aan te nemen dat de observanten in meer of minder mate reactief gedrag vertoond hebben, wat de resultaten verkleurd zou kunnen hebben.

Ten derde zijn er weinig leidinggevendenden geïnterviewd; bij de locatie Katwijk zijn drie leidinggevendenden geïnterviewd en bij de locatie Wielewaal twee. In totaal zijn er dus vijf leidinggevendenden geïnterviewd op verschillende niveaus, namelijk drie teammanagers en twee locatiemanagers. Als het gaat om het ondersteuningsvraagstuk, kan gesteld worden dat daar weinig uitgekomen is. Dit wordt mede veroorzaakt door de

relatief kleine onderzoekseenheid. Dit was echter niet te voorkomen, omdat alle leidinggevenden van de locatie Katwijk en op een na alle leidinggevenden van de locatie Wielewaal geïnterviewd zijn.

Tot slot is in de methodologische verantwoording gesteld dat er twee locaties gekozen zijn die sterk van elkaar verschillen qua niveau van kwaliteit van zorg. Deze verschillen zijn aan de hand van de ranglijst van de Volkskrant (2011) geconstateerd. In de inleiding is echter kritiek geleverd op deze ranglijst, omdat de proces- en structuurkwaliteit een minder dominante rol hebben, terwijl BrabantZorg juist in deze componenten van kwaliteit van zorg geïnteresseerd is. Hierdoor kan niet met zekerheid geconcludeerd worden dat deze locaties daadwerkelijk verschillen op deze twee componenten.

Binnen kwalitatief onderzoek mag de vraagstelling aangepast worden (Boeije, 2008), binnen dit onderzoek is de vraagstelling aangepast. Dit is de plaats om toe te lichten waarom de tweede vraagstelling en de deelvragen aangepast zijn. Allereerst is in de hoofdvraag de ondersteuningsbehoeften van medewerkers door collega's toegevoegd. Hier is voor gekozen omdat tijdens de interviews naar voren kwam dat het team een belangrijke rol speelt voor zorgverleners. Zorgverleners gaven aan dat zij het team nodig hebben om het werk uit te voeren. Ook de literatuur heeft aanwijzingen gegeven om dit toe te voegen. In de literatuur wordt namelijk gesproken over *coworker support*. Hieruit blijkt dat er een wetenschappelijk theorie bestaat die de ondersteuning door collega's behandelt.

Op basis van de verschillende vormen van ondersteuning zijn de deelvragen aangepast. Uit de literatuurstudie is gebleken dat er twee vormen van ondersteuning te noemen zijn, namelijk instrumentele en sociaal-emotionele ondersteuning. Sociaal-emotionele ondersteuning kan opgesplitst worden in niveaus: organisatie, leidinggevenden en collega's. Dit inzicht heeft aanleiding gegeven om de deelvragen aan te passen en deze indeling te gebruiken. Er is echter niet voor gekozen om de niveaus apart te benoemen, omdat er dan erg veel deelvragen ontstonden.

---

## *Bijlage I: Literatuur*

---

- ActiZ (2010). Naar autonomie, verbondenheid en gezond leven. Een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg.
- Allen, D.G., Shore, L.M. & Griffeth, R.W. (2003). The Role of Perceived Organizational Support and Supportive Human Resource Practices in the Turnover Process. *Journal of Management*, 29(1), pp. 99-118.
- Beehr, T.A., Jex, S.M., Stacy, B.A. & Murray, M.A. (2000). Work Stressors and Coworker Support as Predictors of Individual Strain and Job Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), pp. 391-405.
- Bezuijnen, X.M., Dam, K. van, Berg, P.T. van den & Thierry, H. (2010). How leaders stimulate employee learning: A leader-member exchange approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, pp. 673-693.
- Boeije, H.R. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boeije, H.R., 't Hart, H. & Hox, J. (red), (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Boselie, P. (2010). *Strategic Human Resource Management. A Balanced Approach*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Boselie, P. (2011). *Human Resource Governance: Voorbij 'Managerialism'*, rede.
- Bowler, W.M., Halbesleben, J.R.B. & Paul, J.R.B. (2010) If you're close with the leader, you must be a brownnose: The role of leader-member relationships in follow, leader, and coworker attribution of organizational citizenship behavior motives. *Human Resource Management Review*, 20, pp. 309-316.
- Boxall, P. & Purcell, J. (2008). *Strategy and Human Resource Management*. Houndmills: Palgrave MacMillan.
- BrabantZorg (2009). *Ondernemingsplan BrabantZorg 2010-2014*. Oog voor elkaar.
- BrabantZorg (2011a). *Missie* (Verkregen via de website [www.brabantzorg.eu](http://www.brabantzorg.eu), geraadpleegd op 4 juni 2011).
- BrabantZorg (2011b). *Visie* (Verkregen via de website [www.brabantzorg.eu](http://www.brabantzorg.eu), geraadpleegd op 4 juni 2011).
- CBS (2010). *Persbericht. Tempo vergrijzing loopt op* (Verkregen via de website van [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), geraadpleegd op 2 juni 2011).
- CBS (2011a). *Bevolking; kerncijfers* (Verkregen via de website <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd op 2 juni 2011).
- CBS (2011b). *Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2010-2060* (Verkregen via de website <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd op 2 juni 2011).
- CBS (2011c). *Vacatures; totaal* (Verkregen via de website <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd op 3 juni 2011).
- Chiaburu, D.S. & Harrison, D.A. (2008). Do Peers Make the Place? Conceptual Synthesis and Meta-Analysis of Coworker Effects on Perceptions, Attitudes, OCBs, and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(5), pp. 1082-1103.
- Cogliser, C.C., Schriesheim, C.A., Scandura, T.A. & Gardner, W.L. (2009). Balance in leader and follower perceptions of leader-member exchange: Relationships with performance and work attitudes. *The Leadership Quarterly*, 20, pp. 452-465.
- Combs, J., Lui, Y., Hall, A. & Ketchen, D. (2006). How much do high-performance work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance. *Personnel Psychology*, 59, pp. 501-528.

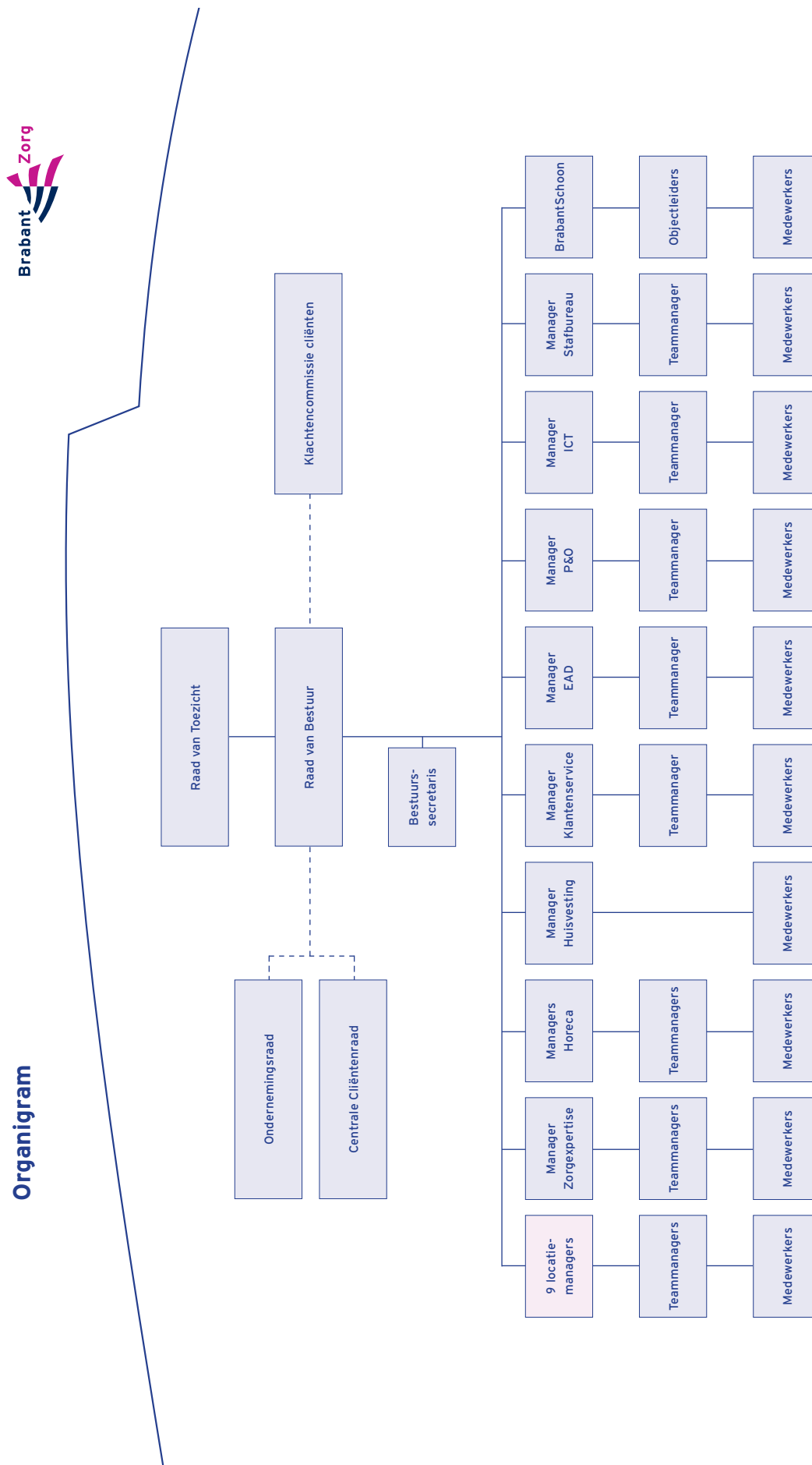
- Coonen, R. & Gankema, E. [Human Capital Group] (2005). *Sturen op kwaliteit, performance en ontwikkeling van personeel kan veel beter in de zorg!* Den Haag: Kluwer.
- Cotigan, R.D., Insinga, R.C., Berman, J.J., Kranas, G. & Kureshov, V.A. (2011). Revisiting the relationship of supervisor trust and CEO trust to turnover intentions: A three-country comparative study. *Journal of World Business*, 46, pp. 74-83.
- Costigan, R.D., Insinga, R.C., Berman, J.J., Ilter, S.S., Kranas, G. & Kureshov, V.A. (2006). The effect of employee trust of the supervisor on enterprising behavior: a cross-cultural comparison. *Journal of Business and Psychology*, 21(2), pp. 273-291.
- Coyle-Shapiro, J.A.M. & Kessler, I. (2003). The Employment Relationship in the U.K. Public Sector: A Psychological Contract Perspective. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(2), pp. 213-230.
- Coyle-Shapiro, J.A.M. & Shore, L.M. (2007). The employee-organization relationship: Where do we go from here? *Human Resource Management Review*, 17, pp. 166-179.
- Delnoij, D. & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(8), pp. 440-446.
- Dirks, K.T. & Ferrin, D.L. (2002). Trust in Leadership: Meta-Analytic Findings and Implications for Research and Practice. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 611-628.
- Ducharme, L.J. & Martin, J.K. (2000). Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction. A Test of the Buffering Hypothesis. *Work and Occupations*, 27(2), pp. 223-243.
- Eggink, E., Oudijk, D. & Woittiez, I. (2010). *Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging in 2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Endogan, B. & Enders, J. (2007). Support From the Top: Supervisors' Perceived Organizational Support as a Moderator of Leader-Member Exchange to Satisfaction and Performance Relationships. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), pp. 321-330.
- Gedoogakkoord (2010). (Verkregen via de website van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), geraadpleegd op 3 juni 2011).
- Harris, J.I., Winkowski, A.M. & Engdahl, B.E. (2007). Types of Workplace Social Support in the Prediction of Job Satisfaction. *The Career Development Quarterly*, 56, pp. 150-156.
- Horst, A. van der, Bettendorf, L., Draper, N., Van Ewijk, C., De Mooij, R. & Ter Rele, H. (2010). *Vergrijzing verdeeld. Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën*. 's-Gravenhage: Centraal Planbureau.
- Huselid, M.R. (1995). The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. *Academy of Management Journal*, 38 (3), pp. 635-672.
- Ilies, R., Nahrgang, J.D. & Morgeson, F.P. (2007). Leader-Member Exchange and Citizenship Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), pp. 269-277.
- Johnson, J., Truxillo, D.M., Erdogan, B., Bauer, T.N. & Hammer, L. (2009). Perceptions of Overall Fairness: Are Effects on Job Performance Moderated by Leader-Member Exchange? *Human Performance*, 22, pp. 432-449.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G. & Guneri, B. (2008). Leader-member exchange, organizational identification and the mediating role of job involvement for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), pp. 354-362.
- Knies, E. & Leisink, P.L.M. (2009). *People management activities of police and healthcare middle managers*. Paper presented at the EGPA Annual Conference 'Reinventing Government in the Information Age', Malta: 2-5 September.



- Koch, T. (1992). A review of nursing quality assurance. *Journal of Advanced Nursing*, 17, pp. 785-794.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ladd, D. & Henry, R.A. (2000). Helping Coworkers and Helping the Organization: The Role of Support Perceptions, Exchange Ideology, and Conscientiousness. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(10), pp. 2028-2049.
- Leisink, P.L.M. & Knies, E. (2011). Line-managers' support for older workers. *International Journal of Human Resource Management*, 22(9), pp. 1902-1917.
- Leisink, P.L.M., Knies, E. & Walter, E. (2007). Making a difference: Line managers' activities towards older workers. Paper presented at the 5th conference of the Dutch HRM Network, Tilburg.
- Ma, L. & Qu, Q. (2010). Differentiation in leader-member exchange: A hierarchical linear modeling approach. *The Leadership Quarterly*, 21, pp. 733-744.
- Maslyn, J.M. & Uih-Bien, M. (2001). Leader-Member Exchange and Its Dimensions: Effects of Self-Effort and Other's Effort on Relationship Quality. *Journal of Applied Psychology*, 86(4), pp. 697-708.
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1997). *Commitment to the workplace: Theory, research and application*. London: Sage.
- Moorman, R.H., Blakely, G.L. & Niehoff, B.P. (1998). Does perceived organizational support mediate the relationship between procedural justice and organizational citizenship behavior? *Academy of Management Journal*, 41(3), pp. 351-357.
- Ng, T.W.H. & Sorensen, K.L. (2008). Toward a Further Understanding of the Relationships Between Perceptions of Support and Work Attitudes. A Meta-Analysis. *Group & Organization Management*, 33(3), pp. 243-268.
- Paglis, L.L. & Green, S.G. (2002). Both Sides Now: Supervisor and Subordinate Perspectives on Relationship Quality. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(2), pp. 250-276.
- Panaccio, A. & Vandenberghe, C. (2009). Perceived organizational support, organizational commitment en psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 75, pp. 224-236.
- Parool (2011). *Cordaan onderzoekt ouderenzorg Amsterdam*. 14 april 2011 (Verkregen via de website [www.parool.nl](http://www.parool.nl), geraadpleegd op 2 juni 2011).
- Pommer, E., Kempen, van H. & Eggink, E. (2008). *De staat van de publieke dienst. Het oordeel van de burger over de kwaliteit van overheidsdiensten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Purcell, J. & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), pp. 3-20.
- Regeerakkoord (2010) (Verkregen via de website [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), geraadpleegd op 3 juni 2011).
- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 698-714.
- Riggle, R.J., Edmondson, D.R. & Hansen, J.D. (2009). A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research. *Journal of Business Research*, 62, pp. 1027-1030.
- Rijksoverheid (2011). *Ouderenzorg* (Verkregen via de website [www.rijksoverheid.nl/ouderenzorg](http://www.rijksoverheid.nl/ouderenzorg), geraadpleegd op 2 juni 2011).

- Sauter, W. (2009). *Marktwerving in de zorg. Toezicht: met ook op de consument*, rede.
- Shirley, M.R. (2004). Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications. *Nursing Economics*, 22(6), pp. 313-319.
- Stringer, L. (2006). The Link Between the Quality of the Supervisor-Employee Relationship and the Level of the Employee's Job Satisfaction. *Public Organization Review*, 6, pp. 125-142.
- Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Zichtbare zorg verpleging verzorging thuiszorg* (Verkregen via de website [www.ActiZ.nl](http://www.ActiZ.nl), geraadpleegd op 2 maart 2011).
- Tan, H.H. & Tan, C.S.F. (2000). Toward the Differentiation of Trust in Supervisor and Trust in Organization. *Genetic, Social, and Psychology Monographs*, 126(2), pp. 241-260.
- Tsui, A.S., Pearce, J.L., Porter, L.W. & Tripoli, A.M. (1997). Alternative Approach to the Employee-Organization Relationship: Does Investment in Employees Pay Off? *Academy of Management Journal*, 40(5), pp. 1089-1121.
- Vaux, A. (1998). *Social Support: Theory, research and intervention*. New York: Preager.
- Vaux, A., Riedel, S. & Stewart, D. (1987). Modes of Social Support: The Social Support Behaviours (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), pp. 209-237.
- Veldhuijzen van Zanten, M.L.L.E. (Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2011). *Programmabrief langdurige zorg*, 1 juni 2011, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Velde, M. van der, Jansen, P. & Anderson, N. (2008). *Guide to management research methods*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Volkscrant (2011). *Verpleeghuizen* (Verkregen via de website [www.vk.nl/verpleeghuizen](http://www.vk.nl/verpleeghuizen), geraadpleegd op 2 maart 2011).
- Wayne, S.J., Shore, L.M. & Liden, R.C. (1997). Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective. *Academy of Management Journal*, 40(1), pp. 82-111.
- Wiegers, T.A., Stubbe, J.H. & Triemstra, A.H.M. (2007). *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: Nivel.
- Winslo, J.H., Nielsen, K. & Borg, V. (2009). Generating support from supervisor tot heir subordinates in organizations under external pressure: a multilevel, multisource study of support and reciprocation in Danish elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), pp. 2649-2657.
- Wong, Y.T., Wong, C.S., Ngo, H.Y. & Lui, H.K. (2005). Different responses tot job insecurity of Chinese workers in joint ventures and state-owned enterprises. *Human Relations*, 58(11), pp. 1391-1418.
- Yang, J. & Mossholder, K.W. (2010). Examining the effects of trust in leaders: A bases-and-foci approach. *The Leadership Quarterly*, 21, pp. 50-63.
- Zhou, X.T. & Schriesheim, C.A. (2010). Quantitative and qualitative examination of propositions concerning supervisor-subordinate convergence in descriptions of leader-member exchange (LMX) quality. *The Leadership Quarterly*, 21, pp. 826-843.

## Bijlage II: Organigram BrabantZorg



## Bijlage III: Kleinschalig wonen

Over kleinschalig wonen wordt het volgende geschreven als het gaat om de operationalisering van deze term:

**Kleinschalige wooneenheden** zijn er in vele soorten en maten. Naarmate het aantal woongroepen groeit, dringt de definitievraag zich steeds duidelijker op. Want wat is nu eigenlijk precies een kleinschalige wooneenheid? Ondanks de vele verschillen is er wel een aantal gemeenschappelijke kenmerken te noemen. Meestal gaat het om ouderen met een psychogeriatrische zorgvraag. Veelal dementerende ouderen (...). Vaak betreft het wooneenheden van zes ouderen, soms ook zeven of acht. Dat aantal is niet toevallig. Met zo'n aantal kun je een overzichtelijke huishouding voeren en is het voor bewoners nog overzichtelijk. Ook is bij een groepsgrootte van zes één begeleider voldoende, bij grotere groepen moeten soms meerdere verzorgenden aanwezig zijn. Er is sprake van scheiden van wonen en zorg, wat betekent dat de woonzorgbegeleider, net als in de thuiszorg, in het huis van de bewoner komt. Tevens wordt een gemeenschappelijke huishouding gevoerd: bewoners en verzorgenden koken samen en doen veel aan gezamenlijke activiteiten. De locatie van zo'n woongroep is zeer divers. Je ziet ze in de wijk, op het terrein van de zorginstelling of in de zorginstelling zelf. Ook gaat het vaak om hofjes met meerdere woongroepen bij elkaar. Verder is ook de boerderij als kleinschalige locatie in opkomst.

**Bron: Bakker, T., Kluijver, B. & Van Wijngaarden, B. (2007). *Feiten over kleinschalig wonen* (Verkregen via de website [www.tvvonline.nl](http://www.tvvonline.nl), geraadpleegd op 9 juni 2011)**

Door Maseland (2007) wordt het volgende onderscheid gemaakt als het gaat om 'verzorgen oude-stijl verpleeghuis' en 'kleinschalig wonen':

<b>Verzorgen oude-stijl verpleeghuis</b>	<b>Kleinschalig verzorgen</b>
Verzorgende taken staan centraal	Behalve verzorgende taken ook begeleidende taken bij huishouden, koken, dagelijkse activiteiten.
Bewoner wordt verzorgd	Bewoner krijgt begeleiding bij zelfredzaamheid
Huisgewoontes, richtlijnen en wetten geven richting aan je werk	Meer eigen verantwoordelijkheid; wensen van bewoner geven richting aan je werk
Automatisch commentaar van collega's	Feedback van collega's moet georganiseerd worden
Min of meer vaste dagindeling	Veel zelf improviseren
Naar verhouding meer lichamelijk werk	Naar verhouding meer geestelijk werk

**Bron: Maseland, A. (2007). *De omschakeling van verzorgenden naar kleinschalig wonen* (Verkregen via de website [www.tvvonline.nl](http://www.tvvonline.nl), geraadpleegd op 9 juni 2011)**

## Bijlage IV: Figuren en tabellen

**Tabel 1: Ability, motivational and opportunity practices**

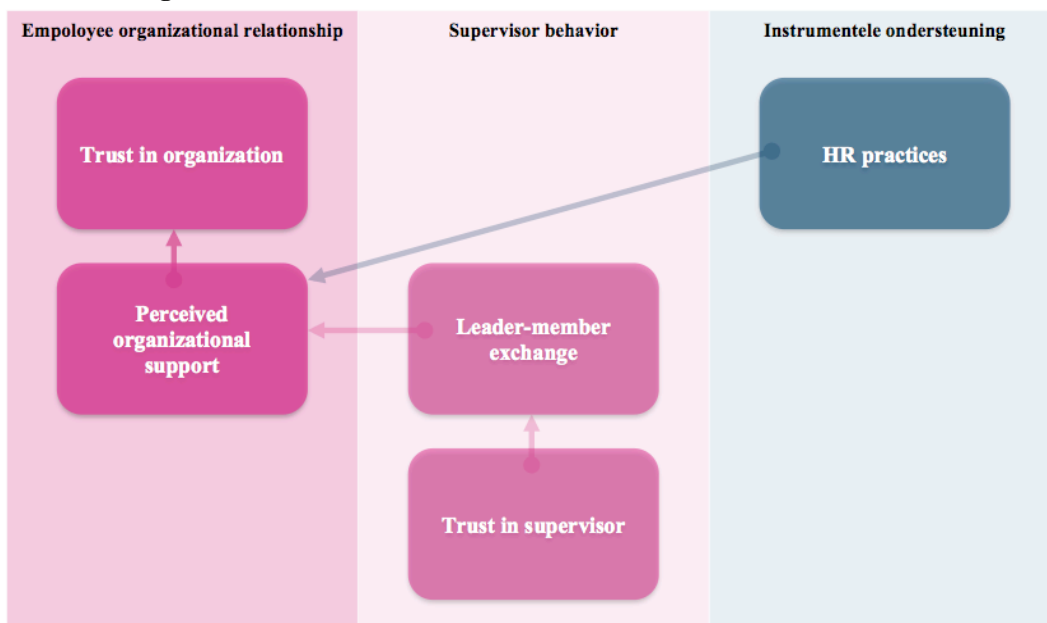
AMO	HPWP
Ability practices	Selectieve werving en selectie Training en ontwikkeling
Motivation practices	Performance management (Prestatiegerichte) beloning
Opportunity practices	Medezeggenschap, inspraak en participatie

Bron: Boselie (2010)

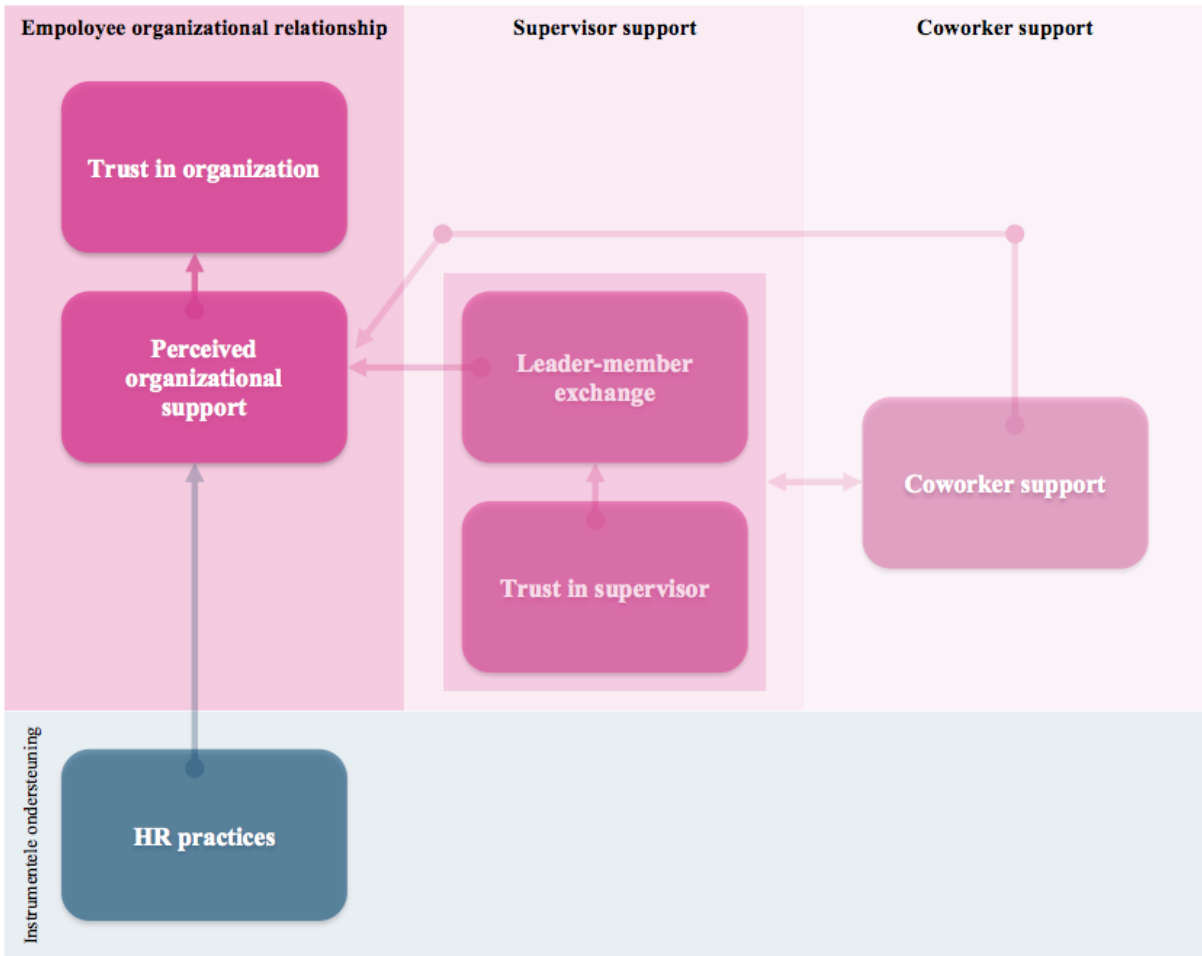
**Figuur 1: Employee-organization relationship**



**Figuur 2: Sociaal-emotionele ondersteuning op organisatie- en leidinggevenden niveau i.c.m. instrumentele ondersteuning**



**Figuur 3: Relaties tussen niveaus van sociaal-emotionele ondersteuning i.c.m. instrumentele ondersteuning**





---

## *Bijlage V: Begrippenlijst*

---

**Axiaal coderen**

Axiaal coderen verwijst naar “a set of procedures whereby data are put back together in new ways after open coding, by making connections between categories” (Boeije, 2008:98). De betekenis van belangrijke begrippen achterhaald en waar mogelijk worden begrippen omschreven (Boeije, 2008).

**Betrouwbaarheid**

De beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of systematische fouten (Boeije, 2008) afgemeten aan de precisie van de methode van dataverzameling en meetinstrumenten (Boeije et al., 2009)

**Brainstorm**

Kennisproductie op basis van interactie tussen de deelnemers (Boeije, 2008).

**Casestudie**

Het onderzoeken van een verschijnsel (een casus) in de natuurlijke context (Boeije, 2008).

**Explorerend onderzoek**

Onderzoek dat gedaan wordt als er nog geen goede of volledige theorie bestaat (Boeije et al., 2009).

**Externe validiteit**

Ofwel generaliseerbaarheid van het onderzoek, waarbij het gaat om de vraag of de onderzoeksconclusies gelden voor andere, niet onderzochten situaties (Boeije, 2008).

**Focusgroep**

Zie brainstorm.

**Gevalstudie**

Zie casestudie.

**Interne validiteit**

De beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten, waarbij het gaat om de vraag of de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren (Boeije, 2008).

**Interpretatieve onderzoekstraditie**

In deze stroming wordt gestreefd naar idiografische kennis; kennis die het unieke beschrijft. Hiermee wil men de sociale werkelijkheid begrijpen (Boeije et al., 2009).

**Iteratief proces**

Het afwisselen van dataverzameling met data-analyse (Boeije, 2008).

**Kwalitatief onderzoek**

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat mensen zin geven aan hun omgeving en op basis van die zingeving handelen; oftewel mensen verlenen betekenis aan hun omgeving (Boeije et al., 2009).

**Methodetriangulatie**

Methodetriangulatie is het gebruiken van meerder methoden om hetzelfde verschijnsel waar te nemen (Boeije et al., 2009).

**Onderzoeksobjecten**

Deelnemers aan het onderzoek (Boeije et al., 2009).

**Onderzoekerstriangulatie**

Het werken in een team van onderzoekers die samen overleggen over de systematiek en consistentie van hun werkwijzen (Boeije et al., 2009).

**Open coderen**

“Breaking down, examining, comparing, conceptualizing and categorizing data”, waarbij de gegevens zorgvuldig gelezen worden en in fragmenten ingedeeld, waaraan een code gehangen wordt (Boeije, 2008).

**Participerende observatie**

“Participerend observatie is ‘het proces waarin een onderzoeker een veelzijdige en relatief langer relatie met een gemeenschap tot stand brengt en onderhoudt in een natuurlijke setting met het doel wetenschappelijke kennis over die gemeenschap te ontwikkelen” (Boeije, 2008:55).

**Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek**

Het uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek volgens de methodologische spelregels van de wetenschap. Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek is het doen van onderzoek voor doen voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van oplossingen voor praktijkproblemen die bestaan bij aanwijsbare personen, groepen of organisaties buiten de wetenschap (Boeije et al., 2009).

**Reactiviteit**

Het anders gedragen van respondenten als zij weten dat zij deelnemen aan een onderzoek of experiment (Boeije et al., 2009).

**Selectief coderen**

“Selecting the core category, systematically relating in to other categories, and filling in categories that need further refinement and development” (Boeije, 2008:105). De nadruk ligt op integratie en het leggen van verbanden tussen de categorieën (Boeije, 2008).

**Semi-gestructureerde interviews**

Bij deze methode is de inhoud van de vragen, de manier waarop de vragen worden gesteld, de volgorde waarin de vragen worden gesteld en de mogelijke antwoorden die kunnen worden gegeven gedeeltelijk vastgesteld (Boeije et al., 2009).

***Sensitizing concepts***

Attenderende, gevoelig makende of richtinggevende begrippen, die fungeren als zoeklicht in het onderzoek (Boeije, 2008).

**Tabula rasa**

Er worden vooraf geen verwachtingen geformuleerd noch onderzoeksgegevens gestuurd of geconstrueerd.

***Topiclist***

Het onderzoeksinstrument die gebruikt is tijdens de semi-gestructureerde interviews (Boeije, 2008), waarop enkele hoofdvragen, afgewisseld met thema's en punten om door te vragen staan (Boeije et al., 2009).

**Triangulatie**

Er zijn meerdere metingen verricht vanuit verschillende invalshoeken (Teunissen, 1985 in Boeije et al., 2009). Er zijn vier vormen van triangulatie, namelijk methodetriangulatie, theoretische triangulatie, datatriangulatie en onderzoekertriangulatie.

## *Bijlage VI: Topiclist Brainstorm*

Mijn naam is ..... Ik volg de master Strategisch HRM aan de Universiteit Utrecht. Voor mijn afstuderen doe ik samen met een andere student onderzoek binnen BrabantZorg naar kwaliteit van dienstverlening. Ik voer het onderzoek hier uit, de andere student in .....

BrabantZorg vindt dat de huidige meetinstrumenten vooral de 'harde' kant van zorg meten, hierbij gaat het vooral om de Wat?-vraag. Wij zijn vooral benieuwd naar de Hoe?-vraag. Dus "Hoe wordt de medicatie gegeven?". Dit is ook wel de 'zachte' kant van zorg. Hierbij gaat het vooral om de interactie tussen cliënt en de zorgverlener. We kijken dus naar dat 'extra's' wat het verschil maakt voor de cliënt. Ook ben ik op zoek naar wat medewerkers nodig hebben om dit beetje extra kwaliteit te leveren. Uiteindelijk wil ik samen met de andere student een meetinstrument ontwikkelen, zodat ook dit extra stukje kwaliteit bewaakt kan worden. Dit dient vooral een praktische instrument te zijn die door jullie gebruikt kan worden en ondersteunend is om betere kwaliteit van zorg te leveren. Hierbij is het belangrijk dat jullie je verplaatsten in de cliënten.

Het **doel** van deze brainstormsessie is om de gedachtegang op gang te brengen wat nou dat 'extra's' is dat het verschil maakt voor de cliënt. Ik heb een aantal vragen/stellingen opgesteld op basis waarvan er een discussie op gang gebracht kan worden. Ik wil jullie vragen om actief mee te denken en mee te praten. Er is geen goed of fout antwoord.

Ik verwacht dat de sessie ongeveer anderhalf uur duurt, maar dat is natuurlijk afhankelijk van verloop van de sessie. Ik benadruk graag dat ik alles geheel anoniem zal verwerken. Bij het uitwerken van de resultaten van het onderzoek zal ik gebruik maken van andere namen en codes.

Ik zou het gesprek graag op willen nemen, zodat ik het gesprek na kan luisteren en er de relevante dingen uit kan halen. Doordat ik ook gespreksleider zal zijn, wordt het te veel om en te notuleren en het gesprek te moeten leiden, hierdoor zal ik delen van het gesprek missen en dus niet de juiste informatie verkrijgen. Dit verkleint de kans op fouten. Is hier bezwaar tegen? Daarnaast zal ik tijdens de sessie wat aantekeningen maken.

*(Recorder aanzetten)*

**Vraag 1:** Hoe kan je de cliënt blij/gelukkig/vrolijk maken?

**Alternatieve vraag:** 'Wat is dat 'extra's' waardoor de cliënt de zorg als goed ervaart? (naast medicatie, veiligheid, goed eten etc.)' of 'Hoe benaderd een zorgverlener een cliënt om goede zorg te verlenen?'

**Verder behandelen:**

- Meer individuele benadering/behandeling.
- Hoffelijkheid
- Geloofwaardigheid
- Vertrouwen
- (Manier van) communicatie
- Begrip
- Mate van eigen inbreng
- Mate van keuzemogelijkheden voor cliënten
- 'Erbij horen' (gevoel)

**Vraag beantwoorden aan de hand van kritieke zorgmomenten:**

- Opstaan / Naar bed gaan
- Medicatie
- Toiletgang
- Wassen / Douchen
- Eten
- Huiskamer

**Vraag 2:** Wat hebben jullie nodig om je werk goed te kunnen doen?

**Alternatieve vraag:** ‘Welke ondersteuning hebben jullie nodig om het werk goed uit te kunnen voeren?’

**Verder behandelen:**

- Ondersteuning van collega's (Wat hebben jullie nodig van collega's om je werk goed te kunnen doen?)
- Ondersteuning van leidinggevenden (Wat hebben jullie nodig van de leidinggevenden om je werk goed te kunnen doen?)
- Ondersteuning van de organisatie (Wat hebben jullie nodig van de organisatie om je werk goed te kunnen doen?)

**Vraag 3:** Hoe beoordelen jullie de kwaliteit van dienstverlening binnen ...? (een rapportcijfer)

**Alternatieve vraag:**

**Verder behandelen:**

- Wat maakt het goed?
- Wat kan er beter?
- Vraag om voorbeelden.

---

## *Bijlage VII: Formats participerende observaties*

---

### Observatie 1 en 2

Wie: Kimberley van Bijsteren (KvB)  
Wanneer: Week 11 en 15  
Datum: 16 maart 2011 om 7:00-15:00  
17 maart 2011 om 17:00-23:00  
11 april 2011 van 7:00-15:00  
14 april 2011 van 17:00-2:00

#### **Doel:**

Bekent en vertrouwt raken met werkzaamheden binnen de desbetreffende locatie en met de organisatie BrabantZorg.

#### **Aandachtspunten:**

Voor de eerste observatie zijn twee aandachtspunten te benoemen:

##### *1. Interactie tussen de cliënt en de zorgverlener.*

Vragen die daarbij centraal staan:

- Hoe reageert de cliënt op de zorgverlener?
- Hoe reageert de zorgverlener op de cliënt?
- Komt het non-verbale gedrag overeen met het verbale gedrag van de cliënt en zorgverlener?

##### *2. Verstoringen.*

Vragen die daarbij centraal staan:

- Hoeveel verstoringen zijn er per cliënt?
- Wat veroorzaakt deze verstoringen?
- Hoe lang duren de verstoringen?
- Hoe wordt er omgegaan met deze verstoringen?
- Hoe worden verstoringen gecommuniceerd naar de cliënt?
- Hoe reageert een cliënt op de verstoring(en)?

#### **Verwerking:**

Antwoorden op bovenstaande vragen zullen genoteerd worden, waarbij het gaat om de vragen:

- Wat heb je gezien?
- Klopt het gedrag van de zorgverlener/cliënt bij de verbale communicatie?

Deze beschrijving dient zo nauwkeurig mogelijk te zijn. Hierdoor is het van belang om tijdens de observatie de ruimte te nemen om het een en ander te notuleren.

#### **Belangrijk:**

1. Duidelijke introductie van het onderzoek.
2. Medewerker geruststellen.  
Duidelijk maken dat er geen goed of fout is, maar dat het voor jou als observator belangrijk is om de organisatie te leren kennen en de werkzaamheden die worden uitgevoerd.
3. Afspraken maken over:
  - a. welke werkzaamheden je uit wil/kan voeren;
  - b. hoe je geïntroduceerd wordt aan de cliënt;
  - c. dat je mogelijkheden moet hebben om je terug te trekken om te notuleren.

## Observatie 3

Wie: Kimberley van Bijsteren (KvB)  
Wanneer: Week 24-25  
Datum: 17 juni 2011 7:00-15:00  
20 juni 2011 7:00-11:00

### Doel:

Valideren van de voorlopige resultaten en achterhalen van ontbrekende indicatoren.

### Aandachtspunten:

Voor de laatste observatie zijn twee aandachtspunten te benoemen:

#### 1. *Indicatoren*

Vragen die daarbij centraal staan:

- Worden de indicatoren tijdens de observatie terug gezien?
  - Rust
  - Prioriteit stellen
  - Observeren (PG)
  - Oprechte interesse
  - In waarde laten cliënt
  - Aandacht
  - Normen stellen
  - Vertrouwensband
  - Client kennen
  - Individuele bejegening
- Kloppen de relaties die door de onderzoeker of respondenten gelegd zijn?

#### 2. *Ontbrekende indicatoren*

Vragen die daarbij centraal staan:

- Worden er indicatoren waargenomen die niet opgenomen zijn in de voorlopige resultaten?

### Verwerking:

Antwoorden op bovenstaande vragen zullen genoteerd worden, waarbij het gaat om de vragen:

- Wat heb je gezien?
- Klopt het gedrag van de zorgverlener/cliënt bij de verbale communicatie?

Deze beschrijving dient zo nauwkeurig mogelijk te zijn. Hierdoor is het van belang om tijdens de observatie de ruimte te nemen om het een en ander te notuleren.

### Belangrijk:

1. Duidelijke introductie van het onderzoek.
2. Medewerker geruststellen; duidelijk maken dat er geen goed of fout is.
3. Afspraken maken over:
  - a. welke werkzaamheden je uit wil/kan voeren;
  - b. hoe je geïntroduceerd wordt aan de cliënt;
  - c. dat je mogelijkheden moet hebben om je terug te trekken om te notuleren.



## Bijlage VIII: Topiclist semi-gestructureerde interviews

Mijn naam is ..... Ik volg de master Strategisch HRM aan de Universiteit Utrecht. Voor mijn afstuderen doe ik samen met een andere student onderzoek binnen BrabantZorg naar kwaliteit van dienstverlening. Ik voer het onderzoek hier uit, de andere student in .....

BrabantZorg vindt dat de huidige meetinstrumenten vooral de ‘harde’ kant van zorg meten, hierbij gaat het vooral om de Wat?-vraag. Denk bijvoorbeeld aan het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Wij zijn vooral benieuwd naar de Hoe?-vraag. Dus “Hoe wordt de medicatie gegeven?”. Dit is ook wel de ‘zachte’ kant van zorg. Hierbij gaat het vooral om de interactie tussen cliënt en de zorgverlener. We kijken dus naar dat ‘extra’s’ wat het verschil maakt voor de cliënt. Ook ben ik op zoek naar wat medewerkers nodig hebben om dit beetje extra kwaliteit te leveren. Uiteindelijk wil ik samen met de andere student een meetinstrument ontwikkelen, zodat ook dit extra stukje kwaliteit bewaakt kan worden. Dit dient vooral een praktische instrument te zijn die door jullie gebruikt kan worden en ondersteunend is om betere kwaliteit van zorg te leveren.

Ik wil je daarom graag wat vragen stellen. Zeg me wat je denkt; er zijn geen goede of foute antwoorden. Wel is het belangrijk dat je je verplaatst in de cliënten en je bedenkt wat zij het beste zouden vinden.

Ik verwacht dat het gesprek ongeveer een uur duurt, maar dat is natuurlijk afhankelijk van verloop van het gesprek. Ik benadruk graag dat ik alles geheel anoniem zal verwerken. Bij het uitwerken van de resultaten van het onderzoek zal ik gebruik maken van andere namen en codes.

Heeft u er bezwaar tegen dat ik dit gesprek opneem? Zo kan ik het gesprek terugluisteren en op de juiste manier verwerken. Dit verkleint de kans op fouten. Daarnaast zal ik tijdens het gesprek wat aantekeningen maken.

Graag test ik even de opnameapparatuur uit en dan kunnen we beginnen. Heb je nog vragen alvorens wij beginnen?

(recorder aanzetten)

- Geslacht: .....
- ‘Allereerst zou ik graag wat algemene dingen van je willen weten...’
  - Leef tijd?
  - Functie?
  - Vooropleiding / achtergrond?
  - Aantal jaren werkzaam in de zorg / bij deze instelling?
  - Waarom werkzaam in de ouderenzorg?

‘Laten we dan nu gaan praten over het eerste onderwerp van het onderzoek, namelijk de kwaliteit van dienstverlening.’

- **TOPIC 1a:** Kwaliteit van dienstverlening

**Beginvraag:** Wat is belangrijk in de ogen van de cliënten zodat zij zich (zo) gelukkig (mogelijk) voelen?

**Alternatieve formulering:** ‘Wat moet jij doen zodat een cliënt volledig tevreden is?’

**Verder behandelen:**

EVT TOESPITSEN OP BEPAALDE ZORGMOMENTEN EN INDIEN NODIG SPLITSSEN TUSSEN PG EN SOMATIEK: Vragen (bij aspecten of voorbeelden) of iets algemeen geldend of specifiek bijzonder is voor bepaalde zorgmomenten of algemeen of specifiek voor PG of somatiek.

- Het belang van een **individuele behandeling** (het kennen van cliënten en zijn/haar behoeften) en de mogelijkheid voor cliënten om nog bepaalde zelfbeschikking te hebben (mate van eigen inbreng / mate van keuzemogelijkheden).
- **Vertrouwen** van de cliënt in de zorgverlener en de zorg, geloofwaardigheid van de zorgverlener.
- **Benadering** van de zorgverlener; manier van communicatie, begripvol, respect, rust, flexibel, eerlijk, alert, aandachtig.
- **Sfeer** (huiselijk).

*Doorvragen;*

- Kun je dat misschien verduidelijken door een voorbeeld te geven?
- In welke situatie kom je iets tegen?
- Wat deed je precies in deze situatie?
- Wat had je anders kunnen doen?

- **TOPIC 1b:** Niveaus van kwaliteit van dienstverlening

**Beginvraag:** Kun je met een voorbeeld aangeven wat een hoog niveau is als het gaat om ...?

**Alternatieve formuleringen:** ‘Hoe zou je een ideale (zorg)situatie/moment omschrijven?’

**Verder behandelen:**

- Kun je met een voorbeeld aangeven wat een laag niveau is als het gaat om ...?
- Proberen om verschillende voorbeelden voor verschillende niveaus te bespreken.

- **ALTERNATIEF:** Niveaus van kwaliteit van dienstverlening

**Beginvraag:** Hoe beoordeel jij nou de kwaliteit van dienstverlening binnen Katwijk met een rapportcijfer?

**Verder behandelen:**

- Wat maakt het goed?
- Wat kan er beter?
- Kun je voorbeelden noemen?

- *Voorgaande kort samenvatten.*

‘Dan ga ik nu graag door op het volgende onderwerp, namelijk de ondersteuning die jij nodig hebt om een goede kwaliteit van dienstverlening te kunnen geven.’

**TOPIC 2a:** Technische (*instrumental*) ondersteuning: materiële goederen, diensten, of concrete hulp (steun).

**Beginvraag:** Welke hulpmiddelen heb jij nodig om jouw werk goed uit te voeren?

**Alternatieve formuleringen:** ‘Welke goederen, diensten of concrete hulp heb je nodig om je werk goed uit te kunnen voeren?’

‘Hoe kun jij door hulpmiddelen ondersteund worden zodat jij je werk goed uit kan voeren?’

**Voorbeeld uit de praktijk:** Zorgleefplan. Hulpmiddelen (denk aan washandjes, handdoeken, verband etc.) op de juiste plek en voorradig. Werkplek inrichting.

**Verder behandelen:**

- Ervaren HR-praktijken (W&S, beloning, beoordeling & PM, T&O en medezeggenschap)
- Opportunity (AMO-model) hierbij gaat het om autonomie, werk(plek) inrichting (*work design*), medezeggenschap, betrokkenheid, communicatie, gezondheid & veiligheid (Arbo).

*Doorvragen;*

- Zou je daar misschien iets meer over kunnen vertellen?
- Kun je een concreet voorbeeld geven?
- Hoe zou dit de kwaliteit van dienstverlening verbeteren?

- **TOPIC 2b** Sociale ondersteuning

**Beginvraag:** Hoe kan jij door jouw omgeving (denk aan collega's, leidinggevenden, ondersteunende diensten en Raad van Bestuur) ondersteund worden om jouw werk goed uit te voeren?

**Alternatieve formuleringen:** ‘Wat heb jij van je omgeving (denk aan collega's, leidinggevenden, ondersteunende afdelingen en Raad van Bestuur) nodig om je werk goed uit te kunnen voeren?’

**Verder behandelen:**

- Welke ondersteuning heb jij nodig van jouw **collega's** om uw werk goed uit te voeren?
- Welke ondersteuning heb jij nodig van jouw **leidinggevenden** om uw werk goed uit te voeren?
- Welke ondersteuning jij nodig van de **organisatie** (Raad van Bestuur en/of ondersteunende afdelingen) om jouw werk goed uit te voeren?

*Bij sociale ondersteuning kan het gaan om:*

- Taakondersteuning
- (Loopbaan)begeleiding
- Advies/coaching
- Emotionele ondersteuning
- Informatieve ondersteuning

*Doorvragen; zou je daar misschien iets meer over kunnen vertellen?*

- *Aan het einde kort samenvatten.*

- **Afronden:**

‘Zijn er nog andere belangrijke dingen dit je kwijt wilt die kunnen belangrijk kunnen zijn voor dit onderzoek?’

- **Afsluiting.**

Ik heb voldoende informatie om mee aan de slag te gaan. Hartstikke bedankt daarvoor. Hoe heb je het gesprek ervaren? Ik zal je mijn e-mailadres geven. Mocht je nog vragen of opmerkingen hebben, dan kunt je contact met mij opnemen. Heb je verder nog vragen?

---

## *Bijlage IX: Codeboom*

---

### **KWALITEIT VAN ZORG**

#### **Uitkomstkwaliteit**

1. Rustige cliënt
2. Verminderde hospitalisatie
3. Tevredenheid
4. Veiligheid
5. Eigenwaarden

#### **Proceskwaliteit**

1. Individuele bejegening
  - a. Levensstijl voortzetten
  - b. Mate van keuzemogelijkheid
  - c. Mate van eigen inbreng
2. Vertrouwensband
  - a. Herkenning
  - b. Veilig gevoel creëren
3. Cliënt kennen
4. Aandacht
  - a. Tijdens en naast de zorgmomenten
    - i. Contact hebben met de cliënt
    - ii. Bieden van ondersteuning
  - b. Naast de zorgmomenten
    - i. Individuele activiteiten
    - ii. Gezamenlijke activiteiten in ‘huisjes’
5. In waarde laten van de cliënt
  - a. Informeren en uitleggen
  - b. Eerlijkheid
  - c. Respect
    - i. Meegaan in de beleving
6. Normen stellen

### **ONDERSTEUNING**

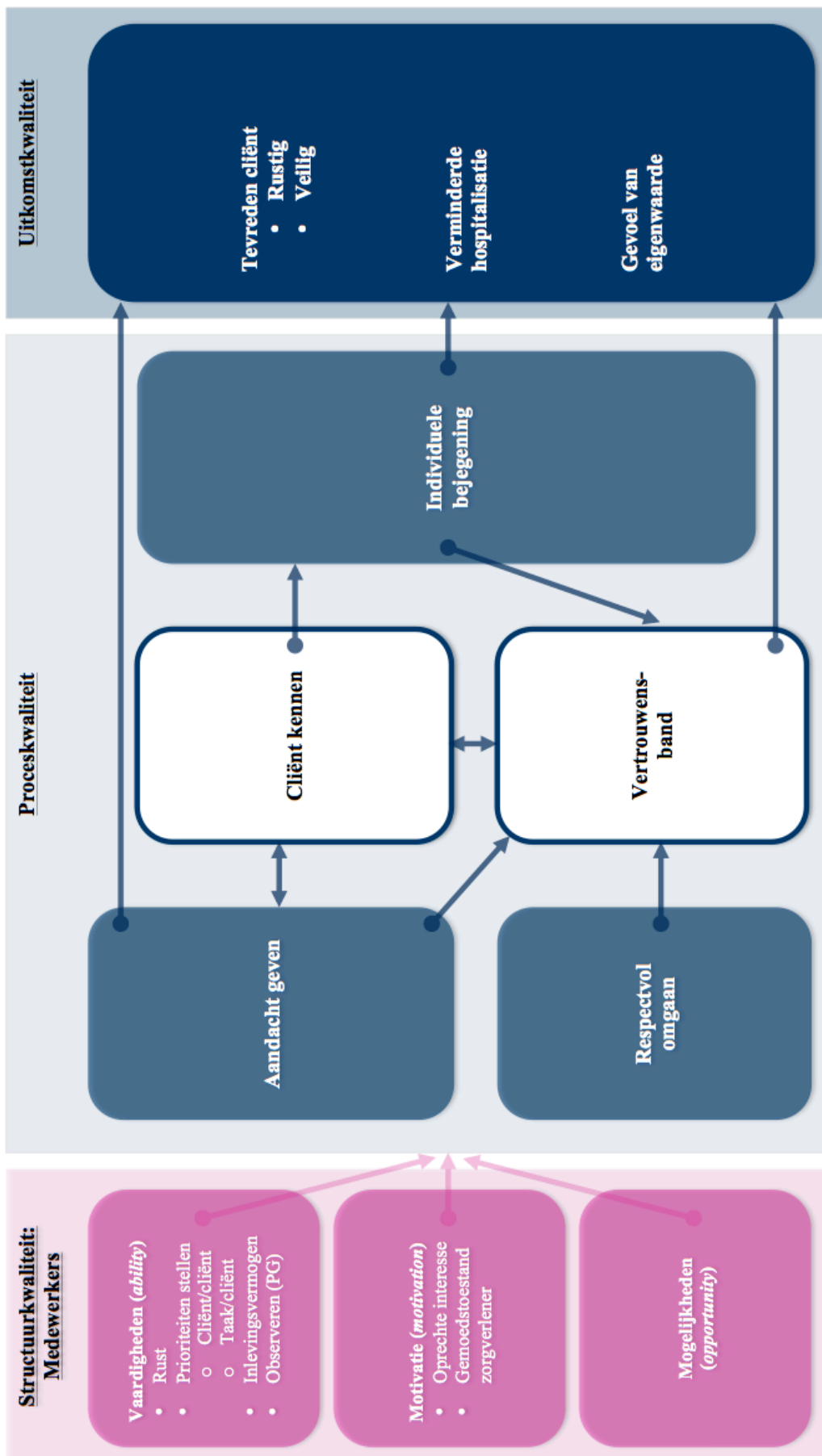
#### **Structuurkwaliteit**

1. Instrumentele ondersteuning
  - a. HR praktijken
    - i. Training en ontwikkeling
    - ii. Waardering
    - iii. Performance management
    - iv. Regelruimte
    - v. Inspraak
  - b. Tijd
  - c. Kleinschalig wonen

- d. Hulpmiddelen
- 2. Sociaal-emotionele ondersteuning
  - a. Collega's
    - i. Taakondersteuning
    - ii. Emotionele ondersteuning
    - iii. Advies
  - b. Leidinggevende
    - i. Vertrouwen
    - ii. Taakondersteuning
    - iii. Emotionele ondersteuning
  - c. Organisatie
    - i. Vertrouwen
    - ii. Taakondersteuning
    - iii. Emotionele ondersteuning
- 3. Vaardigheden
  - a. Rust
  - b. Prioriteiten stellen
  - c. Inlevingsvermogen
  - d. Observeren
- 4. Motivatie
  - a. Oprechte interesse
  - b. Gemoedstoestand zorgverlener

*Bijlage X: Kwalitatief meetinstrument & Ondersteuningsbehoeften*

**Ia. Kwaliteit van zorg**



## Ib. Handleiding

### Structuurkwaliteit

De zorgverlener moet in staat zijn om kwaliteit van zorg te leveren. Hiervoor heeft de zorgverlener allereerst diverse vaardigheden nodig, maar ook motivatie is belangrijk. Tot slot zijn de mogelijkheden van belang die de zorgverlener krijgt (bijvoorbeeld een fijne werkomgeving, tijd, beschikken over de juiste hulpmiddelen die functioneren en weinig verstoringen).

4. *Vaardigheden (ability)*: Bij *ability* gaat het erom dat medewerkers het *kunnen*, omdat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikken. De volgende vaardigheden zijn belangrijk:
  - d. Rust: Het niet gehaast zijn van een zorgverleners, ongeacht de ervaren werkdruk.
  - e. Prioriteiten stellen: Keuzes maken tussen verschillende cliënten of keuzes maken tussen de cliënt en een taak.
  - f. Inlevingsvermogen: Het verplaatsen in de cliënt en hier naar handelen.
  - g. Observeren (PG): Het kijken naar de non-verbale communicatie van cliënten.
5. *Motivatie*: Bij motivatie gaat het erom dat medewerkers het werk *willen* doen, omdat zij voldoende geïnteresseerd zijn en gestimuleerd worden. De motivatie wordt beïnvloed door de gemoedstoestand van de zorgverleners. Motivatie uit zich door oprechte interesse die medewerkers tonen in de cliënt.
6. *Mogelijkheden (Opportunity)*: *Opportunity* gaat om de vraag of de werkstructuren en omgeving voldoende ondersteuning en ruimte voor expressie bieden.

### Proceskwaliteit

De proceskwaliteit beschrijft de manier waarop de zorg geleverd moet worden om de gewenste uitkomst te bereiken. De drie aspecten die gaan om de interactie en bejegening zijn ‘meetbaar’ gemaakt. Het gaat om de indicatoren aandacht, respect en individuele bejegening. In bijgevoegde tabellen worden deze indicatoren voor kwaliteit uitgelegd aan de hand van aspecten die belangrijk zijn bij deze indicatoren. Per aspect van de indicatoren is een hoog niveau van kwaliteit van zorg en een laag niveau beschreven. Aan de hand hiervan kan in dialoog bepaald worden hoe een team op een bepaalde indicator scoort.

De genoemde aspecten ‘cliënt kennen’ en ‘vertrouwensband’ zijn geen indicatoren die de bejegening of interactie beschrijven. Wel zijn dit belangrijke schakels binnen het proces. Ze zijn belangrijk om verbanden in het instrument te begrijpen. Ze kunnen ook wel beschouwd worden als een soort tussenuitkomsten tussen het proces en de uitkomst. Ze komen logisch voort uit de indicatoren de interactie en bejegening wanneer deze voor hoge kwaliteit van zorg staan.

Bij het kennen van de cliënt is het belangrijk dat een zorgverlener meer weet van een cliënt dan strikt staat beschreven in het zorgplan.

Bij de vertrouwensband zijn een aantal zaken belangrijk. Een vertrouwen op persoonlijk vlak is belangrijk; dat een cliënt zijn/haar verhaal kwijt durft aan de zorgverlener. Ook een vertrouwen in een zorgverlener die bekend is, dat ze weten dat een zorgverlener de cliënt kent en zijn/haar vak verstaat/deskundig is.

### Aandacht

	Hoge kwaliteit van zorg	Lage kwaliteit van zorg
Praatje maken	Een zorgverlener die tijdens de zorg gezellig een praatje maakt met een bewoner. Dit kan over van alles gaan, bijvoorbeeld het weer of wat iemand die dag gaat doen.	Een zorgverlener die tijdens de zorg alleen dingen zegt die over de zorg gaan, zoals ik ga u nu draaien of ik ga nu even een lift halen.
Iets extra's doen	Tijdens de zorg: een zorgverlener die tijdens de zorg tijd neemt om iets te doen voor de cliënt wat niet in de zorgafspraken is omschreven, zoals een nagellakje opdoen. Buiten de zorg: een zorgverlener die iets gaat	Een zorgverlener die zich strikt houdt aan de zorgafspraken zoals deze omschreven staan in het zorgplan en daarbuiten niks doet voor de cliënten.



	doen met een cliënt wat diegene leuk vindt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een wandeling maken, een spelletjes doen of gewoon even gezellig kletsen met een kop koffie.	
Interesse/ verdiepen	Een zorgverlener die zowel tijdens als buiten de zorg vragen aan cliënt stelt. Dit kunnen vragen zijn met betrekking tot de gezondheid, bijvoorbeeld heeft u nog veel last van uw nieuwe medicijnen. Dit gaat ook om interesse over persoonlijke dingen, bijvoorbeeld 'heeft u lekker geslapen?' of 'wat heeft u gisteren allemaal gedaan?' of 'wat deed u vroeger het liefste in uw vrije tijd?' .	Een zorgverlener die alleen vragen stelt aan cliënten over dingen die binnen het verlenen van de zorg vallen, bijvoorbeeld wat iemand wil eten.
Luisteren	Een zorgverlener die hoort wat iemand zegt en daar ook blijk aan geeft naar de cliënt toe, zodat een cliënt zich daadwerkelijk gehoord voelt. Dit kan bijvoorbeeld door te een antwoord te geven op hetgeen iemand zegt of iets te herhalen.	Een zorgverlener die geen directe aandacht schenkt aan wat een cliënt zegt en niet laat blijken dat hij/zij de cliënt gehoord heeft.
Non-verbale communicatie	Een zorgverlener kan aandacht geven door non-verbale communicatie door een cliënt een aanraking te geven bijvoorbeeld een aai of een schouderklopje. Ook het maken van oogcontact hoort hierbij, zodat een cliënt zich gezien voelt door de zorgverlener.	Een zorgverlener die alleen zorggebonden fysiek contact maakt met een cliënt, bijvoorbeeld tijdens het wassen. Een zorgverlener die als het ware over een cliënt heen kijkt.
Emotionele ondersteuning	Een zorgverlener die luistert naar de problemen van cliënten en samen met de cliënt probeert een oplossing te vinden of die een oplossing aandraagt voor een cliënt. Een voorbeeld is als een cliënt verdrietig is op dat moment luisteren naar die cliënt en in overleg verzinnen wat er gedaan kan worden om het beter te maken voor die cliënt.	Een zorgverlener die niet de tijd neemt om te luisteren naar een persoonlijk verhaal van een cliënt. Of een zorgverlener die wel de tijd neemt om te luisteren, maar vervolgens niet probeert om samen met een cliënt een oplossing te vinden en daarmee het probleem bij de cliënt laat liggen.

## Respect

	Hoge kwaliteit van zorg	Lage kwaliteit van zorg
In waarde laten	Een zorgverlener die niet tegen de normen, waarden en gebruiken van een cliënt in gaat. Hierbij kun je denken aan de manier waarop een cliënt zijn/haar kamer inricht of een geloof dat iemand aanhangt. En cliënt moet daar vrij in zijn, zonder het gevoel te hebben dat een zorgverlener daar iets van vindt.	Een zorgverlener die ingaat tegen de normen, waarden en gebruiken van een cliënt. Bijvoorbeeld een zorgverlener dit zich bemoeit met de manier waarop een cliënt zijn of haar kamer inricht. Een ander voorbeeld is een zorgverlener die een oordeel velt over het geloof dat een cliënt heeft in zijn/haar bijzijn.
Eerlijkheid	Somatiek: Een zorgverlener die nastreeft om altijd eerlijk te zijn tegen een cliënt. In sommige gevallen is het voor de cliënt beter als een zorgverlener niet helemaal eerlijk is. Dit is erg cliëntgebonden en de zorgverlener moet dit inschatten. Als een zorgverlener bijvoorbeeld weet dat een cliënt erg overstuurd wordt als	Somatiek: Een zorgverlener die tegen een cliënt liegt of dingen verzwijgt uit eigenbelang, omdat het voor de zorgverlener even beter uitkomt als een cliënt ergens niet van op de hoogte is.

	<p>de bloedsuikerwaarden niet helemaal goed zijn, kan het voor de cliënt beter zijn om hier niet eerlijk over te zijn. Dit zou namelijk geen reden hoeven zijn om overstuur te raken.</p> <p>PG: Een zorgverlener die (zover mogelijk) meegaat in de belevingswereld van een cliënt. Voor het gevoel van de cliënt wordt hij/zij dan eerlijk behandeld. Wanneer een cliënt aangeeft dat hij/zij naar huis moet om de kinderen te halen kan de zorgverlener hier het beste in mee gaan. Een zorgverlener kan bijvoorbeeld vragen waar ze dan heen moeten en zo een gesprek aanknopen met een cliënt. Vaak wordt een cliënt hierdoor afgeleid en hoeft deze uiteindelijk niet meer naar huis.</p>	<p>PG: Een zorgverlener die eerlijk is naar een cliënt en daardoor niet meegaat in de belevingswereld van die cliënt op dat moment. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld aangeeft dat hij/zij naar huis moet en zorgverlener reageert hierop door te zeggen dat hij/zij geen huis meer heeft en hier woont, zal een cliënt zich verward, ongerust, bang en/of overstuur voelen.</p>
Duidelijkheid	<p>Een zorgverlener die informatie en uitleg geeft over tal van onderwerpen, waaronder de zorg die hij/zij levert aan een cliënt. Dat kan zijn hoe lang het duurt voordat een zorgverlener een cliënt van het toilet komt halen, maar ook waarom een cliënt bepaalde medicijnen krijgt of wat de reden is dat een cliënt moet wachten op de zorg (ik moet nog even iemand anders van het toilet afhelfen).</p> <p>Bijv: 'Ik kom over 5 minuten bij u, want ik ben nog bezig met het douchen van iemand anders.'</p>	<p>Een zorgverlener die geen informatie en uitleg geeft aan de cliënt bij (zorggebonden) handelingen die hij/zij uitvoert of een zorgverlener die geen informatie en uitleg geeft tijdens interactie met de cliënt .</p> <p>Bijv: 'Ik kom zo bij u.'</p>
Afspraken nakomen	<p>Een zorgverlener die doet wij hij/zij zegt en dus de afspraken nakomt die hij/zij maakt met de cliënt. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om een actie te ondernemen op verzoek van een cliënt, bijvoorbeeld een persoonlijk bezit op de ruimen in een kast. Ook is het bijvoorbeeld belangrijk dat een als een zorgverlener met een cliënt afsprekt dat hij/zij over 5 minuten terugkomt om cliënt van het toilet te halen, dat de zorgverlener dit dan ook doet.</p>	<p>Een zorgverlener die niet nakomt wij hij/zij zegt en afsprekt met een cliënt. Bijvoorbeeld als een cliënt vraagt om iets op te bergen, dat een zorgverlener dit vergeet. Of een zorgverlener die afsprekt om een cliënt na 5 minuten van het toilet te halen en vervolgens pas na 20 minuten komt.</p>
Begrip	<p>Een zorgverlener die begrip toont voor de situatie van een cliënt en zijn/haar gevoelens. Begrip kan door een zorgverlener worden uitgesproken naar een cliënt.</p> <p>Bijv: 'Ik begrijp dat het heel vervelend is om lang te wachten voordat u van het toilet wordt gehaald.'</p>	<p>Een zorgverlener die de situatie en gevoelens van een cliënt afdoet alsof deze er niet toe doen of alsof een cliënt zich niet aan moet stellen.</p> <p>Bijv: 'Ach, u bent niet de enige die lang moet wachten voordat u van het toilet wordt gehaald.'</p>

### Individuele bejegening

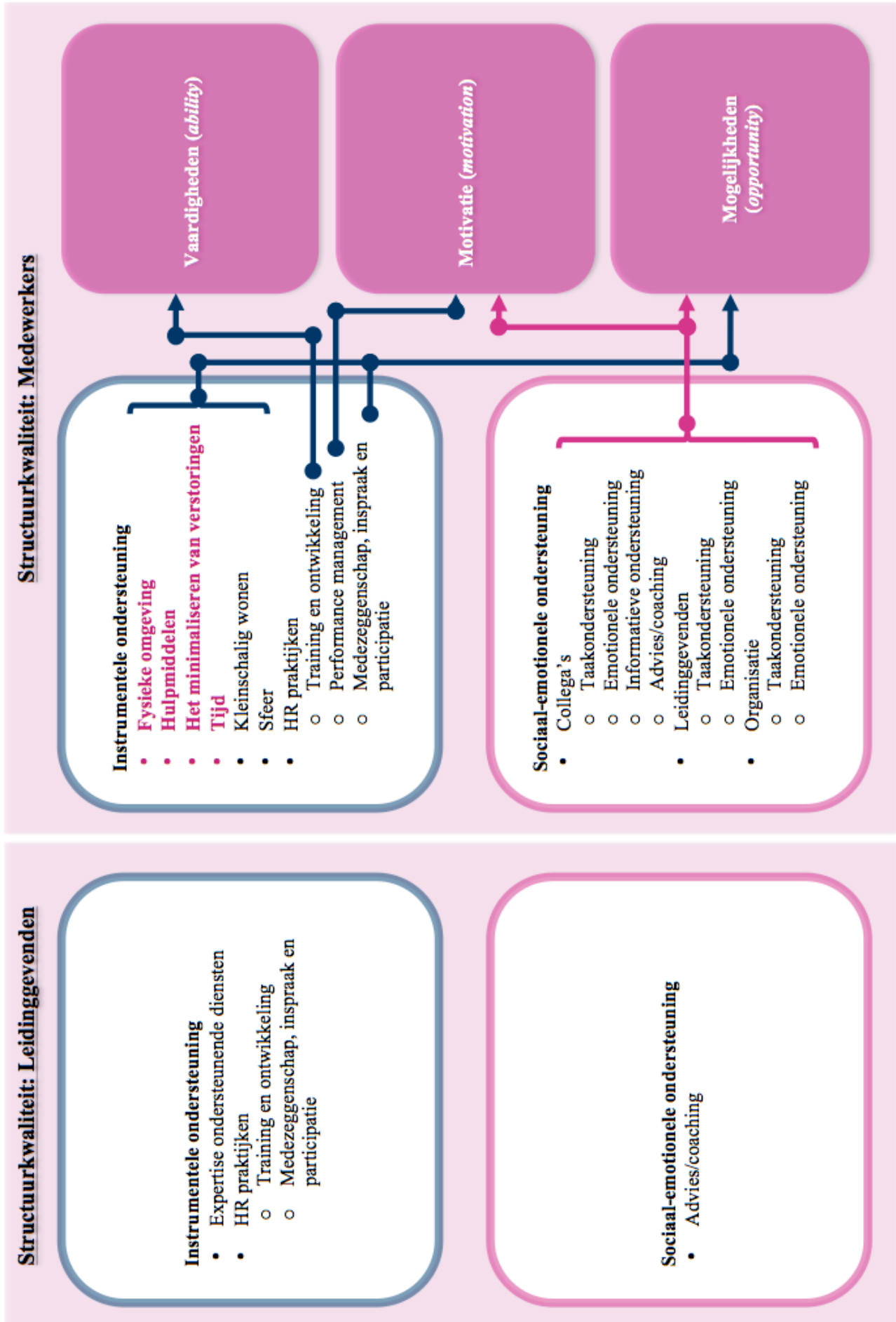
	Hoge kwaliteit van zorg	Lage kwaliteit van zorg
Aan wensen voldoen	Een zorgverlener die tegemoet komt aan de wensen van een cliënt zoals de cliënt deze uit naar de zorgverlener toe. Dit kan zowel naast als tijdens de	Een zorgverlener die uitgaat van de zorgafspraken zoals deze zijn vastgelegd in het zorgplan en niet ingaat op de

	<p>zorg zijn. Bijv: Een cliënt geeft aan dat hij/zij vandaag graag eens wat langer in bed wil blijven, dan moet de zorgverlener hieraan voldoen.</p>	<p>wensen van de cliënt op dat moment. Bijv: Een cliënt heeft aan dat hij/zij graag eens wat langer in bed wil blijven en de zorgverlener haalt een cliënt toch op de ‘normale’ tijd uit bed.</p>
Voortzetten levensstijl	<p>Een zorgverlener die zich ervan bewust is dat cliënten hun eigen gewoontes en routines hebben en hiernaar handelen.  Bijv: Een cliënt heeft een kunstgebit en hij/zij was altijd gewend om deze gewoon op het nachtkastje te leggen. De zorgverlener is gewend om het in een bakje te leggen met water. In dit geval moet de zorgverlener het gebit op het nachtkastje laten liggen omdat de cliënt dat zo gewend is.</p>	<p>Een zorgverlener die tijdens en buiten de zorg geen rekening ermee houdt dat cliënt hun eigen gewoontes en routines hebben.  Bijv: Een cliënt heeft een kunstgebit en hij/zij was altijd gewend om deze gewoon op het nachtkastje te leggen. De zorgverlener is gewend om het in een bakje te leggen met water en legt daarom het gebit in een bakje met water en houdt daarmee geen rekening met hoe de cliënt het gewend is.</p>
Keuze-mogelijkheden	<p>Somatiek: Een zorgverlener die een cliënt keuzes biedt. Dit kan gaan over alles waarin het mogelijk is om de cliënt een keuze te geven; eten, kleding, dagbesteding, bedtijden, etc. Een zorgverlener die vervolgens handelt naar de keuze van de cliënt.  PG: Afhankelijk van het stadium van het ziektebeeld moet dit genuanceerd worden. Een zorgverlener kan ook hier cliënten een keuze geven, maar hierbij is het belangrijk dat de zorgverlener de keuzemogelijkheden voor cliënt beperkt. Dus een zorgverlener kan een cliënt bijv. laten kiezen uit 3 soorten broodbeleg of uit 2 setjes kleding.</p>	<p>Somatiek &amp; PG: Een zorgverlener die een cliënt geen of te weinig keuze laat en daarmee bepaalde dingen opdringt aan de cliënt. Dit kan uit gemakzucht van de zorgverlener zijn.</p>
Eigen inbreng	<p>Een zorgverlener die een cliënt laat doen wat hij/zij nog kan, ondanks dat dit langzaam gaat of misschien niet helemaal gebeurt op de manier waarop de zorgverlener dat het liefste ziet. Bijv: Een cliënt nog zelf de tanden laten poetsen. Dit duurt langer dan wanneer een zorgverlener dit zou doen, maar het is beter als een zorgverlener dit toch overlaat aan een cliënt.</p>	<p>Een zorgverlener die alles uit handen neemt van een cliënt, ook de dingen die hij/zij zelf nog kan. Reden hiervan kan zijn dat het sneller en beter gebeurt wanneer de zorgverlener het doet. Bijv: De tanden poetsen van een cliënt die dat zelf nog kan, omdat het dan sneller gaat en misschien beter gebeurt dan wanneer een cliënt het zelf doet.</p>

### Uitkomstkwaliteit

Dit beschrijft de gewenste uitkomst van de kwaliteit van zorg.

## IIa. Ondersteuning van medewerkers en leidinggevenden



## Iib. Handleiding

Om te komen tot kwaliteit van zorg hebben medewerkers en leidinggevendenden bepaalde ondersteuningsbehoeften. Dit wordt ook wel de structuurkwaliteit genoemd. De structuurkwaliteit verwijst naar de fysieke, organisatorische en andere kenmerken van het zorgsysteem.

### Instrumentele ondersteuning van medewerkers

Bij instrumentele ondersteuning gaat het om de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten (Vaux, 1988), inclusief HRM praktijken

7. *Fysieke omgeving*: De beschikbare ruimte die de zorgverleners of de cliënten hebben. Hierbij kan gedacht worden aan de ruimte in de slaapkamer, toilet-, doucheruimtes en opberghokken. Het is bij de fysieke ruimte ook belangrijk dat elke cliënt een eigen kamer heeft.
8. *Hulpmiddelen*: De mate waarin hulpmiddelen aanwezig of voorradig zijn en functioneren. Hulpmiddelen omvat allerlei zorg technische hulpmiddelen, zoals handdoeken, lakens, incontinentie materiaal, verbandmaterialen en tilliften. Het gaat echter ook om hulpmiddelen die niet direct bij de zorg nodig zijn, zoals zorgplannen, begeleidingsplannen en omgangsadviezen.
9. *Het minimaliseren van verstoringen*: Het aantal verstoringen, veroorzaakt door bijvoorbeeld het misgrijpen van hulpmiddelen, het binnenlopen van collega's met vragen en de bel, terugdringen.
10. *Tijd*: De mate waarin de zorgverlener de gelegenheid krijgt om een cliënt te bejegenen.
11. *Kleinschalig wonen*: Kleinschalig wonen zijn wooneenheden van zes ouderen en een zorgverlener, waarbij een gezamenlijk huishouden gevoerd wordt. Elke cliënt heeft een eigen slaapkamer, waar de mogelijkheid is om eigen spullen te zetten.
8. *Sfeer*: Door een juiste sfeer zal de cliënt zich op zijn of haar gemak voelen en zal hij of zij de zorgverlener gemakkelijker toelaten. Er kan dus sneller gekomen worden tot welzijn van een cliënt. Sfeer verwijst naar twee zaken, namelijk de mate waarin de omgeving rust uitstraalt en de mate waarin de omgeving huiselijk aanvoelt.
12. *HR praktijken*:
  - d. *Training en ontwikkeling*: De mate waarin de medewerkers de mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen, door middel van cursussen en/of opleidingen.
  - e. *Performance management*: Met performance management wordt bedoeld dat leidinggevendenden doelen stellen aan de medewerkers. Als deze doelen behaald zijn kunnen de medewerkers gewaardeerd worden.
  - f. *Medezeggenschap, inspraak en participatie*: de mate waarin medewerkers op basis van eigen kennis en kunde het werk uit kunnen voeren en invloed uit kunnen oefenen op de werkorganisatie.

### Sociaal-emotionele ondersteuning van medewerkers

Sociaal-emotionele ondersteuning gaat om de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering. Medewerkers hebben sociaal-emotionele ondersteuning nodig op drie verschillende niveaus, namelijk collega's, leidinggevendenden en organisatie.

#### Collega's

5. *Taakondersteuning*: Collega's willen hulp van elkaar door middel van bijvoorbeeld hulp bij het verzorgen van cliënten, maar ook de uitwisseling van taken en ideeën is van belang.
6. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de emoties gedeeld kunnen worden met collega's, zowel over werk- als privé gerelateerde onderwerpen. Hierbij is vertrouwen een belangrijk onderdeel; collega's moeten elkaar kunnen vertrouwen, bijvoorbeeld vertrouwen in elkaars deskundigheid. Kortom. tekenen van waardering en affectie.
7. *Informatieve ondersteuning*: Omvat de uitwisseling van informatie die bijdrage levert aan het oplossen van problemen.
8. *Advies/coaching*: De mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie.

### Leidinggevenden

3. *Taakondersteuning*: Omvat de mate van hulp van de leidinggevenden aan collega's, waarbij het vooral gaat om de uitwisseling van ideeën.
4. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de emoties gedeeld kunnen worden met de leidinggevende, zowel over werk- als privé gerelateerde onderwerpen. Vertrouwen is hierbij een belangrijk onderdeel. Medewerkers willen dat leidinggevenden 'echt' luisteren, dat ze erop aan kunnen en dat afspraken door leidinggevenden worden nagekomen.

### Organisatie

3. *Taakondersteuning*: Omvat de hulp in de vorm van expertise van bijvoorbeeld artsen, psychologen en fysiotherapeuten.
4. *Emotionele ondersteuning*: De mate waarin de organisatie begrip toont in de medewerkers.

### Instrumentele ondersteuning van leidinggevenden

Bij instrumentele ondersteuning gaat het om de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten, inclusief HRM praktijken.

3. *Expertise ondersteunende diensten*: Omvat de hulp in de vorm van expertise van de gespecialiseerde ondersteunende diensten.
4. *HR praktijken*:
  - c. *Training en ontwikkeling*: De mate waarin de leidinggevenden de mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen, door middel van cursussen en/of opleidingen.
  - d. *Medezeggenschap, inspraak en participatie*: De mate waarin leidinggevenden op basis van eigen kennis en kunde het werk uit kunnen voeren en invloed uit kunnen oefenen op de werkorganisatie.

### Sociaal-emotionele ondersteuning van leidinggevenden

Sociaal-emotionele ondersteuning gaat om de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering.

2. *Advies/coaching*: De mate waarin informatie wordt gegeven die relevant is voor zelfevaluatie en informatie die gegeven wordt voor de evaluatie van het gevoerde beleid.

---

*Bijlage XI: SHRM en het publieke domein*

---

# SHRM en het Publieke Domein

Waarom past het afstudeeronderzoek binnen de USBO en specifiek de Master SHRM?

<b>Student</b>	Kimberley van Bijsteren 3628221 k.vanbijsteren1@students.uu.nl
<b>Instelling</b>	Universiteit Utrecht Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie Departement Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap Master Strategic Human Resource Management
<b>Vakomschrijving</b>	Capita Selecta Prof. Dr. P. Boselie (p.boselie@uu.nl) Aantal pagina's: 5
<b>Plaats en datum</b>	Utrecht 14 maart 2011



---

## *Inhoud*

---

<b>INLEIDING</b> .....	<b>115</b>
BRABANTZORG: EEN INTRODUCTIE .....	115
<b>1. WAT IS DE PUBLIEKE IDENTITEIT VAN BRABANTZORG?</b> .....	<b>115</b>
1.1    DICHOTOMIE PRIVAAT-PUBLIEK: FORMELE KENMERKEN .....	115
1.2    PUBLIEKE IDENTITEIT .....	116
<b>2. WAT IS DE PUBLIEKE DIMENSIE VAN HET ONDERZOEKSTHEMA: ‘KWALITEIT VAN ZORG’?</b> .....	<b>118</b>
<b>3. WELKE ROL SPEELT SHRM BINNEN HET ONDERZOEK?</b> .....	<b>118</b>
<b>CONCLUSIE</b> .....	<b>119</b>
<b>LITERATUUR</b> .....	<b>120</b>

---

## *Inleiding*

---

Het afstudeeronderzoek wordt verricht binnen het departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO) en specifiek de Master Strategic Human Resource Management (SHRM). USBO (2011) “bestudeert organisaties met een publieke functie en de wisselwerking met hun maatschappelijke en bestuurlijke omgeving”. Hierbij gaat het niet alleen om publieke organisaties maar ook particuliere organisaties met een publieke taak. USBO (2010) “richt zich vooral op de vraag hoe deze organisaties omgaan met actuele maatschappelijke vraagstukken en vorm geven aan hun publieke verantwoordelijkheid”. Met andere woorden de USBO richt zich op het publieke domein.

In de Master SHRM is in de eerste cursus ‘Van government naar governance: SHRM’ aandacht besteed aan de publieke dimensie van HRM-vraagstukken. In de leerkring (Capita Selecta) is de publieke dimensie van HRM-vraagstukken wederom aan de orde gekomen. Deze Capita Selecta is de aanleiding voor deze paper.

De doelstelling van deze paper is het geven van een verantwoording dat het afstudeeronderzoek binnen de USBO en specifiek de Master SHRM past. De doelstelling resulteert in één vraagstelling die in deze paper centraal staan:

### *Waarom past het afstudeeronderzoek binnen de USBO en specifiek de Master SHRM?*

Om deze centrale vraagstelling te beantwoorden zal specifiek op de volgende drie vraagstellingen ingegaan worden:

1. Wat is de publieke identiteit van BrabantZorg?
2. Wat is de publieke dimensie van het onderzoeksthema: ‘kwaliteit van zorg’?
3. Welke rol speelt HRM in het onderzoek?

Alvorens erin zal worden gegaan op deze drie vraagstellingen, zal een korte introductie gegeven worden van BrabantZorg, de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt.

### **BrabantZorg: Een introductie**

BrabantZorg biedt 24 uur per dag in en vanuit 24 locaties zorg en dienstverlening. BrabantZorg is een jonge organisatie die tot stand is gekomen door een fusie tussen Welsteat en Zorg voor Ouderen Maasland. Momenteel zijn ongeveer 5.000 medewerkers werkzaam bij BrabantZorg. BrabantZorg (2009:9) heeft de ambitie “dat mensen zo plezierig mogelijk kunnen leven; zelfstandig wonen en regie voeren over het eigen leven of zo nodig beschermd wonen met ondersteuning”. Als visie hebben zij dat BrabantZorg een organisatie is van en voor mensen. BrabantZorg wil dan ook voor haar cliënten, medewerkers en vrijwilligers lokaal naar de menselijke maat functioneren. BrabantZorg onderkent dat zorg mensenwerk is, waardoor de kernwaarden aandacht, keuze en gemak is, voor zowel de cliënt als voor de medewerkers/vrijwilligers.

---

## *1. Wat is de publieke identiteit van BrabantZorg?*

---

Om de vraag te kunnen beantwoorden wat de publieke identiteit van BrabantZorg is maak ik gebruik van twee artikelen, namelijk Rainey (2003) en Noordegraaf en Teeuw (2003). Rainey (2003) gaat in op de formele kenmerken van een publieke organisatie, terwijl Noordegraaf en Teeuw (2003) ingaan op de mogelijke publieke identiteit van organisaties. Noordegraaf en Teeuw (2003) laten als het ware de dichotome tegenstelling tussen publiek en privaat los. In de volgende paragraaf zal gekeken worden naar de formele kenmerken van BrabantZorg, waarna vervolgens de publieke identiteit aan bod komt.

### **1.1 Dichotomie privaat-publiek: formele kenmerken**

Rainey (2003) geeft aan dat publieke en private organisatie op basis van drie formele kenmerken kunnen worden onderscheiden, namelijk *ownership* (eigendom), *funding* (financiering) en *mode of social control*. Vanuit deze gedachte kan er gekeken worden naar BrabantZorg (zie tabel 1). BrabantZorg is geen eigendom van de overheid, waardoor BrabantZorg geen pure overheidsinstelling is, zoals bedoeld door Rainey (2003).

De overheid heeft echter wel invloed op BrabantZorg. Hiervoor kan gekeken worden naar de institutionele context, zoals bedoeld door Pauwe (2004) en Boselie (2010). BrabantZorg wordt gefinancierd door overheidsgelden, namelijk door vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet

Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) bepaald of een zorginstelling zorg mag verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ. BrabantZorg is een AWBZ-instelling, dit geeft aan dat BrabantZorg een toelating heeft op grond van de WTZi. De financiering binnen zorginstellingen gebeurt op basis van zorgzwaartebekostiging. De zorg die elke cliënt nodig heeft wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP). In het ZZP wordt vastgelegd hoeveel uur een cliënt bepaalde zorg krijgt, waarbij het vaak gaat om een combinatie van verzorging, verpleging en begeleiding. Het budget van zorginstellingen wordt bepaald op basis van de hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben.

Naast de toelating stelt de WTZi regels over goed bestuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen, bijvoorbeeld het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan. Daarnaast worden er eisen gesteld aan de financiële administratie. Tot slot bepaald de WTZi in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. Hierbij is de hoofdregel dat intramurale zorginstellingen geen winst mogen uitkeren. BrabantZorg is onder andere een intramurale zorginstelling, waardoor op basis van bovenstaande geconcludeerd kan worden dat zij geen winst mogen uitkeren.

Tot slot *mode of social control*. Rainey (2003) spreekt in dit geval over *polyarchy* of *market*. Rainey (2003:63) spreekt in dit geval over:

In advanced industrial democracies, the political process involves a complex array of contending groups and institutions that produces a complex, hydra-headed hierarchy, which Dahl and Lindblom (1953) called a *polyarchy*. Such a politically established hierarchy can direct economic activities. Alternatively, the price system in free economic markets can control economic production and allocation decisions. All nations use some mixture of markets and polyarchies.

Als er gekeken wordt naar de *mode of social control* binnen BrabantZorg en de ouderenzorg is het niet duidelijk of er sprake is van *polyarchy* of *market*. Dit wordt vooral veroorzaakt door de institutionele context, zoals bedoeld door Paauwe (2004) en Boselie (2010). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) streeft namelijk naar gereguleerde marktwerking in de zorg (Sauter, 2009). In het nieuwe zorgstelsel staat de cliënt centraal, dit komt doordat de positie van de zorgvrager ten opzichte van de positie van de zorgaanbieder en de verzekeraar versterkt wordt. De positie van de verzekeraar wordt vergroot ten opzichte van de zorgaanbieder, terwijl de zorgaanbieder juist meer speelruimte krijgt. De overheid treedt steeds verder terug tot een kaderstellende en toezichthoudende taak (Sauter, 2009). De achterliggende gedachte is dat door concurrentie zorgaanbieders gedwongen worden om de beste kwaliteit van zorg te verlenen, die daarnaast ook nog zo effectief en efficiënt mogelijk is, waardoor de zorgkosten beter beheersbaar worden. Door deze maatregel van het ministerie van VWS lijkt het erop dat er een verschuiving plaatsvindt van *polyarchy* naar *market*, zoals bedoeld door Rainey (2003).

Geconcludeerd kan worden dat het niet duidelijk is of BrabantZorg een *government-sponsored enterprise* is of een *state-owned enterprise*, zoals bedoeld door Rainey (2003). Doordat aan de hand van de formele kenmerken, gebaseerd op Rainey (2003), geen antwoord gegeven kan worden of BrabantZorg een publieke danwel een private organisatie is, zal er in de volgende paragraaf gekeken worden naar de publieke identiteit, zoals bedoeld door Noordegraaf en Teeuw (2003).

**Tabel 1: BrabantZorg publiek of privaat?**

	<b>Eigendom</b>	<b>Financiering</b>	<b>Mode of social control</b>
BrabantZorg	Privaat	Publiek	<i>Polyarchy</i> → <i>Market</i> ?

Gebaseerd op: Rainey (2003).

## 1.2 Publieke identiteit

In de benadering van Noordegraaf en Teeuw (2003) wordt de dichotome tegenstelling tussen publiek en privaat losgelaten. Ten eerste spreken zij over een publiek-privaat continuüm, waaraan ‘taak’ aan de ene kant van het continuüm staat en ‘markt’ aan de andere kant. Ten tweede geven Noordegraaf en Teeuw (2003) aan dat alle organisaties in meer of mindere mate ‘publiek’ danwel ‘privaat’ kunnen zijn. De ‘publieke’ (*publicness*) en ‘private’ identiteit (*privateness*) wordt door Gawthrop (1984; in Noordegraaf & Teeuw, 2003) bepaald op grond van vier dimensies: het idee van doelgerichtheid, oorzakelijkheid, tijd en orde.

**Het idee van doelgerichtheid.** Ministerie van VWS streeft naar de waarborging van goede en stabiele gezondheidszorg voor iedere Nederlandse burger, die toegankelijk en betaalbaar is. BrabantZorg probeert, samen

met andere zorgaanbieders, deze doelstelling van het ministerie van VWS te bereiken, zoals ook te lezen is in de missie van BrabantZorg.

De ambitie is dat mensen zo plezierig mogelijk kunnen leven; zelfstandig wonen en regie voeren over het eigen leven of zo nodig beschermd wonen met ondersteuning. Wij bieden daarvoor de passende huisvesting, professionele zorg en dienstverlening vanuit het besef dat het in de kern gaat om relaties tussen mensen, die iets voor elkaar betekenen (BrabantZorg, 2009:3).

Met andere woorden BrabantZorg wil goede zorg verlenen, waarbij ruimte is voor persoonlijke aandacht in de relatie tussen cliënt en medewerker. Ook de toegankelijkheid van de diensten vindt BrabantZorg belangrijk. BrabantZorg streeft met ander woorden een hoger doel na, zoals bedoeld door Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003), omdat het gaat om een lange-termijndoelstelling en het gaat niet om een meetbaar product. In termen van Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003) is de doelgerichtheid van BrabantZorg *teleologisch*.

Echter, kan bij bovenstaande een kanttekening geplaatst worden. Doordat de overheid streeft naar marktwerking kan dit tot gevolg hebben dat zorginstellingen zich meer gaan richten op korte-termijndoelstellingen, waardoor de doelgerichtheid steeds meer *ateleologisch* wordt, zoals bedoeld door Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003). Zorginstellingen lijken steeds sterker de private identiteit te moeten toe-eigenen. Binnen BrabantZorg (2009) komt dit (wellicht) tot uiting doordat zij als doelstelling heeft om overbodige handelingen in werkprocessen te elimineren, om zodoende effectiever en efficiënter te werken. Uit deze doelstelling kan niet direct opgemaakt worden of dit een korte-termijndoelstelling is, maar het is wel mogelijk dat het een korte-termijndoelstelling wordt, wat ten kosten kan gaan van de ‘kwaliteit van zorg’.

**Idee van oorzakelijkheid.** De werkelijkheid wordt binnen BrabantZorg gezien als een complex systeem van onderlinge afhankelijkheden. De relatie tussen oorzaak, gevolg, doel en middelen is niet eenduidig. Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003) noemt dit een *holistische* opvatting van oorzakelijkheid. Er wordt binnen BrabantZorg verder gekeken dan het voldoen aan de “Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg”. Zij gaan er niet vanuit dat door het voldoen aan deze kwaliteitskaders er ‘goede’ zorg verleend wordt.

**Idee van tijd.** Het verleden en het heden spelen een rol in overwegingen binnen BrabantZorg. Er dient bijvoorbeeld nu al rekening te worden gehouden met de toekomstige generatie ouderen. De toekomstige generatie ouderen is in een andere context opgegroeid en is bijvoorbeeld meer individualistisch opgevoed dan de huidige generatie ouderen, dit zal ongetwijfeld effect hebben op de zorgvraag. BrabantZorg dient een *dynamische* opvatting van tijd, zoals bedoeld door Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003), te hebben om in te kunnen spelen op de externe ontwikkelingen.

**Idee van orde.** De term ‘ketenzorg’ geeft aan dat er binnen BrabantZorg sprake is van een *horizontale* opvatting van orde, zoals bedoeld door Gawthrop (1984; in Noodergraaf & Teeuw, 2003). Met ‘ketenzorg’ wordt de toenemende samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders bedoeld. Deze zorgaanbieder kunnen zelfstandig en onafhankelijk van elkaar functioneren, omdat handelingen uitgevoerd worden die op elkaar volgen gericht op een afzonderlijk doel.

Concluderend kan gesteld worden dat BrabantZorg een voornamelijk een publieke identiteit heeft, zoals bedoeld door Noordegraaf en Teeuw (2003). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de ‘score’ van BrabantZorg op de vier dimensies van ‘publicness’ of ‘privateness’.

Nadat er gekeken is naar de publieke identiteit van de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt is relevant om het onderzoeksthema te plaatsen in het publieke domein. Dit zal in het volgende hoofdstuk aan bod komen.

**Tabel 2: ‘Publicness’ versus ‘privateness’**

	<b>Publieke identiteit</b>	<b>Private identiteit</b>
<b>Doelgerichtheid</b>	Teleologisch	Ateleologisch
<b>Oorzakelijkheid</b>	Holistisch	Atomistisch
<b>Tijd</b>	Dynamisch	Statisch
<b>Orde</b>	Horizontaal	Verticaal

*Gebaseerd op:* Gawthrop (1984; in Noordegraaf & Teeuw, 2003)

---

## 2. *Wat is de publieke dimensie van het onderzoeksthema: 'kwaliteit van zorg'?*

---

Kwaliteit van zorg is het centrale thema binnen de masterthesis. Om de vraag te beantwoorden wat de publieke dimensie van dit onderzoeksthema is, kan er gekeken worden of 'kwaliteit van zorg' een publiek danwel maatschappelijk belang kent. Wat zijn maatschappelijke belangen? Leisink (2005) spreekt over maatschappelijke belangen als de behartiging voor de samenleving als geheel gewenst is. Een maatschappelijk belang wordt een publiek belang als de overheid de eindverantwoordelijkheid draagt. Niet voor alle maatschappelijke belangen draagt de overheid de eindverantwoordelijkheid, omdat de verantwoordelijkheid van sommige maatschappelijke belangen gedragen wordt door de markt. Of een maatschappelijk belang een publiek belang wordt is afhankelijk van een continue maatschappelijk en politiek debat (Leisink, 2005). Als er gekeken wordt naar 'zorg', kan gesteld worden dat het in ieder geval een maatschappelijk belang betreft. 'Zorg' wordt gezien als een product/dienst dat voor de samenleving als geheel gewenst is. Het ministerie van VWS streeft dan ook naar de waarborging van goede en stabiele gezondheidszorg die toegankelijk en betaalbaar is voor iedere Nederlandse burger.

Specifiek 'kwaliteit van zorg' is ook een publiek belang. De overheid heeft de eindverantwoordelijkheid op zich genomen om voor iedere Nederlandse burger goede en stabiele gezondheidszorg te waarborgen. Vanuit de overheid wordt de kwaliteit van de zorgverlening dan ook op diverse manieren gecontroleerd. Specifiek voor verpleeg- en verzorgingshuizen is in de Kwaliteitswet zorginstelling (Kwzi) beschreven aan welke kwaliteitseisen deze zorginstellingen moeten voldoen. De Kwzi verplicht zorgaanbieders om verantwoorde zorg te leveren, waarmee bedoeld wordt dat de zorg op goed niveau moet zijn, die doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht is. Vanuit de brancheorganisatie ActiZ is deze wetgeving vertaald in het 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg'. Dit is tevens onderdeel van de institutionele omgeving van BrabantZorg, zoals bedoeld door Paauwe (2004) en Boselie (2010).

Of 'zorg' ook een publiek belang is, is afhankelijk van de organisatie die deze zorg verleend. Indien de zorg verleend wordt door een particuliere instelling kan gesteld worden dat het alleen gaat om een maatschappelijk belang. Met andere woorden in een particuliere instelling wordt de zorg verleend door de markt. De Bergman Kliniek is een voorbeeld van een particuliere instelling die zorg verleend. De overheid draagt hierover geen eindverantwoordelijkheid, maar stelt wel voorwaarden over de kwaliteit die geleverd dient te worden. Als er gekeken wordt naar BrabantZorg is dit geen particuliere instelling, maar een *government-sponsored enterprise* of een *state-owned enterprise*, zoals bedoeld door Rainey (2003). Op basis hiervan kan gesteld worden dat de geleverde 'zorg' binnen BrabantZorg een publiek belang is. De overheid draagt hierover wel de eindverantwoordelijkheid, daarnaast wordt deze 'zorg' ook bekostigd door de overheid via de AWBZ.

Er is te concluderen dat 'kwaliteit van zorg' een publiek belang is, waardoor duidelijk is dat het onderzoeksthema een publieke dimensie kent. 'Zorg' binnen BrabantZorg kan ook gezien worden als publiek belang. Het publieke domein is duidelijk te onderkennen binnen het onderzoek bij BrabantZorg naar 'kwaliteit van zorg'. Interessant is om te kijken welke rol HRM speelt binnen dit onderzoek, aangezien de Master SHRM gevolgd wordt. In het volgende hoofdstuk zal op deze vraag ingegaan worden.

---

## 3. *Welke rol speelt SHRM binnen het onderzoek?*

---

Boxall en Purcell (2008) geven aan dat HRM het management van arbeid en personeel betekend. Er is sprake van SHRM als HRM wordt afgestemd op de organisatiestrategie en de organisatiedoelstellingen. Zowel Paauwe (2004) als Boxall en Purcell (2008) geven aan dat alle organisaties – zowel publiek als privaat – een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben en daarmee maatschappelijke belangen dienen. Paauwe (2004) geeft aan dat organisatieprestaties verder gaan dan financiële prestaties, maar onder andere ook maatschappelijke prestaties. Maatschappelijke prestaties worden bepaald op basis van *fairness* (rechtvaardigheid) en *legitimacy* (legitimiteit). Boxall en Purcell (2008) geven vervolgens aan dat de doelstelling van SHRM vierledig is, namelijk *cost-effectiveness* (arbeidsproductiviteit), *organisational flexibility* (organisatieflexibiliteit), *managerial autonomy* (bestuurlijke autonomie) maar ook *social legitimacy* (maatschappelijke legitimiteit). Hiermee geven zij, net als Paauwe (2004), aan dat SHRM een taak heeft om een bijdrage te leveren aan maatschappelijke belangen. Met andere woorden het HRM beleid dient afgestemd te worden op de maatschappelijke vraagstukken rond arbeid en personeel (Leisink, 2005).

In dit afstudeeronderzoek gaat het om een ‘kwaliteit van zorg’. In het vorige hoofdstuk is dit aangemerkt als een maatschappelijke belang, zelfs als een publiek belang. SHRM kan, volgens de theorie van Paauwe (2004) en Boxall en Purcell (2008), een bijdrage leveren aan dit maatschappelijke belang. In het onderzoek komt de bijdrage van HRM terug doordat er naast de ‘kwaliteit van zorg’ ook gekeken wordt naar de mate van ondersteuning die er gewenst is van medewerkers ten opzichte van leidinggevenden/ organisatie en leidinggevenden ten opzichte van hoger management/organisatie. Dit thema valt in het vakgebied van HRM, omdat dit een vraagstuk is waarbij het gaat om de management van arbeid en personeel, zoals bedoeld door Boxall en Purcell (2008). Boxall en Purcell (2008:5) veronderstellen dat “HRM consists of managerial attempts to influence individual ability (A), motivation (M), and the opportunity to perform (O)”. Het AMO-model neemt aan dat de individuele prestatie wordt beïnvloed door de manager, als zij deze drie variabelen positief beïnvloeden (Boxall & Purcell, 2008). Hieruit blijkt dat HRM een gedeelde verantwoordelijkheid is van zowel de lijnmanager als de HRM professional (Boxall & Purcell, 2008; Leisink & Knies, forthcoming). Dit wordt weergegeven met de term *people management*, zoals bedoeld door Purcell en Hutchinson (2007).

Geconcludeerd kan worden dat de het tweede thema, ondersteuning van medewerkers en leidinggevenden, een thema is dat valt binnen SHRM. *People management*, zoals bedoeld door Purcell en Hutchinson (2007), is het centrale thema binnen SHRM die onderzocht zal worden. Met andere woorden HRM kan een bijdrage leveren om kwaliteit van zorg te leveren, wat aangemerkt is als een maatschappelijk thema met publiek belang.

---

### *Conclusie*

---

Tot slot zal antwoord gegeven worden op de centrale vraagstelling van deze paper:

#### ***Waarom past het afstudeeronderzoek binnen de USBO en specifiek de Master SHRM?***

Het onderzoek wordt uitgevoerd bij BrabantZorg, dit is een organisatie met een duidelijk publieke identiteit. Ten eerste wordt BrabantZorg gefinancierd door overheidsgelden, wat een formeel kenmerk is van een publieke organisatie. Echter, is BrabantZorg geen overheidsinstelling, zoals bedoeld door Rainey (2003). Als er gekeken wordt naar de theorie van Noordegraaf en Teeuw (2003) is vastgesteld dat BrabantZorg volledig binnen de publieke identiteit past. Het onderzoeksthema ‘kwaliteit van zorg’ kent een duidelijke publieke dimensie, omdat het gaat om een thema met een publiek belang. Tot slot is het tweede onderzoeksthema, de ondersteuning van medewerkers en leidinggevenden, past binnen het vakgebied SHRM.

Er kan geconcludeerd worden dat zowel het onderzoeksthema ‘kwaliteit van zorg’ als de onderzoeksorganisatie binnen het publieke domein valt en dus binnen de USBO. Daarnaast is het tweede onderzoeksthema, de mate van ondersteuning die medewerkers wensen ten opzichte van leidinggevenden/organisatie en leidinggevenden ten opzichte van hoger management/organisatie, een thema dat valt binnen het vakgebied van SHRM. Dit verantwoordt waarom dit onderzoek past binnen de Master SHRM.



---

## Literatuur

---

- Boxcall, P. & Purcell, J. (2008). *Strategy and Human Resource Management*. 2nd edition. Houndmills/New York: Palgrave-Macmillan.
- Boselie, P. (2010). '*Strategic Human Resource Management*', London: McGrawHill.
- BrabantZorg (2009). Ondernemingsplan BrabantZorg 2010-2014. Oog voor elkaar.
- Leisink, P. (2005). *Organisaties en het maatschappelijke belang van personeelsbeleid*, oratie.
- Leisink, P. L. M. & Knies, E. (forthcoming). Line-managers' support for older workers. *International Journal of Human Resource Management*.
- Ministerie van VWS (2011). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Verkregen via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), geraadpleegd op 9 maart 2011).
- Noordegraaf, M. & Teeuw, M.M. (2003). Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, 2003(1), pp. 2-13.
- Paauwe, J. (2005). *HRM and Performance. Achieving Long-Term Viability*. Oxford: Oxford University Press.
- Purcell, J. & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), pp. 3-20.
- Rainey, H.Cr. (2003). *Understanding and managing public organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 55-78.
- Sauter, W. (2009). *Marktwerking in de zorg. Toezicht: met oog op de consument*, rede Universiteit Tilburg.
- Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap [USBO] (2010). Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO) (Verkregen via [www.uu.nl](http://www.uu.nl), geraadpleegd op 9 maart 2011).