

AANDACHT VOOR INDIVIDUEN

*Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg binnen
intramurale zorginstellingen van BrabantZorg*



Universiteit Utrecht

Masterscriptie
Mandy Onwezen

AANDACHT VOOR INDIVIDUEN

Een onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg

Masterscriptie

Auteur: Mandy Onwezen

Studentnr: 3070794

Datum: 22 augustus 2011

Master: Strategisch HRM

Begeleider / eerste beoordelaar: Prof. Dr. P.L.M. Leisink

Tweede beoordelaar: Dr. R. van Berkel

Instelling: Universiteit Utrecht - Utrechtse School voor Bestuurs- & Organisationswetenschap

Voorwoord

Aan het begin van mijn masteropleiding Strategisch HRM aan de Utrechtse School voor Bestuurs- & Organisatiwetenschap dacht ik al te weten welke richting ik op wilde; commercieel. Gedurende de cursussen tijdens het eerste semester van de opleiding werd mijn interesse echter steeds vaker getrokken door de college's die gingen op de zorgsector; de complexiteit van de huidige en met name toekomstige problematiek waar de zorgsector mee te maken heeft en zal krijgen boeiden mij. En zo kwam het dat ik vlak voor mijn eerste gesprek op school over mijn scriptie besloot om het commerciële te laten voor wat het was; ik wilde onderzoek gaan doen in de zorgsector.

Nadat ik dit had aangegeven in mijn eerste gesprek met Peter Leisink, benaderde hij mij korte tijd daarna met een opdracht van BrabantZorg met de vraag of ik soms interesse had om hier mijn scriptie van te maken. De opdracht sprak mij meteen aan; een hele klus, maar zeker interessant. Ik liet weten er zeker voor te willen gaan en zo kwam het dat op 17 december 2010 de eerste afspraak gepland stond om met BrabantZorg om de tafel te gaan zitten. In verband met de omvang van het vraagstuk werd door Peter Leisink besloten om nog een student bij het onderzoek te betrekken, Kimberley van Bijsteren.

Zo kwam het dat wij (Peter Leisink, Kimberley van Bijsteren en ikzelf) op 17 december 2010 met zijn drieën vastzaten op de A2 van Veghel naar Utrecht; na een goed eerste gesprek met Bert Visser en Vincent Bakx van BrabantZorg, kwamen wij op de terugweg terecht in erbarmelijke weersomstandigheden. De terugweg heeft ons dan ook zo'n zeven uur gekost. Hoe dan ook was dit het begin van een prettige en leerzame samenwerking aan een mooi onderzoek dat uiteindelijk heeft geleid tot het rapport dat nu voor u ligt; mijn masterscriptie. Het schrijven van dit voorwoord betekent voor mij de afsluiting van een hoofdstuk. Voor mij begint een nieuw hoofdstuk, maar niet voordat ik de kans krijg een aantal mensen te bedanken die een bijzondere rol hebben gehad tijdens het proces.

Allereerst bedank ik mijn scriptiebegeleider, Peter Leisink. In deze rol heeft hij natuurlijk een hele belangrijke rol gespeeld in het gehele proces. Zijn kennis en ervaring hebben dan ook zeker een bijdrage geleverd aan het onderzoek. Ik kon rekenen op zijn ondersteuning waar nodig, maar ik werd ook vrijgelaten om dingen op mijn eigen manier te doen. Mede daardoor heb ik de begeleiding en samenwerking als zeer prettig ervaren.

Natuurlijk moet ik ook Kimberley van Bijsteren bedanken. Het is altijd spannend als je voor langere periode en op sommige momenten intensief moet gaan samenwerken met iemand die je niet kent. Gelukkig is dit een positieve ervaring geworden; ik heb veel aan haar gehad tijdens het gehele proces en het was fijn om iemand te hebben om mee te sparren.

Ook een dankwoord naar BrabantZorg, in het bijzonder naar Bert Visser en Vincent Bakx, de opdrachtgevers vanuit BrabantZorg, voor een prettige en naar mijn inzicht vruchtbare samenwerking. Het was leuk om zo betrokken te worden in een organisatie waar zo veel speelt en gebeurt.

Locatie De Wielewaal verdient natuurlijk ook een bedankje, in het bijzonder Esther Exalto, maar zeker ook Evert van den Brink en het gehele team op de verpleegafdeling. Het was leuk en leerzaam om mijn onderzoek op die locatie te doen en dat had zeker ook te maken met de toegankelijkheid en vriendelijkheid van de genoemde personen en het team.

Als laatste nog een speciaal bedankje naar mijn ouders, die mij de mogelijkheid hebben gegeven om mij indien nodig of gewenst een tijdje terug te trekken uit het Utrechtse leven van sociale activiteiten en huishoudelijke verantwoordelijkheden. Het was heerlijk om door mijn moeder van alle gemakken te worden voorzien, terwijl ik mij met volledige overgave in het onderzoek kon storten.

Ik wens u veel leesplezier!
Mandy Onwezen.

Samenvatting

Een aantal belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de druk op financiële middelen, vergrijzing en ontgroening zorgen ervoor dat de zorgsector in de nabije toekomst een aantal grote uitdagingen tegemoet gaat. BrabantZorg is een organisatie die zich zeer bewust is van alle ontwikkelingen en de problematiek die dat met zich mee zal brengen. BrabantZorg is een grote organisatie die zich bezig houdt met zorg en ondersteuning bieden tijdens het ouder worden. Dit doet de organisatie door middel van extra- en intramurale zorgverlening in de regio Brabant. Om om te gaan met de genoemde ontwikkelingen heeft BrabantZorg voor de periode 2010-2014 een ondernemingsplan opgesteld. In dit plan is te lezen dat BrabantZorg twee ambities heeft voor deze periode; het versterken van de relatie met de klant en het verbeteren van de werkprocessen. Hiervoor zijn twee programma's opgezet en twee programmamanagers aangesteld. De programmamanagers hebben geconstateerd dat de huidige meetinstrumenten, die bedoeld zijn om de kwaliteit van zorg te meten, vooral gericht zijn op financiële gegevens en kwantitatieve informatie. Het stukje zorg dat ingaat op interactie en bejegening wordt buiten beschouwing gelaten; hiermee wordt bedoeld op het *hoe* van de zorg in plaats van het *wat*. Een voorbeeld is dat het gaat om *hoe* de medicatie wordt gegeven en niet om *wat* voor een medicatie er wordt gegeven. Natuurlijk is dat laatste ook belangrijk, maar dit wordt door de programmamanagers een randvoorwaarde van de zorg genoemd. Het *hoe* van de zorg is volgens de programmamanagers minstens zo belangrijk als de randvoorwaarden. Daarnaast is er een gebrek aan inzicht in de ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden. De doelstellingen van het onderzoek zijn dan ook het ontwikkelen van een kwalitatief meetinstrument voor kwaliteit van zorg dat complementair is aan de huidige instrumenten en daarnaast het inzicht verschaffen in de ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden. Dit heeft geleid tot de volgende tweeledige vraagstelling:

1. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevenden van BrabantZorg en welke niveaus zijn er op deze indicatoren te onderscheiden?
2. Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's, leidinggevende en de organisatie en welke behoeften aan ondersteuning hebben leidinggevenden ten opzichte van het hoger management en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?

Om een antwoord te geven op de vraagstelling zijn er twee casestudies uitgevoerd bij locaties van intramurale zorginstellingen van Brabantzorg. Een van deze casestudies staat centraal in dit onderzoek, namelijk van De Wielewaal in Oss. Een andere onderzoeker heeft een casestudie uitgevoerd bij locatie Katwijk in Oss.

De maatschappelijk relevantie van het onderzoek is dat het onderzoek een praktijkprobleem moet oplossen. De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is dat er geen wetenschappelijk onderzoek bekend is dat het vraagstuk van kwaliteit van zorg koppelt aan de ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden.

Het literatuuronderzoek heeft informatie opgeleverd over het type organisatie dat een intramurale zorginstelling is. Ook heeft het literatuuronderzoek inzicht gegeven in het begrip kwaliteit. Kwaliteit zegt iets over de mate waarin iets goed is. Er zijn drie dimensies van kwaliteit die in verschillende contexten verschillende benamingen krijgen toebedeeld. In het kader van dit onderzoek zijn de dimensies van kwaliteit van zorg als volgt omschreven:

- **Structuurkwaliteit;** onder welke omstandigheden de zorg wordt geleverd. In dit onderzoek werden de ondersteuningsbehoeften beschouwd als de structuurkwaliteit van zorg.

- Proceskwaliteit; hoe de zorg wordt geleverd. Op deze dimensie lag de focus van het onderzoek naar de indicatoren van kwaliteit van zorg. Met name gaat het om de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt en de bejegening van de zorgverlener naar de cliënt.
- Uitkomstkwaliteit; wat de uitkomst is van de geleverde zorg. Deze dimensie heeft een ondergeschikte rol in het onderzoek.

De onderzoeker heeft aan de hand van deze theorie, bekend als het Donabedian's framework, een conceptueel model ontwikkeld om de resultaten de kunnen ordenen en als uitgangspunt voor het meetinstrument.

Tevens zijn er enige verwachtingen geformuleerd in het literatuuronderzoek. Zo heeft bestaand onderzoek een aantal aanwijzingen gegeven voor mogelijke indicatoren, bijvoorbeeld (individuele) bejegening, aandacht en het stimuleren van zelfzorg.

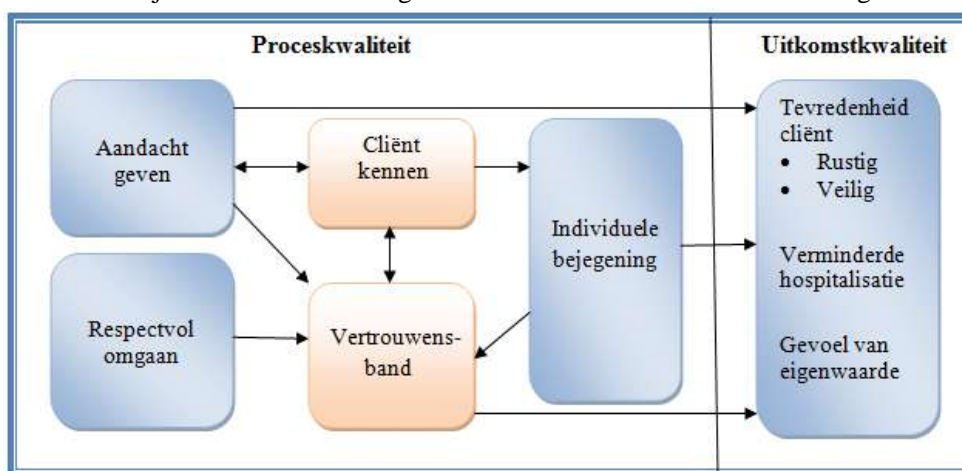
Ook is er in het literatuuronderzoek aandacht besteed aan de huidige meetinstrumenten. Dit is belangrijk om te beoordelen of het uiteindelijke instrument daadwerkelijk complementair is aan de huidige instrumenten. Hieruit blijkt dat het kwalitatieve instrument in ieder geval op methodologisch niveau complementair zal zijn aan de huidige meetinstrumenten.

Er is gekozen om kwalitatief onderzoek te doen en voor de casestudie gebruik te maken van methodische triangulatie. Door middel van observaties, brainstormsessie en semi-gestructureerde interviews was het voor de onderzoeker mogelijk om op verschillende manieren naar hetzelfde onderwerp te kijken. Om de waarde van het onderzoek voor BrabantZorg te vergroten, is er besloten om de resultaten van de afzonderlijke casestudies samen te voegen; dit betekent dat binnen dit rapport het eerste gedeelte van de vraagstelling ook beantwoord is voor de beide betrokken locaties tezamen. Maar eerst moest er een antwoord gegeven worden op de gehele vraagstelling voor De Wielewaal.

De indicatoren die bij De Wielewaal de kwaliteit van zorg (zoals gedefinieerd in het onderzoek) bepalen zijn aandacht geven, respectvol omgaan en individuele bejegening. Deze indicatoren dragen op een positieve manier bij aan de tevredenheid van een cliënt. Ook het kennen van de cliënt en de vertrouwensband zijn belangrijk. Hoewel deze begrippen niet ingaan op de interactie of de bejegening, zijn het wel twee belangrijke schakels in het model.

De ondersteuningsbehoeften van de medewerkers en leidinggevenden van De Wielewaal onderscheiden zich in instrumentele ondersteuningsbehoeften en sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften. Qua instrumentele ondersteuning zijn voornamelijk hulpmiddelen, tijd, ruimte en minimale verstoringen van belang voor de medewerkers. De leidinggevenden hebben op instrumenteel niveau vooral behoefte aan training&ontwikkeling en regelruimte. Als het gaat om de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften dan hebben de medewerkers vooral behoefte aan steun en vertrouwen van collega's en leidinggevende. De leidinggevenden zelf zoeken de sociaal-emotionele ondersteuning ook wel collega's en leidinggevende. Het verschil is echter dat leidinggevenden hierin vooral behoefte hebben aan takondersteuning en advies/coaching.

Uiteindelijk heeft het samenvoegen van de resultaten van de casestudies geleid tot deze figuur:



De figuur geeft het conceptueel model voor kwaliteit van zorg weer voor intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Er zijn niveaus aangebracht op de indicatoren die binnen de proceskwaliteit interactie of bejegening beschrijven. Dit zijn aandacht geven, respectvol omgaan en individuele bejegening. De niveaus zijn aangebracht op de aspecten van deze indicatoren en beschrijven steeds twee uitersten; het ene uiterste staat voor hoge kwaliteit van zorg en het andere uiterste voor lagere kwaliteit van zorg.

In de discussie worden de bevindingen afgezet tegen de in hoofdstuk twee weergegeven literatuur. Zo blijken de resultaten, de indicatoren van kwaliteit van zorg, goed aan te sluiten bij de bestaande literatuur. De structuurkwaliteit die de ondersteuningsbehoeften vertegenwoordigt en zo onderdeel is geworden van het kwaliteitsvraagstuk, kan als nieuw worden beschouwd.

Een vergelijking tussen de ontwikkelde kwalitatieve tool en de huidige instrumenten laat zien dat er wel sprake is van overlap, maar dat deze overlap maar gedeeltelijk is. Daarnaast is de tool op methodologisch niveau complementair aan de huidige instrumenten.

In de aanbevelingen is opgenomen hoe de kwalitatieve tool zou kunnen worden toegepast. Dit zou bijvoorbeeld goed mogelijk zijn in een werkoverleg, waarbij medewerkers in dialoog kunnen gaan over de kwaliteit van zorg.

De afsluitende reflectie laat zien dat er positieve punten en verbeterpunten te benoemen zijn. Zo is de gekozen methodologie aangehaald als positief punt. Een verbeterpunt is het literatuuronderzoek; hier had tijdens het begin van het proces meer aandacht aan moeten worden besteed. Maar ondanks dat sluit de onderzoeker tevreden af.

Inhoudsopgave

<i>Titelpagina</i>	<i>I</i>
<i>Voorwoord</i>	<i>III</i>
<i>Samenvatting</i>	<i>V</i>
<i>Inhoudsopgave</i>	<i>IX</i>
1. Inleiding	1
1.1 Aanleiding	2
1.2 Probleemstelling	3
1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	5
2. Relevante literatuur	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Wat voor een soort organisatie is BrabantZorg?	7
2.3 Wat is kwaliteit?	10
2.3.1 Kwaliteit van diensten	11
2.3.2 Kwaliteit van zorg	14
2.4 Welke indicatoren voor kwaliteit van zorg zijn bekend?	17
2.5 Wat zijn de huidige meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg en wat meten zij?	18
2.6 Conclusie	21
3. Methodes	22
3.1 Inleiding	22
3.2 De onderzoeksstrategie	22
3.3 Casestudie: Locatie, populatie en steekproef	23
3.4 Beschrijving dataverzameling	25
3.5 Beschrijving data-analyse	27
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid	28
4. Resultaten	30
4.1 Inleiding	30
4A. Resultaten casestudie De Wielewaal	31
4A.1 Inleiding	31
4A.2 Omschrijving verpleegafdeling De Wielewaal	31
4A.3 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers De Wielewaal	32
4A.3.1 Uitkomstkwaliteit	33
4A.3.2 Proceskwaliteit	33
4A.4 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden De Wielewaal	40
4A.4.1 Uitkomstkwaliteit	40
4A.4.2 Proceskwaliteit	41
4A.5 Ondersteuningsbehoeften medewerkers De Wielewaal	44
4A.5.1 Instrumentele ondersteuning medewerkers	45
4A.5.2 Sociaal-emotionele ondersteuning medewerkers	53

4A.6 Ondersteuningsbehoeften leidinggevenden De Wielewaal	56
4A.6.1 Instrumentele ondersteuning leidinggevenden	57
4A.6.2 Sociaal-emotionele ondersteuning leidinggevenden	58
4B. Resultaten indicatoren BrabantZorg	59
4B.1 Inleiding	59
4B.2 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers BrabantZorg	59
4B.2.1 Uitkomstkwaliteit	60
4B.2.2 Proceskwaliteit	61
4B.3 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden BrabantZorg	63
4B.3.1 Uitkomstkwaliteit	64
4B.3.2 Proceskwaliteit	65
4B.4 Niveaus kwaliteit van zorg BrabantZorg	66
5. Conclusies, aanbevelingen, discussie en reflectie	72
5.1 Inleiding	72
5.2 Conclusie casestudie De Wielewaal	72
5.3 Conclusie indicatoren BrabantZorg	73
5.4 Een kwalitatieve tool	74
5.5 Discussie	76
5.6 Aanbevelingen	77
5.7 Reflectie	78
6. Literatuur	80

Bijlagen

Bijlage I – Kwalitatieve Tool & Ondersteuningsbehoeften	83
Bijlage II – Paper publieke dimensie	92
Bijlage III – Topiclijst interviewen	99
Bijlage IV – Topiclijst eerste observaties	102
Bijlage V – Topiclijst brainstormsessie	104
Bijlage VI - Indicatoren Kwaliteitskader VVT	105
Bijlage VII - Vragenlijst CQI VVT Bewoners	106

Figuren

Figuur 2.1 Conceptueel model kwaliteit van zorg	16
Figuur 4.1 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers De Wielewaal	32
Figuur 4.2 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden De Wielewaal	40
Figuur 4.3 Ondersteuningsbehoefte medewerkers De Wielewaal	44
Figuur 4.4 Ondersteuningsbehoefte leidinggevenden De Wielewaal	57
Figuur 4.5 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers BrabantZorg	60
Figuur 4.6 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden BrabantZorg	64
Figuur 5.1 Indicatoren kwaliteit van zorg	73
Figuur 5.2 Kwalitatieve tool kwaliteit van zorg	75

1. Inleiding

“Geen inzicht in de kwaliteit van de ouderenzorg.” (Trommelen&de Visser, Volkskrant, 30-07-2011)

Zo luidde een van de krantenkoppen in de Volkskrant op 30 juli 2011. In het artikel wordt aangehaald dat het huidige meetsysteem voor de kwaliteit van ouderenzorg, dat door de overheid is ingesteld, faalt (Trommelen&de Visser, 2011). De metingen zouden onbetrouwbaar zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg erkent het probleem en heeft toegegeven dat de kwaliteitscijfers deels niet juist zijn.

Volgens het artikel is de jaarlijkse kwaliteitsmeting vijf jaar geleden ingesteld. Maatschappelijke druk en kritische rapporten van de Inspectiedienst waren reden om transparantie in de ouderenzorg te brengen. De maatschappelijke druk was voortgekomen uit negatieve publiciteit over de slechte zorg in verpleeghuizen. Voorbeelden die worden genoemd in het artikel zijn pyjamadagen, ondervoeding en vastbinden.

Helaas is dit niet het enige probleem waar de ouderenzorg de laatste jaren mee te maken heeft. Zo zijn er enkele maatschappelijke ontwikkelingen gaande, welke ook een grote druk op de ouderenzorg uitoefenen. Zoals een ieder waarschijnlijk bekend is, is de Nederlandse maatschappij aan het vergrijzen. In december 2010 meldde het CBS dat er in de periode 2011-2015 een half miljoen 65-plussers bijkomen. Dit terwijl er in de vijf jaar ervoor ‘slechts’ een kwart miljoen mensen de grens van 65 jaar bereikten (CBS, 2010). Tevens is er sprake van een stijgende levensverwachting; niet alleen komen er steeds meer ouderen, ze worden ook steeds ouder. Dit betekent dat er in de toekomst meer en meer senioren een beroep zullen gaan doen op de ouderenzorg. Dat vraagt om meer zorgverleners in de toekomst. Hier ligt een volgend probleem voor de ouderenzorg. Niet alleen de vergrijzing maar ook de ontgroening zorgt voor een krimpende arbeidsmarkt. De vergrijzing zal de komende jaren een grote natuurlijke uitstroom op de arbeidsmarkt tot gevolg hebben. Aan de andere kant zal de natuurlijk instroom door de ontgroening afnemen. De ouderenzorg zal dus in de nabije toekomst te maken krijgen met een groeiende vraag en een krimpende aanbod door de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

Naast de groeiende vraag is er in de ouderenzorg ook sprake van een veranderende, complexere zorgvraag (Van de Werfhorst, Van Osch & De Jong-Verspeek; 2009). Ouderen hebben tegenwoordig andere verwachtingen van de zorg dan jaren geleden en stellen andere eisen. Maatwerk lijkt het sleutelwoord; de zorg moet aansluiten bij de ouderen en niet andersom.

Alsof dat niet genoeg is wordt er vanuit de overheid ook de nodige druk uitgeoefend op de ouderenzorg. De ouderenzorg ervaart druk op de beschikbare (collectieve) middelen. Om kwaliteit en betaalbaarheid van de ouderenzorg in de toekomst te kunnen waarborgen, is het volgens de Rijksoverheid van belang om nu maatregelen te nemen. Dit heeft onder andere een beperking van de AWBZ, de grootste financier van de ouderenzorg, tot gevolg (Rijksoverheid, 2011; Van de Werfhorst et al., 2009). Tevens voert de overheid druk uit op de ouderenzorg door vergaande wet- en regelgeving, wat ook de nodige bureaucratie in de ouderenzorg tot gevolg heeft.

De genoemde ontwikkelingen staan voor de uitdagingen van de toekomst. Er ontstaat een kloof tussen een grotere en complexere zorgvraag enerzijds en minder personele en financiële middelen anderzijds (Van de Werfhorst et al., 2009). Om deze uitdagingen het hoofd te bieden geeft de branchevereniging ActiZ aan dat het tijd is voor een paradigmaverschuiving in de langdurige zorg (Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg, 2010). Deze paradigmaverschuiving staat in het teken van zelfredzaamheid; het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burgers en zijn/haar sociale omgeving. Daarnaast is de dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener essentieel. De cliënt dient de eigen regie te hebben over zijn of haar leven.

Een organisatie die zich aansluit bij de gedachte van ActiZ is BrabantZorg, de organisatie die centraal staat in het onderzoek. BrabantZorg is een organisatie die *zorg en ondersteuning bieden tijdens het ouder* worden als haar kerntaak benoemd. Binnen de regio Brabant biedt BrabantZorg zorg, wonen en welzijn aan door middel van intra- en extramurale dienstverlening (intramuraal is zorg in een instelling & extramuraal is thuiszorg). Dit doet zij vanuit 31 locaties verspreid over 12 locatiegroepen. In totaal zijn er ruim zo'n 5000 mensen werkzaam bij BrabantZorg. De missie van BrabantZorg luidt:

“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.” (BrabantZorg, 2010)

Goede zorg gaat volgens BrabantZorg dan ook verder dan slechts één facet van het leven. Mentaal en lichamelijk welbevinden, woon- en leefomstandigheden en participatie zijn allen onderdeel van wat goede zorg is. De kernwaarden waar BrabantZorg voor staat zijn *aandacht, keuze en gemak*.

BrabantZorg is zich erg bewust van de ontwikkelingen die hierboven staan beschreven. De organisatie wil echter proberen de kloof tussen vraag en aanbod op een geheel eigen manier op te lossen. Niet door het werk uit handen te nemen van de professionals en in stukjes geknipt te laten uitvoeren door goedkopere arbeidskrachten, maar juist door de prioriteit te leggen bij het vakmanschap, de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel van de professionals om doeltreffender en doelmatiger te gaan werken.

In het ondernemingsplan 2010-2014 is te lezen dat BrabantZorg twee ambities heeft voor deze periode (Van de Werfhorst et al., 2009). Allereerst wil BrabantZorg de relatie met de klant versterken. Zoals al in de missie terug te lezen is, hecht BrabantZorg veel waarde aan de relaties tussen mensen. 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 noodzakelijke verbeteringen in de effectiviteit en efficiëntie te bereiken. Met dit alles wil BrabantZorg het niveau van kwaliteit van zorg verhogen. Om deze ambities te bereiken zijn er twee programma's geschreven, waarvoor twee programmamanagers zijn aangesteld:

1. Programma *Slim & Slink*: gericht op het verbeteren van de werkprocessen.
2. Programma *Klantrelatie*: gericht op het versterken van de relatie met de klant.

1.1 Aanleiding

Het citaat aan het begin van deze inleiding houdt verband met de aanleiding van dit onderzoek. 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 kwantitatieve informatie. Met andere woorden wordt er gebruik gemaakt van kwantitatieve meetinstrumenten, zoals de CQ-index. 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 dat extra stukje zorg waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverlener jegens de cliënt en de interactie tussen de zorgverlener en 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. Om deze gedachtegang te verhelderen geven de programmamanagers het voorbeeld dat het een noodzakelijke voorwaarde is dat er de juiste medicatie gegeven wordt. Het 'extra's' zit volgens hen in *de manier waarop* deze medicatie gegeven wordt. Het gaat hierbij om de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt en de bejegening van de zorgverlener naar de cliënt. De huidige meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg richten zich juist erop of de juiste medicatie gegeven wordt en niet op hoe deze medicatie gegeven wordt. De programmamanagers beschouwen de laatste vraag juist als een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. De nadruk komt hierbij te liggen op de interactie tussen de zorgverlener en cliënt en de bejegening van de zorgverlener naar de cliënt toe.

Daarnaast geven deze meetinstrumenten geen inzicht in de mate van ondersteuning die er van de medewerkers ten opzichte van de collega's, de leidinggevende en de organisatie en van leidinggevend

ten opzichte van het hoger management en de organisatie nodig is om een hoger niveau van kwaliteit van zorg te bereiken. Met andere woorden is niet bekend welke impuls een afdeling nodig heeft om de kwaliteit van dienstverlening te verbeteren.

In de Volkskrant wordt jaarlijks een ranglijst gemaakt van verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Volkskrant, 2011). De score van een verpleeghuis/verzorgingshuis wordt berekend aan de hand van twee variabelen: de mening van de bewoners en/of familie en de prestatiescore. De mening van de bewoners of familie gaat in op de ervaringen van bewoners en/of familie. De prestatiescore gaat over financiële en andere zorginhoudelijke kwantitatieve gegevens. Wat opvalt is dat de gemeten scores op deze twee peilers voor de meeste instellingen erg van elkaar afwijken. Het genoemde artikel zou dit mogelijk (gedeeltelijk) verklaren; de prestatiescores zouden niet betrouwbaar zijn. Dit maakt het tevens interessant om via een andere invalshoek de kwaliteit van zorg te onderzoeken en waar mogelijk op een kwalitatieve manier meetbaar te maken.

1.2 Probleemstelling

De probleemstelling bestaat uit een doelstelling en een vraagstelling. Deze zullen respectievelijk behandeld worden.

Doelstelling

Het doel van het onderzoek is tweeledig. Het eerste doel is het ontwikkelen van een kwalitatief meetinstrument welke de kwaliteit van zorg meet binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Hierbij gaat het expliciet niet om een nieuw meetinstrument. Dit te ontwikkelen kwalitatieve meetinstrument dient complementair te zijn aan de huidige meetinstrumenten. Het kwalitatieve meetinstrument dient vooral dat extra stukje zorg te meten waarbij het gaat om de bejegening van de zorgverlener jegens de cliënt en de interactie tussen de cliënt en de zorgverlener; datgene wat voor de cliënt het verschil maakt naast de randvoorwaarden die gemeten worden met de huidige meetinstrumenten.

Ten tweede dient uit dit meetinstrument af te leiden te zijn welke ondersteuning medewerkers ten op zichten van collega's, de leidinggevende en de organisatie en leidinggevend ten opzichten van het hoger management en de organisatie nodig hebben om tot een hoger niveau van kwaliteit van zorg te komen.

Door vele maatschappelijke en politieke ontwikkelingen is de zorgsector volop in beweging. 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 zal er een cultuurverandering moeten plaatsvinden onder het personeel. De middelen om deze verandering te monitoren ontbreken, in het specifiek een kwalitatief instrument. Het kwalitatieve meetinstrument dat uit dit onderzoek zal voortkomen, moet BrabantZorg helpen op weg naar de 'nieuwe organisatie'.

Vraagstelling

Van hieruit is de volgende vraagstelling ontstaan, bestaande uit twee hoofdvragen en bijbehorende deelvragen:

1. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg bij intramurale zorgverlening zijn voor de cliënt belangrijk volgens medewerkers en leidinggevend van BrabantZorg en welke niveaus zijn er op deze indicatoren te onderscheiden?
 - a. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg zijn te benoemen vanuit de literatuur?
 - b. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?
 - c. Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens de leidinggevend van BrabantZorg?

- d. Wat is een hoog niveau van kwaliteit van zorg (beschreven aan de hand van de bij vraag één gevonden indicatoren)?
 - e. Wat is een laag niveau van kwaliteit van zorg (beschreven aan de hand van de bij vraag één gevonden indicatoren)?
2. Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's, leidinggevende en de organisatie en welke behoeften aan ondersteuning hebben leidinggevenden ten opzichte van het hoger management en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?
- a. Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
 - b. Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's, leidinggevenden en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
 - c. Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
 - d. Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van hoger management en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

Om de vraagstellingen te kunnen beantwoorden is het van belang om een aantal termen te definiëren:

- Cliënten = somatische en psychogeriatrische cliënten
 - Somatische cliënt = cliënt die door lichamelijke problemen zorgafhankelijk is. Hierbij kun je denken aan iemand met een halfzijdige verlamming.
 - Psychogeriatrische cliënt = cliënte die lijdt aan dementie
- Intramurale zorginstelling = een zorginstelling waar cliënten wonen. In de context van BrabantZorg gaat het om verzorg- en verpleeghuizen.
- Medewerkers = medewerkers op de werkvloer. Gedacht kan worden aan verpleegkundigen en verzorgenden. Ook de eerst-verantwoordelijk verzorgenden (EVV) wordt gecategoriseerd onder de medewerkers.
- Leidinggevenden = de locatiemanagers en teammanagers binnen BrabantZorg
- Organisatie = de Raad van Bestuur en de specialisaties; de afdelingen die een ondersteunende functie bekleden voor de leidinggevenden en medewerkers.
- Kwaliteit van zorg = binnen dit onderzoek wordt met kwaliteit van zorg bedoeld op de kwaliteit van het *hoe* van de zorg en niet op het *wat*, zoals hiervoor al even kort met een voorbeeld is uitgelegd. Grönroos (1984, in: Pommer, Van Kempen & Eggink, 2008) maakt een onderscheid in *technische kwaliteit*, gericht op kenmerken van de dienst zelf, en in *functionele kwaliteit*, gericht op de wijze waarop de dienst wordt geleverd. In dit onderzoek ligt de focus dus op de *functionele kwaliteit*. Het begrip kwaliteit van zorg wordt in hoofdstuk twee verder uiteengezet.
- Niveaus = hierbij gaat het om een verdeling van ordinaal meetniveau. Gedacht kan worden aan goed - beter - best.
- Instrumentele ondersteuning = ondersteuning door goederen, diensten en de toepassing van HR praktijken (Van Bijsterveld, 2011).
- Sociaal-emotionele ondersteuning = ondersteuning door genegenheid en waardering in gedrag van collega's, leidinggevenden en organisatie (Van Bijsterveld, 2011).

Wat in de eerste vraagstelling duidelijk wordt, is dat in dit onderzoek aan de medewerkers en leidinggevenden gevraagd wordt welke indicatoren volgens hen belangrijk worden gevonden door de cliënten. Er zijn een aantal beweegredenen geweest om het onderzoek op deze manier aan te pakken en niet te gaan informeren bij de cliënten zelf. Deze beweegredenen zullen in willekeurige volgorde behandeld

worden. Hierbij is de aanname gemaakt dat medewerkers en leidinggevendenden zich kunnen inleven in de cliënten, een beeld hebben van wat cliënten belangrijk vinden en het beste met de cliënten voor hebben.

Een eerste beweegreden is dat het bij het onderzoek gaat om de ontwikkeling van een meetinstrument dat gebruikt kan worden door medewerkers en leidinggevendenden. Door het onderzoek in te zetten vanuit het perspectief van medewerkers en leidinggevendenden, hebben zij als het ware zelf vormgegeven aan het instrument. Daarbij wordt de ondersteuningsbehoeften van deze medewerkers en leidinggevendenden gekoppeld aan het kwaliteitsvraagstuk.

Een andere beweegreden is dat er binnen de intramurale zorginstellingen psychogeriatrische cliënten zijn; deze cliënten zouden worden uitgesloten als eventuele participanten. Door een cliëntperspectief te kiezen, zou deze groep buiten het onderzoek komen te vallen. Dat terwijl meer zicht op kwaliteit juist voor deze doelgroep van groot belang is; deze cliënten kunnen het immers niet of nauwelijks aangeven als zij ontevreden zijn, terwijl de somatische cliënten dit wel goed kunnen.

Nog een argument om te kiezen voor het perspectief van de medewerkers en leidinggevendenden is dat de programmamanagers bij BrabantZorg hebben aangegeven dat er voldoende gegevens beschikbaar zijn die ingaan op de kwaliteitsbeleving van cliënten.

Om de doelstelling te behalen is er besloten om twee casestudies binnen de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg uit te voeren. De twee casestudies zijn uitgevoerd door twee onderzoekers. Zo presenteert dit rapport de gegevens van één casestudie en het rapport van Kimberley van Bijsteren de gegevens van de andere casestudie. Beide rapporten vullen elkaar aan. Hoewel er ook sprake is van overlap in beide rapporten, geven beide rapporten samen een beeld van het gehele onderzoek dat bij BrabantZorg is uitgevoerd. Dat is tevens de reden dat op verschillende plaatsen in dit rapport wordt verwezen naar de masterscriptie van Kimberley van Bijsteren.

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijk relevantie

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. Niet alleen vanuit BrabantZorg maar ook vanuit de brancheorganisatie ActiZ is er deze vraag. Het instrument dat voort zal komen uit dit onderzoek dient ertoe om een bijdrage te leveren aan het maatschappelijk vraagstuk van de kwaliteit van zorg. Door middel van het meetinstrument hoopt BrabantZorg dat veranderingen binnen haar instellingen gericht op zorgverlening beter gemonitord kunnen worden.

Daarnaast blijkt het maatschappelijk belang voor goede meetmethodieken ook uit het aangehaalde artikel uit de Volkskrant. Er is behoefte aan transparantie in de ouderenzorg en het meten van de kwaliteit van deze zorg zou voor transparantie moeten zorgen. Helaas is dit, volgens het artikel (Trommelen&de Visser, 2011), niet zo gemakkelijk als gehoopt. De zogenaamde harde en objectieve criteria blijken zelfs zeer fraudegevoelig. Wellicht dat een onderzoek naar een kwalitatief instrument dan juist wat interessante zaken aan het licht zou kunnen brengen voor dit maatschappelijk vraagstuk.

Minstens zo belangrijk als de maatschappelijke relevantie is de *wetenschappelijke relevantie* van het onderzoek. De wetenschappelijke relevantie komt voort uit de tweeledige vraagstelling die in het onderzoek centraal staat. Er zijn al verschillende onderzoeken gedaan in verschillende contexten, naar indicatoren die kwaliteit omschrijven. Zo heeft Boeije een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd naar kwaliteit in verpleeghuizen (Boeije, 1994). Dit onderzoek deed zij ook vanuit het perspectief van medewerkers. Ook Hogston deed onderzoek naar kwaliteit van zorg van het medewerkerperspectief (Hogston, 1995). Hij deed echter geen onderzoek in verpleeghuizen, maar in ziekenhuizen. Iemand die naar hetzelfde onderwerp onderzoek deed, maar dan vanuit het cliëntperspectief is Williams (1998). Dit zijn een aantal voorbeelden van mensen die zich hebben bezig gehouden met een onderzoek naar kwaliteit van zorg, hoewel allen met een iets andere insteek. Zo zijn er nog een aantal wetenschappers te benoemen die onderzoek hebben gedaan naar kwaliteit van zorg. Zoals deze kleine impressie van wetenschappelijk

onderzoek naar kwaliteit van zorg blijkt, is er zowel in de ouderenzorg als daar buiten onderzoek gedaan. Ook is er onderzoek gedaan vanuit verschillende perspectieven; vanuit de medewerker en vanuit de cliënt.

Wat echter niet is terug te vinden in de beschikbare wetenschappelijke literatuur is onderzoek dat het kwaliteitsvraagstuk koppelt aan de ondersteuningsbehoeften om kwaliteit te kunnen leveren. Het vernieuwende van dit onderzoek en de wetenschappelijke relevantie is dus dat er in samenhang wordt gekeken naar wat kwaliteit van zorg is en wat zorgverleners en hun leidinggevenden nodig hebben om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

In dit rapport zult u worden meegenomen in het onderzoek dat een antwoord zal geven op de genoemde vraagstelling. Hiervoor zult u allereerst een indruk krijgen van de relevante wetenschappelijke en vakliteratuur in hoofdstuk twee. Daarna vindt u in hoofdstuk drie een uitgebreid verslag met methodologische verantwoording. Vervolgens wordt u echt meegenomen in het onderzoek in hoofdstuk vier, waar uitgebreid wordt ingegaan op de resultaten. Tenslotte komen in hoofdstuk vijf de conclusies, discussie, aanbevelingen en reflectie nog aan bod.

Vanuit de media komen veel geluiden van hoe het niet moet in de zorg. Na het lezen van dit rapport heeft u hopelijk een idee van hoe het dan wel zou moeten.

2. Relevante literatuur

2.1 Inleiding

Mijn literatuuronderzoek zal ondersteunend zijn voor het eerste gedeelte van de tweeledige vraagstelling, namelijk:

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

Het literatuuronderzoek dat ondersteunend is voor het tweede gedeelte van de vraagstelling over de ondersteuningsbehoeften is uitgevoerd door Kimberley van Bijsteren en terug te vinden in haar masterscriptie.

Dit hoofdstuk dient om een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Wat voor een soort organisatie is BrabantZorg?
- Wat is kwaliteit?
- Welke indicatoren voor kwaliteit van zorg zijn bekend vanuit de literatuur?
- Welke huidige meetinstrumenten zijn voorhanden en wat meten zij?

De informatie die hiermee wordt verkregen zal worden gebruikt als *sensitizing concepts* tijdens het onderzoek. Dit betekent dat bepaalde begrippen en/of concepten gebruikt zullen worden als een soort zoeklicht in het onderzoek (Boeije, 2005). Per vraag zal aan bod komen welke bijdrage de informatie kan leveren voor het onderzoek. Een uiteenzetting van de literatuur zal worden afgewisseld met de toepassing van de literatuur op het onderzoek. Uiteindelijk zal een conclusie de belangrijkste punten nog een keer aanhalen en zullen ook verwachtingen voor het onderzoek die direct voortkomen uit de literatuur geformuleerd worden.

2.2 Wat voor een soort organisatie is BrabantZorg?

In deze paragraaf wordt aan de hand van literatuur een uiteenzetting gegeven van het soort organisatie dat de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg zijn. Bepaalde kenmerken van een organisatie kunnen een rol spelen bij het beoordelen van de kwaliteit van die organisatie. Zo is het makkelijk voor te stellen dat de sfeer bij een ziekenhuis belangrijker is voor de kwaliteit dan bij een bank. Informatie over het type organisatie kan helpen om te beredeneren waarom bepaalde indicatoren juist wel of niet belangrijk zijn voor de beoordeling van de kwaliteit.

De literatuur van Gastelaars zal een grote rol spelen bij dit onderwerp (1997; 2006). Zij heeft veel onderzoek gedaan naar en geschreven over verschillende typen dienstverlenende organisaties in de Nederlandse context, waaronder de zorgsector. Deze informatie is daarom erg bruikbaar. Daarnaast zal ook aandacht worden besteed aan de ideeën van Hasenfeld, die als één van de eersten aandacht schonk aan de zogenaamde *Human Service Organizations*. Met een Human Service Organization, verder aangeduid als HSO, bedoelt Hasenfeld een organisatie die als kerntaak heeft het welzijn van individuen te beschermen, behouden of verbeteren. Dit wordt gedaan door het definiëren, vormen of veranderen van persoonlijke eigenschappen van deze individuen (Hasenfeld, 1983, p1). Ook Gastelaars heeft Hasenfeld en zijn definiëring van HSO's als uitgangspunt genomen. Het verschil is dat Gastelaars de definitie verbreed heeft. Waar Hasenfeld zich met name richt op wat hij noemt de *welfare state*, rekent Gastelaars ook de commerciële dienstverlening tot de HSO's (Gastelaars, 1997, p16).

Het zorgarrangement

Gastelaars (1997) heeft binnen de HSO's een onderscheid gemaakt in zes verschillende typen dienstverlenende organisaties. Aan de hand van de hoofdkenmerken van deze zes verschillende typen dienstverlenende organisaties heeft zij voor elk type een typologie gemaakt; selectiebureaucratie, massadienstverlening, professionele dienstverlening, vrijwillige vereniging, zorgarrangement en individuele dienstverlening. Zoals de naam al doet vermoeden, beschrijft het type 'zorgarrangement' het beste de organisatie waar het in dit onderzoek om draait. Gastelaars beschrijft de zorgarrangement als volgt:

“Dit zijn dienstverlenende organisaties die gekenmerkt worden door vaak zeer langdurige transacties met zeer afhankelijke klanten, waarbij het essentieel is dat ze in principe 7x24 uur per week beschikbaar zijn. Zij worden wel gezien als vervanging van het gezin, want zij nemen zorgende functies waar die in het verleden aan die maatschappelijke institutie waren voorbehouden.” (Gastelaars, 1997, p.25)

Deze typering past goed bij de intramurale instellingen van BrabantZorg. De cliënten die in deze instellingen wonen zijn voor hun dagelijkse behoeften gedeeltelijk tot geheel afhankelijk van de zorgverleners. De zorg moet voor deze cliënten 24 uur per dag beschikbaar zijn; zo moeten bijvoorbeeld in de verpleging de meeste cliënten geholpen worden met de toiletgang.

Gastelaars (1997) noemt naast de afzonderlijke typering ook een aantal aspecten waarop dienstverlenende organisaties verschillen. Een hiervan is de impact die de feitelijke transacties kunnen hebben (Gastelaars, 1997). Hiermee bedoelt Gastelaars dat het type transacties die een HSO uitvoert, dit zijn de diensten die worden uitgevoerd, in meer of mindere mate een impact kunnen hebben op het leven van mensen. Veel transacties in een verpleeghuis hebben een ingrijpend effect op het leven van mensen. Hierbij kan gedacht worden aan het toedienen van de medicijnen of de manier waarop wonden worden verzorgd. Dergelijke transacties hebben veel impact op het verdere leven van mensen. Een voorbeeld waarbij de transacties weinig invloed zullen hebben op het verdere leven van mensen is bijvoorbeeld in een winkel. Hier gaat het om veelal kortdurende en oppervlakkige transacties die weinig impact hebben, bijvoorbeeld de hulp van een winkelmedewerker bij het zoeken naar een product. De vergaande impact die transacties in een zorginstelling kunnen hebben, maken het waarborgen van kwaliteit in deze instellingen erg belangrijk.

Een tweede aspect waarop dienstverlenende organisaties verschillende is de mate waarin deze organisaties aan verschillende maatschappelijke verwachtingen moeten beantwoorden. De rol van maatschappelijke verwachtingen over de zorg heeft vandaag de dag, zoals ook in de inleiding werd gesteld, veel invloed op organisaties binnen de zorg. De aandacht voor het bewaken van kwaliteit is (gedeeltelijk) voortgekomen uit druk van de maatschappij.

Hasenfeld (1983) heeft een boek geschreven over HSO's. Door de grote verscheidenheid aan dienstverlenende organisaties heeft Hasenfeld een classificatie gemaakt van enkele soorten dienstverlenende organisaties. Dit heeft hij gedaan aan de hand van enkele kenmerken waaraan zij zich onderscheiden van andere dienstverlenende organisaties. Dienstverlenende organisaties kenmerken zich volgens Hasenfeld van andere *bureaucratieën* doordat het ruwe / te bewerken materiaal bestaat uit mensen. Hij gaat uit van zogenaamde *transformation technologies*, waarbij het gaat om het type dienst dat wordt geleverd door een organisatie. Hasenfeld maakt een onderscheid tussen *people-processing technologies*, *people-sustaining technologies* en *people-changing technologies* (1983). Ouderenzorg beschouwt Hasenfeld als een *people-sustaining technology*:

“These attempt to prevent, maintain, and retard deterioration of the personal welfare or well-being of clients; they do not, however, attempt to change directly their personal attributes.” (Hasenfeld, 1983, p.5)

Het gaat hierbij vooral om het behouden van een bepaalde status van mensen en niet zozeer om het veranderen (transformeren) van mensen. Dit veranderen is bij de andere twee typen technologieën wel direct of indirect het doel. Wanneer we kijken naar de *people-sustaining technologies* dan stelt Hasenfeld

dat een van de grootste dilemma's binnen dit type organisaties het bepalen en vastleggen van een juist niveau van zorg is. Het nastreven van een bepaalde ideologie aan de ene kant en financiële factoren aan de andere kant, maken het erg moeilijk voor HSO's om bepaalde normen te stellen. Dit spanningsveld tussen ideologie en financiën is duidelijk terug te vinden in de ouderenzorg. Veel instellingen kunnen door een gebrek aan geld niet aan de cliënten bieden wat zij eigenlijk zouden willen. De zorg wordt ingericht naar een beperkt budget, tegenwoordig vastgesteld in een zorgzwaartepakket, ofwel ZZP. Ook Gastelaars (1997) ziet een moeilijkheid, een risico zoals zij zelf noemt, in het bepalen van een juist niveau aan zorg voor de cliënt. Zij heeft het hierbij alleen over het stellen van normen en laat de financiële kant achterwege. Gastelaars spreekt over onnodige bemoeizorg aan de ene kant of verwaarlozing met ongewenst gevolgen aan de andere kant:

“Het is voor beide partijen moeilijk, precies de grenzen te stellen: wanneer is de verzorging ‘voldoende’, wanneer is ze ‘te weinig’ en wanneer ‘te veel’?”(Gastelaars, 1997, p. 63)

Gastelaars beschrijft in een van haar boeken een beweging binnen dienstverlenende organisaties naar meer vraaggestuurd werken (2006). Hierbij staat de klantgerichtheid voorop; er wordt steeds meer naar de wensen van de klant gewerkt. Gastelaars heeft aangegeven dat deze beweging een aantal veranderingen binnen dienstverlenende organisaties tot gevolg heeft. Een tweetal hiervan hebben direct betrekking op het onderwerp van onderzoek, namelijk:

- Vraaggestuurd werken vraagt om ruimte maken voor verschillen; wanneer een organisatie wil voldoen aan de wensen van de klanten, zullen diensten op meer verschillende manieren geleverd worden, namelijk aansluitend op individuele wensen. Logischerwijs heeft dit tot gevolg dat er meer verschillen zullen zijn tussen de diensten, dan wanneer de organisatie specifieke richtlijnen heeft voor het leveren van diensten. Vraaggestuurd werken leidt zo tot een grotere flexibiliteit van de organisatie, om aan alle verschillende vragen te kunnen voldoen. Een goed voorbeeld hiervan binnen BrabantZorg is bijvoorbeeld het nuttigen van de maaltijd; vroeger was het normaal dat alle cliënten gewoon in de huiskamers de maaltijd nuttigden. Tegenwoordig heeft een cliënt de keuze of hij/zij in een huiskamer wil eten, op de eigen kamer of in het restaurant. Dit betekent ook dat de organisatie flexibel moet zijn om cliënten op al deze verschillende locaties van een warme maaltijd te voorzien. Er is meer keuzevrijheid voor de cliënten en de zorgverleners moeten ingaan op de individuele wensen.
- De klantrelatie staat centraal, niet de klant; Gastelaars bedoelt hiermee dat de klantrelatie de kern is van het dienstverleningsproces en niet de klant zelf. Juist in een situatie waarin een dienstverlener moet inspelen op de vraag van een klant is de klantrelatie van belang. Als het gaat om vraaggestuurd werken, dan moet een klant ook zijn wensen kenbaar maken aan de dienstverlener. Beide partijen komen in samenwerking tot een eindproduct (dienst). Klanten zijn vaker gedwongen om keuzes te maken, die zij misschien liever aan anderen zouden overlaten. Op deze manier illustreert Gastelaars dat wat goed is voor de klantrelatie, niet altijd gemakkelijk is voor de klant. Gastelaars geeft in dit kader echter ook expliciet aan dat het intramurale zorgarrangement nog steeds een voorbeeld is van een organisatie met haast absolute controle over haar klanten (2006, p188). Deze opvatting is echter al vijf jaar oud en in die tijd is de zorgsector volop in beweging geweest. Juist met de invoering van de zorgzwaartepakketten is het maar de vraag of het deze opvatting van Gastelaars nog houdbaar is. Tegenwoordig is het immers zo dat cliënten zelf aangeven welke zorg zij willen ontvangen voor het beschikbaar gestelde budget. Hierbij lijkt het juist of de klantrelatie erg belangrijk is binnen de intramurale zorgverlening; zorgverlener en cliënt moeten er samen uitkomen welke zorg er geleverd gaat worden. Tevens draait één van de programma's bij BrabantZorg om de klantrelatie. Dit duidt erop dat de klantrelatie in de intramurale zorg wel belangrijk is en dat er geen sprake (meer) is van absolute controle over de cliënten.

Specifiek voor de zorg beschrijft Gastelaars (2006) nog de beweging van een cultuur van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’. Er wordt meer verantwoordelijkheid gelegd bij familie en meer een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit is het nieuwe startpunt van de zorg waarbij de zorginstelling zoveel

mogelijk een ondersteunende in plaats van een verzorgende rol krijgt. Zoals in de inleiding van dit rapport al werd aangehaald heeft ook de brancheorganisatie ActiZ het over wat zij noemen een paradigmaverschuiving, wat overeen komt met hetgeen Gastelaars hier bedoelt. BrabantZorg heeft dit verschijnsel ook beschreven en daarbij aangegeven dat deze beweging belangrijk is voor de toekomst van de zorg. Het is interessant om te kijken of dit recente verschijnsel ook naar voren komt in het onderzoek en of het een verband heeft met de kwaliteit van zorg zoals dat invulling zal krijgen tijdens het onderzoek.

2.3 Wat is kwaliteit?

Volgens Van Dale is het antwoord op deze vraag:

“1 mate waarin iets goed is; gesteldheid, hoedanigheid, aard: de ~ van deze stof 2 functie: in zijn ~ van burgemeester 3 goede hoedanigheid: iem met ~en bekwaamheid; ~sartikelen”. (Van Dale, 2011).

Kwaliteit beschrijft volgens definitie de mate waarin iets goed is, wat waarschijnlijk voor veel mensen een logische betekenis is. Deze definitie is in de wetenschap echter niet erg bruikbaar. Wat is immers goed? Een zoektocht in wetenschappelijke literatuur naar een antwoord op de vraag ‘wat is kwaliteit’, leert als snel dat er geen pasklaar antwoord bestaat op deze vraag. Kwaliteit is een begrip wat vele betekenissen kent in verschillende contexten (Reeves&Bednar, 1994; Brady&Cronin, 2001; Castle&Ferguson, 2010). Dit heeft te maken met het feit dat kwaliteit een sociale constructie is (Koch, 1992). Een sociale constructie is iets dat door mensen zelf geconstrueerd is. Hierdoor is de invulling ervan afhankelijk van ideeën en overtuigingen van mensen. Dit heeft tot gevolg dat kwaliteit voor verschillende mensen een verschillende betekenis heeft. Hierbij kan een verband worden gezien met de moeilijkheid of het risico dat Hasenfeld en Gastelaars zien binnen zorginstelling, zoals hierboven genoemd. In het kort stellen zij dat het lastig is om een juist niveau van zorg te bepalen. Mogelijk komt dit omdat verschillende mensen een verschillende visie kunnen hebben op wat goede zorg is. Het feit dat kwaliteit een sociaal construct is, maakt het moeilijk om te bepalen wat een goed niveau van kwaliteit van zorg is; de meningen zullen hierover verdeeld zijn. Zo zal de ene persoon iets sneller als bemoeizorg bestempelen als een andere persoon. Het onderzoek heeft onder andere als doel om een inhoudelijke invulling te geven aan kwaliteit; wat zijn de belangrijke aspecten van kwaliteit in de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg? Zoals al in de inleiding is aangegeven, ligt de nadruk in dit onderzoek op de kwaliteit van de manier waarop zorg wordt verleend; in het bijzonder interactie en bejegening.

Om een antwoord te kunnen geven op het eerste gedeelte van de vraagstelling van dit onderzoek, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de theorie over kwaliteit. Niet direct over de inhoudelijke invulling, deze is immers persoons- en contextgebonden en het onderzoek richt zich juist op de inhoudelijke invulling van het begrip. Wel is inzicht nodig in de manier waarop het begrip / concept kwaliteit gebruikt kan worden. Dit kan namelijk helpen om de resultaten van het onderzoek te structureren en het meetinstrument in te richten.

De historische invullingen van het concept kwaliteit zijn voornamelijk gericht op kwaliteit van producten. Door de grote vlucht die de dienstensector de laatste decennia heeft gemaakt, kwam er steeds meer een behoefte aan een invulling van het concept kwaliteit wat ook van toepassing was op diensten (Reeves&Bednar, 1994). Producten en diensten verschillen op een aantal punten zodanig, dat kwaliteit van diensten om een andere invulling en manier van meten vraagt, dan de kwaliteit van producten. De grootste verschillen tussen diensten en producten zijn (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985):

- Mate van tastbaarheid; producten zijn tastbaar, kunnen worden aangeraakt. Diensten zijn niet tastbaar, het is niet mogelijk om een dienst aan te raken, vast te pakken. Dit ontastbare aspect van een dienst maakt het moeilijker om de kwaliteit vast te stellen.
- Mate van heterogeniteit; zowel producten als diensten kunnen per producent verschillen, maar diensten kunnen ook per klant of per dag verschillen. Doordat een dienst door een persoon geleverd wordt, is de manier waarop de dienst geleverd wordt dan ook afhankelijk van deze persoon. Wanneer iemand een

slechte dag heeft, is de kans groot dat de dienst anders uit de verf komt dan wanneer iemand een blijde dag heeft. Ook de klant heeft hier een invloed op; zo kan de ene klant heel anders op de dienstverlening reageren dan een andere klant; dit heeft directe gevolgen voor hoe de dienst er op dat moment uitziet. Dergelijke situaties zullen zich niet voordoen bij producten, die voor het moment van consumptie door de klant al gefabriceerd zijn.

- Mate van scheidbaarheid; productie en consumptie van een product vinden meestal gescheiden plaats. Pas wanneer het gehele product klaar is, komt de consument in aanraking met het product. Bij diensten vinden productie en consumptie (meestal) gelijktijdig plaats. Hierdoor speelt de interactie tussen producent en consument (tijdens het verlenen van de dienst) een belangrijke rol in het beoordelen van de kwaliteit van deze dienst. Dit sluit aan bij het belang van de klantrelatie bij dienstverlenende organisaties, zoals ik in de vorige paragraaf uiteen heb gezet.

Deze verschillen geven al een goede reden om het literatuuronderzoek verder toe te spitsen op kwaliteit van diensten en niet op kwaliteit in het algemeen. In de maatschappelijke discussie over kwaliteit in de zorg wordt zowel gesproken over *kwaliteit van zorg* als over *kwaliteit van diensten*. Soms worden deze begrippen zelfs naast elkaar in een zin gebruikt. In dit hoofdstuk zal ik de basis van de theorie over zowel kwaliteit van diensten als kwaliteit van zorg behandelen. Hierdoor kan bekeken worden of kwaliteit van zorg een houdbare term is in het onderzoek; past kwaliteit, met de focus zoals bedoeld in het onderzoek, binnen een theorie die ingaat op de kwaliteit van zorg? Of lijkt het beter om aan te sluiten bij een theorie die ingaat op de kwaliteit van diensten? Wat kan van beiden geleerd worden en wat voor een bijdrage kunnen ze leveren aan het onderzoek? Om hier een antwoord op te geven, zal eerst aandacht worden besteed aan de kwaliteit van diensten. Vervolgens zal er worden ingegaan op de kwaliteit van zorg.

2.3.1 KWALITEIT VAN DIENSTEN

In de jaren tachtig zijn er twee hoofdstromen ontstaan in het denken over kwaliteit van diensten. Voor deze tijd was hier nauwelijks tot geen aandacht voor. Een van de eerste ideeën was dat de kwaliteit van diensten niet alleen bepaald kan worden aan de hand van de uitkomst (het eindproduct, zoals dit bij producten wel het geval is), maar ook aan de hand van het proces. Een tweede belangrijk idee dat heerste in de jaren tachtig en waar ook de twee hoofdstromen vanuit gingen, is dat de kwaliteit wordt bepaald door de mate waarin een dienst voldoet (perceptie van de dienst) aan de verwachtingen van de consument van deze dienst.

Grönroos en Parasuraman, Zeithaml en Berry kunnen beschouwd worden als de grondleggers van de theorie over kwaliteit van diensten. Beide theorieën zullen behandeld worden en er zal bepaald worden wat de bijdrage van de theorieën kan zijn aan het onderzoek.

Grönroos en het 2 Componentenmodel.

Een van de eerste en meest genoemde wetenschappers die een theorie ontwierp over kwaliteit van diensten is Grönroos (1982, In: Pommer, et al., 2008; Brady&Cronin, 2001). Deze theorie is in de inleiding van dit rapport al kort besproken. Grönroos maakt in zijn 2 Componentenmodel een onderscheid tussen:

- Technische kwaliteit; de kwaliteit van hetgeen de consument (de klant) werkelijk ontvangt, ofwel de kwaliteit van de uitkomst van de dienst, ofwel het *wat* van de dienst.
- Functionele kwaliteit; de kwaliteit van de manier waarop de dienst geleverd is, ofwel de kwaliteit van het proces van de dienst, ofwel van het *hoe* van de dienst.

Later (2001) heeft Grönroos een derde component toegevoegd aan zijn model, namelijk *corporate image* of omgeving. Hij stelt dat klanten hun eerdere ervaringen altijd met zich meenemen wanneer zij (opnieuw) naar een service organisatie gaan (Kang&James, 2004). De toevoeging van deze derde component aan het model betekent dat de ervaren kwaliteit van een eerder genoten dienst onderdeel is van de beoordeelde kwaliteit van een dienst. Je kunt je voorstellen dat wanneer je in het verleden een goede ervaring hebt gehad bij een dienstverlener je deze dienst anders zult beoordelen dan wanneer je in het verleden een slechte ervaring hebt gehad met dezelfde dienstverlener.

Zoals ook al aan bod is gekomen in de inleiding, ligt de focus van het onderzoek op de functionele kwaliteit van zorg. Het meetinstrument en de indicatoren moeten weergeven hoe de zorg geleverd moet worden en niet welke zorg (wat) er geleverd moet worden. Voor de compleetheid lijkt het echter wel zinvol om de technische kwaliteit niet geheel buiten beschouwing te laten; om een antwoord te krijgen op de vraag *hoe* je iets moet doen, lijkt het immers zinvol om eerst te weten *wat* je moet doen.

Oliver en Rust ontwikkelden in 1994 een 3 componentenmodel, vergelijkbaar met het genoemde model van Grönroos (Brady&Cronin, 2001). Het 3 componentenmodel van Oliver en Rust bevat de volgende drie componenten:

- Service product → komt overeen met technische kwaliteit van Grönroos, oftewel *wat* wordt er geleverd, *wat* is de dienst.
- Service delivery → komt overeen met functionele kwaliteit van Grönroos, oftewel *hoe* wordt de dienst geleverd.
- Service environment; hierbij gaat het om de fysieke omgeving van de dienst. Dit komt niet overeen met het later toegevoegde *corporate image* van Grönroos.

Oliver & Rust gaan er vanuit dat alle drie deze componenten een directe invloed hebben op de kwaliteit van een dienst. Brady&Cronin hebben een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om dit model te testen (2001). Daaruit is gebleken dat het een goed passend model is aan de hand waarvan de kwaliteit van een dienst kan worden beschreven.

Grönroos en degenen na hem die zijn theorie als uitgangspunt hebben gebruikt leren dat het begrip kwaliteit van diensten meerder dimensies heeft; *wat*, *hoe* en *waar*. Van deze dimensies ligt de focus van het onderzoek, op verzoek van de opdrachtgevers, op de *hoe*-dimensie van kwaliteit; de functionele kwaliteit.

Parasuraman, Zeithaml en Berry; het SERVQUAL model.

De andere hoofdstroom in het denken over kwaliteit van diensten die in de jaren tachtig is ontstaan, is gevormd door Parasuraman, Zeithaml en Berry (Parasuraman et al., 1985; Buttle, 1995; Brady&Cronin, 2001; Robinson, 1999). Zij hebben onderzoek gedaan naar de kwaliteit van diensten, wat uiteindelijk heeft geleid tot de ontwikkeling van het SERVQUAL model.

Zoals hierboven al aan bod is gekomen, is een belangrijk verschil tussen producten en diensten de mate van tastbaarheid. Evaluatie van de kwaliteit van producten vindt (meestal) plaats aan de hand van tastbare eigenschappen van dat product. Aangezien een dienst weinig tot geen tastbare eigenschappen heeft, moet de kwaliteit van een dienst aan de hand van andere aspecten worden geëvalueerd (Parasuraman et al., 1985). Parasuraman et al. hebben als eerste onderzoek gedaan naar de aspecten van kwaliteit van dienstverlening door middel van kwalitatief onderzoek. Hierbij zijn zij op zoek gegaan naar een meer inhoudelijke invulling van kwaliteit van diensten; naar kenmerken die de kwaliteit beschrijven (Brady&Cronin, 2001)

Het doel van Parasuraman et al. was om een instrument ontwikkelen dat de kwaliteit van diensten kan meten in zoveel mogelijk verschillende soorten dienstverlenende organisaties (Babakus&Mangold, 1992). Hoewel het model ontwikkeld is vanuit onderzoek in de telecommunicatie en bancaire sector, zou het ook toepasbaar zijn op andere dienstverlenende sectoren. Zich bewust van het feit dat verschillende soorten dienstverlenende organisaties verschillende unieke eigenschappen hebben (zoals ook naar voren is gekomen in de voorgaande paragraaf), hebben Parasuraman et al. zich voornamelijk gericht op de functionele kwaliteit van diensten. De technische kwaliteit is immers veel meer aan unieke eisen gebonden dan de functionele kwaliteit. Zo kun je je voorstellen dat de technische kwaliteit (het *wat*) van dienstverlening bij een bank er heel anders uitziet dan de technische kwaliteit van dienstverlening bij een ziekenhuis. In de functionele kwaliteit (het *hoe*, de manier waarop de dienst geleverd wordt) van de dienstverlening bij deze twee soorten organisaties, zouden wel overeenkomsten kunnen zitten. Zo kun je je voorstellen dat een respectvolle benadering in beide gevallen van belang is voor de kwaliteit van de dienstverlening. In het onderzoek van Parasuraman et al. zochten zij naar een aantal algemene aspecten die de (functionele) kwaliteit van diensten in dienstverlenende organisaties beschrijven.

Het onderzoek leverde in eerste instantie een tiental dimensies op van kwaliteit (Parasuraman et al., 1985). Later hebben Parasuraman et al. het model aangepast door het aantal dimensies te reduceren tot vijf en heeft het model de naam SERVQUAL gekregen. Deze vijf dimensies zijn (Parasuraman, et al., 1985, p47; Buttle, 1995, p9):

- Betrouwbaarheid; de bekwaamheid van een organisatie om te presteren (het direct op een goede manier uitvoeren van een dienst), nauwkeurigheid en het nakomen van afspraken.
- Zekerheid; de kennis en beleefdheid van medewerkers en hun bekwaamheid om vertrouwen te geven.
- Empathie; het geven van individuele en zorgende aandacht naar klanten.
- Responsiviteit; de bereidheid van medewerkers om (snel) een dienst te verlenen.
- Tastbaarheid; de fysieke (tastbare) omgeving van de dienst, het personeel en de manier van communiceren (bijv. folders of manieren van bereikbaarheid).

Deze dimensies zouden volgens Parasuraman et al. de kwaliteit van een dienst bepalen. De kwaliteit van de dienst kan volgens hen gemeten worden door de kloof tussen de verwachting van de dienst en de daadwerkelijke perceptie van de dienst te meten. Het uitgangspunt is dat de kwaliteit het verschil is tussen de verwachting van een dienst en de daadwerkelijke perceptie van dezelfde dienst (Buttle, 1995; Pommer et al., 2008; Robinson, 1999). Deze theorie is beter bekend als de *gap theory*. In totaal gingen Parasuraman et al. uit van vijf verschillende *gaps*, maar de kloof tussen de verwachting en de ervaring wordt beschouwd als de belangrijkste voor de kwaliteitservaring. Inmiddels is dit model al jaren een erkend en veelgebruikt instrument om de kwaliteit van (diverse) diensten te meten. Het model wordt vaak toegepast om de klanttevredenheid van diensten te meten (Buttle, 1995)

Het SERVQUAL model heeft in de loop der jaren veel kritiek gehad. Een van grootste kritieken die relevant is om in het kader van het onderzoek te noemen, is dat de focus bij SERVQUAL ligt op het proces van de dienst en niet op de uitkomst (Buttle, 1995; Pommer et al, 2008). Er wordt gesteld dat de kwaliteit niet alleen kan worden beoordeeld aan de hand van het proces. Hierbij kan het proces worden beschouwd als de functionele kwaliteit en de uitkomst als de technische kwaliteit. Volgens de kritiek kan pas een goed beeld worden gekregen van de kwaliteit van een dienst als (ook) aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van de uitkomsten. Gezien de doelstelling van het onderzoek is dit kritiekpunt wel van toepassing op dit onderzoek, maar het kan geen afbreuk doen aan de waarde van de resultaten. Het uiteindelijke meetinstrument heeft immers tot doel om complementair te zijn aan de huidige meetinstrumenten, die zich juist richten op de uitkomstkwaliteit. Het te ontwikkelen meetinstrument is er niet op gericht om kwaliteit in zijn geheel te meten, maar om een aanvulling te geven aan de huidige instrumenten die, volgens Brabantzorg, niet de gehele lading van kwaliteit van zorg dekken. Daarnaast sterkt dit kritiekpunt het idee dat het zinvol is om de technische kwaliteit in dit onderzoek niet geheel buiten beschouwing te laten. Nogmaals; om goed te begrijpen *hoe* je iets moet doen, is het van belang om te weten *wat* je moet doen.

Een kanttekening die gemaakt kan worden bij de kritiek op het SERVQUAL model zoals hierboven uitgelegd, is dat Pommer et al. stellen dat bepaalde aspecten van kwaliteit een wat ambigue status kunnen hebben (Pommer et al, 2008). Het belang van een aspect van proceskwaliteit kan voor de uitkomst zo belangrijk zijn dat dit aspect tot uitkomstkwaliteit mag worden gerekend. Zo kan een bepaald aspect in de ene sector als proceskwaliteit worden beschouwd, terwijl het in een andere sector tot de productkwaliteit kan worden gerekend. Het ligt er maar hoe belangrijk het aspect is voor de uitkomst. Wanneer dit idee betrokken wordt op bovengenoemde kritiek op het SERVQUAL model, dan kan voorzichtig gezegd worden dat deze kritiek misschien niet helemaal houdbaar is voor alle sectoren waarop het SERVQUAL model is toe te passen. Er zouden wellicht sectoren kunnen zijn waar (een aantal van) de vijf dimensies die in het SERVQUAL model centraal staan heel erg belangrijk zijn voor de uitkomst. Volgens Pommer et al. zou de dimensie dan ook als productkwaliteit worden beschouwd en dit zou betekenen dat het SERVQUAL model niet meer alleen maar op het proces focust.

Het SERVQUAL model en de achterliggende gedachten biedt interessante informatie. Zo omvat het model een vijftal dimensies die wellicht ook een rol zullen spelen in het onderzoek. Met name betrouwbaarheid, empathie en responsiviteit zijn interessant in het kader van het onderzoek. Deze dimensies geven namelijk

een antwoord op de vraag hoe een dienst moet worden geleverd; het nakomen van afspraken, het geven van aandacht en snel reageren op de klantvraag zijn immers zaken die betrekking hebben op bejegening en interactie.

Een aspect van het SERVQUAL model dat minder interessant is in het kader van het onderzoek is de *gap theory*. Om kwaliteit te meten volgens de *gap theory* is het van belang dat de dienst door klanten wordt geëvalueerd. De kwaliteit wordt dan namelijk bepaald door het verschil tussen de verwachting die iemand had een dienst en de daadwerkelijke ervaring van de dienst. Aangezien er uit dit onderzoek een meetinstrument moet voortkomen, waarbij door medewerkers en leidinggevenden een oordeel moet worden gegeven over de kwaliteit, is de *gap theory* niet werkbaar binnen het onderzoek.

Deze kritiek van de kant van de onderzoeker wordt echter door anderen gedeeld. Zo hebben Cronin & Taylor vanuit het SERVQUAL het zogenaamde SERVPERF model ontwikkeld, wat staat voor Service Performance (Cronin&Taylor, 1994). Bij dit model wordt afstand genomen van de *gap theory*. Hoewel dit het model interessanter maakt voor het onderzoek, is het nog steeds zo dat het model kwaliteit van een dienst meet aan de hand van de ervaringen van de gebruikers. Hierdoor sluit ook dit model niet helemaal aan bij de doelstelling van het onderzoek.

2.3.2 KWALITEIT VAN ZORG

Het model dat binnen de literatuur over kwaliteit van zorg veel genoemd wordt, is het Donabedian's framework (Hogston, 1995; Koch, 1992; Castle&Ferguson, 2010). In deze paragraaf zal worden ingegaan op dit framework. Vanuit dit framework is door de onderzoeker een conceptueel model opgesteld, wat zal dienen als leidraad binnen het onderzoek.

Donabedian's framework.

In een artikel van Hogston (1995) wordt een onderzoek uiteengezet over de invulling van *nursing care quality* door middel van kwalitatief onderzoek. Hogston neemt hierbij het zogenaamde Donabedian's framework als uitgangspunt voor zijn analyse (1980 in: Hogston, 1995). Ook in diverse andere onderzoeken wordt het Donabedian's framework gebruikt om kwaliteit van zorg in kaart te brengen of aangehaald als methode om dat te doen (Hogston, 1995; Koch, 1992; Castle&Ferguson, 2010). Donabedian's framework beschrijft drie componenten van kwaliteit van zorg; structuurkwaliteit, proceskwaliteit en uitkomstkwaliteit. In een artikel van Koch (1992) over verschillende theorieën omtrent het verzekeren van kwaliteit van zorg, is uitgebreide informatie terug te vinden over het Donabedian's framework. Donabedian heeft dit model van kwaliteit van zorg gemaakt als een *framework for quality assurance* (1980 in: Koch, 1992). Het model is dus opgezet om kwaliteit van zorg in kaart te brengen om zo te kunnen bewaken. De drie componenten binnen dit model komen erg overeen met de eerder genoemde componenten bij kwaliteit van diensten van Grönroos en Oliver&Rust, maar is niet exact hetzelfde. Zo wordt kwaliteit in beide benaderingen (zowel bij kwaliteit van diensten als bij kwaliteit van zorg) onderverdeeld in drie componenten. De invulling van die componenten heeft ook duidelijke overeenkomsten, maar wijkt echter iets af. Donabedian's framework gaat specifiek in op wat nu onder die drie componenten kan worden verstaan. Dit kan hij waarschijnlijk doen, omdat het model alleen gericht is op de zorg en niet op alle dienstverlenende sectoren. De drie componenten van kwaliteit van zorg volgens Donabedian's framework zijn als volgt geformuleerd (Donabedian, 1980 In: Hogston, 1995; Koch, 1992):

- Structuurkwaliteit; alle eigenschappen van het systeem dat de zorg levert, zoals de fysieke omgeving en organisationele aspecten, maar bijvoorbeeld ook HR praktijken. Het gaat om de omstandigheden waaronder zorg geleverd wordt.
- Proceskwaliteit; naast de zorg zelf omvat dit de actie en het gedrag van de zorgverlener. Het draait hierbij om de interactie tussen zorgverlener en cliënt. De vraag die hierbij centraal staat is hoe (op welke manier) wordt de zorg geleverd?

- Uitkomstkwaliteit; hetgeen wat bereikt is, zoals klanttevredenheid, een betere gezondheid, meer kennis. Hierbij moet dus als het ware op een hoger niveau wordt gedacht dan bijvoorbeeld het eten of een douchebeurt. Hierbij draait het om de vraag ‘wat is de uitkomst van kwaliteit van zorg?’.

Het is vaak moeilijk en daarbij een subjectieve en contextgebonden aangelegenheid om bepaalde aspecten te benoemen tot ofwel proceskwaliteit ofwel productkwaliteit (Pommer, et al., 2008). Dit punt is bij de uiteenzetting van het SERVQUAL model ook al even aan de orde gekomen.

“Zaken als de bejegening en klantvriendelijkheid van het personeel worden vaak tot de proceskwaliteit gerekend, maar waar deze zaken gezien kunnen als onderdeel van het product zelf (bij verzorging bijvoorbeeld) kunnen deze aspecten ook worden gerekend tot de productkwaliteit. Dit heeft tot gevolg dat de indeling van kwaliteitsaspecten per dienst of sector kan verschillen.” (Pommer, et al., 2008, p43)

Dit houdt volgens Pommer en anderen nauw verband met hoe belangrijk een bepaald aspect van kwaliteit van een bepaalde dienst in een bepaalde context is. Bejegening is bijvoorbeeld een lastig aspect van kwaliteit dat zowel onder proces- als uitkomstkwaliteit (ook wel bekend als productkwaliteit) kan worden geplaatst. Volgens Pommer is het logischer om bejegening, een belangrijke focus in het onderzoek, in het geval van de zorg te benoemen als productkwaliteit. Omdat bejegening zo belangrijk is, kan het namelijk als een uitkomst/product worden beschouwd.

Wanneer deze redenatie wordt afgewogen naast het Donabedian’s framework, kan gesteld worden dat een aspect als bejegening in het Donabedian’s framework juist goed onder proceskwaliteit past. Hierbij wordt namelijk duidelijk de actie en het gedrag van de zorgverlener aangehaald en een bepaalde manier van bejegenen is een bepaalde gedraging van een zorgverlener. Dus ondanks de ambigue status die een begrip als bejegening kan hebben, zal in dit onderzoek de afweging om een begrip in een categorie te plaatsen afhangen van de functie in het proces; het *wat*, het *hoe*, of de *omstandigheid*. Het argument van Pommer is wel belangrijk om in gedachte te houden, met name wanneer er gekeken wordt naar ander onderzoek.

Hoewel de focus als het gaat om de zoektocht naar indicatoren die kwaliteit van zorg beschrijven nog steeds ligt op de functionele kwaliteit volgens Grönroos en op de proceskwaliteit volgens Donabedian’s framework, zal ook de uitkomstkwaliteit een kleine rol spelen in het onderzoek. Dit is al eerder in het rapport aangehaald. De reden om dat de doen is dat de doelstelling van het onderzoek is om een meetinstrument te ontwikkelen voor kwaliteit van zorg en daar de ondersteuningsbehoefte van medewerkers en leidinggevenden aan te koppelen. Hoewel dit literatuuronderzoek niet gericht is op die ondersteuningsbehoefte, biedt het Donabedian’s framework wel een goede mogelijkheid om beide gedeeltes van de vraagstelling in een later stadium samen te voegen tot een model; de ondersteuningsbehoefte kan in Donabedian’s framework beschouwd worden als structuurkwaliteit. Zoals hierboven gesteld gaat het hierbij om de omstandigheden waaronder de zorg verleend wordt. Deze omstandigheden kunnen al dan niet ondersteunend werken voor de medewerkers en leidinggevenden om zorg te kunnen leveren. Zo kan de fysieke omgeving, bijvoorbeeld de inrichting van een badkamer, ondersteunend werken voor een zorgverlener die een cliënt aan het verzorgen is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de ruimte die een zorgverlener nodig heeft om goed gebruik te kunnen maken van een tillift. Donabedian noemt ook de HR-praktijken een onderdeel van structuurkwaliteit en dit is iets dat (al dan niet) ondersteunend kan werken voor medewerkers.

Door naast proces- en structuurkwaliteit ook (in kleine mate) aandacht te besteden aan de uitkomstkwaliteit, kan het model voor kwaliteit van zorg in zijn geheel worden gezien. Dit maakt het model compleet. Om dit duidelijk te maken en als opzet voor het uiteindelijk te ontwikkelen instrument, is door onderzoeker een conceptueel model opgesteld op basis van Donabedian’s framework.

Figuur 2.1 Conceptueel model kwaliteit van zorg



Zoals in het conceptueel model duidelijk is aangegeven, is het mogelijk om een bepaalde oorzakelijkheid aan te brengen in Donabedian's framework. Hierbij is het van belang om de term oorzakelijkheid te nuanceren; de structuurkwaliteit kan van invloed zijn op de proceskwaliteit en de proceskwaliteit kan van invloed zijn op de uitkomstkwaliteit. Dit hoeft echter niet perse zo te zijn. Voor het beantwoorden van het eerste gedeelte van de vraagstelling (zoals gesteld in de inleiding), kan het middelste vak, de proceskwaliteit, worden ingevuld. Voor het beantwoorden van het tweede gedeelte van de vraagstelling, kan het linker vak, de structuurkwaliteit, worden ingevuld. Wanneer deze twee 'vakken' zijn ingevuld en de laatste, uitkomstkwaliteit, buiten beschouwing wordt gelaten, is het model niet af. Als een antwoord wordt gegeven op de vraag *onder welke omstandigheden* en *op welke manier* je iets wilt bereiken, is het minstens zo belangrijk om een idee te hebben van *wat* je wilt bereiken. Daarom zal voor de invulling van de indicatoren van kwaliteit van zorg zowel de proces- als de uitkomstkwaliteit aan bod komen. De nadruk blijft echter op de invulling van de proceskwaliteit van zorg. Dit zal voor het te ontwikkelen meetinstrument betekenen dat alleen die indicatoren 'meetbaar' worden gemaakt, die de proceskwaliteit beschrijven; indicatoren die gaan over interactie en bejegening.

Om nog eens duidelijk te maken hoe het conceptueel binnen dit onderzoek gebruikt kan en zal worden, volgt een korte uitleg van de wijze waarop het conceptueel model 'gelezen' kan worden. Het model is het gemakkelijkst van rechts naar links te lezen, dus van uitkomstkwaliteit naar structuurkwaliteit. Een fictief voorbeeld dient ter illustratie.

Het rechter vak van het model gaat over uitkomstkwaliteit. De vraag 'wat wil je bereiken?' staat hier centraal, ofwel de gewenste uitkomst. Als er wordt gekeken naar kwaliteit van zorg kan dit bijvoorbeeld gaan om de tevredenheid van een cliënt. Om een tevreden cliënt te krijgen, zijn er bepaalde acties nodig. Dit is de proceskwaliteit en uitgaande van Donabedian's framework gaat het hier om acties en gedrag van de zorgverlener. Deze acties en gedrag kunnen op allerlei manieren worden vormgegeven. De manier waarop wordt vormgegeven aan de acties en het gedrag van de zorgverleners is van invloed op en misschien zelfs bepalend voor de uitkomstkwaliteit. Hiermee wordt dus door de onderzoeker gesteld dat de acties en het gedrag van zorgverleners van invloed zijn op of bepalend voor de tevredenheid van een cliënt. Zo kun je je voorstellen dat een zorgverlener die luistert naar een cliënt een andere invloed heeft op de tevredenheid van deze cliënt dan een zorgverlener die niet luistert naar een cliënt. Om het proces op een bepaalde manier te laten verlopen, zijn er bepaalde omstandigheden nodig of gewenst. De omstandigheden zijn van invloed op het verloop van het proces. Een zorgverlener zal bijvoorbeeld beter in staat zijn om goed naar een cliënt te luisteren, als de omgeving rustig is. De omstandigheden die passen bij kwaliteit van zorg kunnen worden beschreven onder structuurkwaliteit. Zoals hierboven al is gesteld, kan de ondersteuningsbehoefte als structuurkwaliteit beschouwd worden. De omstandigheden zijn immers al dan niet ondersteunend voor de medewerkers.

Het gepresenteerde model is daarnaast ook nog een goed hulpmiddel om alle data te structureren. Door bij de indicatoren van kwaliteit van zorg die naar voren komen uit het onderzoek de vraag te stellen of zij een *omstandigheid*, een *hoe* of een *wat* voorstellen, kunnen de indicatoren worden ‘ingedeeld’ bij de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg.

2.4 Welke indicatoren voor kwaliteit van zorg zijn bekend?

Het antwoord op deze vraag is tevens het antwoord op de hoofdvraag van de eerste vraagstelling, zoals gesteld in de inleiding. Er zijn al verschillende onderzoeken uitgevoerd om kwaliteit van zorg in kaart te brengen (Boeije, 1994; Hogston, 1995, Williams, 1994). Zoals hierboven al even is aangehaald biedt het SERVQUAL model de eerste verwachtingen voor de resultaten van het onderzoek, namelijk het belang van betrouwbaarheid, empathie en responsiviteit voor kwaliteit. Het is interessant om te bekijken of er verder onderzoek is dat ingaat op de proceskwaliteit van zorg (interactie en bejegening) en welke indicatoren daarbij genoemd worden. Deze indicatoren kunnen bruikbaar zijn als zoeklicht tijdens de dataverzameling; er kan op gelet worden tijdens de observaties of aangehaald worden tijdens het interviewen. Aan het einde van het onderzoek kan bepaald worden in hoeverre de resultaten en de verwachtingen die naar aanleiding van dit stuk literatuuronderzoek ontstaan, overeenkomen. Dit zou de waarde van de resultaten kunnen ondersteunen. De verschillen kunnen duiden op nieuwe inzichten als het gaat om indicatoren voor kwaliteit van zorg.

Boeije heeft begin jaren negentig een kwalitatief onderzoek gedaan naar kwaliteit in verpleeghuizen (Boeije, 1994). Dit onderzoek werd uitgevoerd vanuit het perspectief van de medewerkers. In haar onderzoek zijn een aantal aspecten naar voren gekomen die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Boeije benoemt een aantal relationele aspecten van zorg, namelijk;

- Bejegening; het zorgdragen voor een net uiterlijk van cliënten en hen op een beleefde manier benaderen.
- Zelfstandigheid; het stimuleren van de zelfzorg van bewoners.
- Aandacht; activiteiten waarmee zorgverleners voorzien in behoeften van cliënten aan sociale contacten en gezelschap.
- Behulpzaamheid; zorg aanbieden die aansluit bij de behoefte van een cliënt en op tijd is.
- Privacy; het beschermen van de persoonlijke levenssfeer van cliënten en het respecteren van hun plaats en bezittingen.
- Continuïteit; het opbouwen van een langdurige relatie met een cliënt.

Deze relationele aspecten zouden de eigenwaarde van een cliënt moeten vergroten.

Omdat het onderzoek van Boeije veel overeenkomsten heeft met het onderzoek dat in dit rapport gepresenteerd wordt, kan verwacht worden dat de genoemde relationele aspecten ook terug zullen komen in de resultaten. Het onderzoek van Boeije is namelijk uitgevoerd in eenzelfde context en vanuit hetzelfde perspectief met ook een focus op de relationele aspecten.

Een ander Nederlands onderzoek dat ingaat op het verbeteren van kwaliteit van zorg is een onderzoek van Van Zonneveld. Van Zonneveld (1993) haalt in zijn proefschrift vier hoofdactiviteiten van patiëntgericht gedrag aan, zoals gedefinieerd door Cassee (1970). Het gaat hierbij om patiëntgericht gedrag dat belangrijk is tijdens de interactie tussen zorgverlener en patiënt. Hier wordt over de patiënt geschreven, omdat Cassee deze activiteiten heeft beschreven voor ziekenhuiszorg. Omdat de verpleegzorg veel overeenkomsten heeft met de ziekenhuiszorg is het interessant om deze wel te bekijken. De vier hoofdactiviteiten bij directe omgang met patiënten zijn:

- Attente bejegening van de patiënt; o.a. persoonlijke aandacht, ruimte bieden voor behoeften en gewoonten van patiënt.

- Informatieverstrekking aan de patiënt; de informatie en de manier waarop deze gecommuniceerd wordt dienen aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt.
- Aandacht voor psychosociale problemen; begeleidingsgesprekken. Niet alleen aandacht voor meest opvallende ziekte, maar ook subtiele signalen en kwesties opvangen.
- Stimuleren van zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid van de patiënten.

Er zijn veel overeenkomsten tussen de aspecten die Boeije heeft benoemd en de aspecten van Cassee, zoals benoemd door Zonneveld. Zo halen beide het belang aan van de bejegening. Ook aandacht komt bij beiden terug en het stimuleren van zelfzorg. Hoewel drie van de vier activiteiten van Cassee overeenkomsten hebben met de relationele aspecten van Boeije, komt de activiteit informatieverstrekking aan de patiënt niet terug bij Boeije. Andersom komen de relationele aspecten behulpzaamheid, privacy en continuïteit van Boeije niet terug bij de activiteiten van Cassee. Voor de laatst genoemde, continuïteit, is dit logisch. Cassee had het namelijk over ziekenhuiszorg, wat over het algemeen kortdurende zorg is. Dit is tevens een voorbeeld waarom kennis over het type organisatie, zoals in het begin van dit hoofdstuk uiteengezet, kan bijdragen aan het kunnen begrijpen van al dan niet passende indicatoren in een bepaalde context.

Uit een onderzoek van Williams naar de perceptie die patiënten hebben op de kwaliteit van zorg is gebleken dat cliënten het heel belangrijk vinden dat zij als individuen worden gezien en behandeld (Williams, 1998).

“Patients in the studies summarized here were able to identify caring behaviors and attitudes from nurses, and they placed most emphasis on care that recognized them as unique individuals with a need to share feelings, to have someone to listen to them, and to be accepting of them.” (Williams, 1998, p. 22)

Alle drie de genoemde onderzoeken vertrekken vanuit iets andere uitgangspunten (qua sector of qua perspectief). Toch vertonen de resultaten erg veel overlap. Hoewel het laatste genoemde onderzoek, dat een nadruk legt op het belang van individuele bejegening, in eerste instantie niet veel gemeen lijkt te hebben met de eerste twee genoemde, is dat toch zo. Boeije heeft het bij de relationele aspecten namelijk steeds over de behoeften van een cliënt. Het is logisch dat behoeften van cliënten per individu verschillen. Impliciet gaat het bij het onderzoek van Boeije dus ook om een individuele bejegening. Ook bij de activiteiten bij directe omgang met patiënten van Cassee wordt impliciet ingegaan op de individuele bejegening. Zo heeft ook hij het over behoeften en noemt zelf het aansluiten bij de belevingswereld van een patiënt.

Dus ondanks dat de drie onderzoeken vanuit iets andere uitgangspunten vertrekken, zit er wel veel overlap in de resultaten. Daarom kan verwacht worden dat de genoemde aspecten en activiteiten ook naar voren zullen komen in de resultaten van het onderzoek dat hier beschreven wordt.

2.5 Wat zijn de huidige meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg en wat meten zij?

Deze laatste vraag staat los van de rest van het literatuuronderzoek en gaat in de vakgerichte literatuur in plaats van wetenschappelijke literatuur. Het is belangrijk om een antwoord te geven op de genoemde vraag, omdat een van de eisen van het te ontwikkelen meetinstrument is dat het complementair moet zijn aan de huidige instrumenten. Door inzicht te krijgen in de vandaag de dag belangrijkste meetinstrumenten in de zorg, kan beslist worden wat de toegevoegde waarde is van het meetinstrument dat binnen dit onderzoek ontwikkeld zal worden.

De huidige meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg die besproken zullen worden zijn het Kwaliteitskader Verantwoord Zorg VVT, CQ index en PreZo. Hierbij zal een korte achtergrond van het instrument gegeven worden, de toepassing ervan en een indruk van wat ermee gemeten wordt en op welke manier. Alle drie de meetinstrumenten worden momenteel door BrabantZorg gebruikt om de kwaliteit te meten en/of te bewaken.

Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging Thuiszorg (hierna aangeduid als Kwaliteitskader VVT) geeft de normen voor verantwoorde zorg en meet in hoeverre een organisatie voldoet aan deze normen (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). Deze normen zijn in 2005 voor het eerst vastgelegd door een aantal betrokken organisaties, die samen de Stuurgroep VV&T vormen (Actiz, 2010). De normen beschrijven wat de Stuurgroep verstaat onder *vakbekwaam zorgen voor de kwaliteit van leven* (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010, p5) Het doel van het Kwaliteitskader VVT is dan ook geformuleerd als *door verantwoorde zorg de kwaliteit van leven van cliënten verbeteren*. De normen voor verantwoorde zorg hebben betrekking op vier dimensies van kwaliteit van leven (zoals benoemd door de Stuurgroep VVT), namelijk:

- Lichamelijk welbevinden en gezondheid
- Woon- en leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden

Naast kwaliteit van leven komen ook kwaliteit van de zorgverleners, van de zorgorganisatie en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid aan bod in het Kwaliteitskader VVT. Het overzicht van indicatoren, zoals gehanteerd in het Kwaliteitskader VVT, is opgenomen in de bijlagen (bijlage VI). Het Kwaliteitskader VVT heeft een belangrijke rol in de ouderenzorg. De Inspectiedienst voor de GezondheidsZorg baseert haar oordeel over instellingen in de ouderenzorg als het gaat om kwaliteit van zorg onder andere op het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg en de normen voor verantwoorde zorg, zoals vastgelegd door de Stuurgroep VV&T.

In het Kwaliteitskader VVT staat expliciet aangegeven dat zij de nadruk leggen op het meten van uitkomsten van de zorg, ook wel prestaties of resultaten genoemd. Volgens de Stuurgroep is het niet interessant om in detail vast te stellen hoe de zorg wordt verleend, maar dat het belangrijker is dat resultaten worden gerealiseerd. Dit lijkt een ander uitgangspunt dan hetgeen wat BrabantZorg hanteert. BrabantZorg wil voor de verandering juist wel die focus op het *hoe* van de zorg in plaats alleen op resultaten. BrabantZorg noemt beide dimensies van kwaliteit belangrijk en complementair aan elkaar. Om een goed beeld te krijgen van wat de Stuurgroep onder het *hoe* van de zorg en onder de uitkomsten/resultaten verstaat, is het belangrijk om verder te kijken naar wat en hoe er precies gemeten wordt volgens het Kwaliteitskader VVT. Het is te kort door de bocht om te stellen dat het Kwaliteitskader VVT zich niet richt op de proceskwaliteit. De mogelijke ambiguïteit van de aspecten van kwaliteit, zoals hierboven ook al aan de orde is geweest, vragen erom het wat nader te onderzoeken. De mogelijke ambiguïteit heeft mogelijk tot gevolg dat in het Kwaliteitskader aspecten tot uitkomsten worden gerekend, die binnen dit onderzoek een plaats krijgen bij proceskwaliteit (Pommer, Kempen & Eggink, 2008).

Een blik op de indicatoren die in het Kwaliteitskader VVT zijn opgenomen, laat zien dat er een aantal indicatoren zijn die ingaan op de vraag *hoe* de zorg verleend moet worden (Bijlage VI). Dit zijn bijvoorbeeld bejegening en professionaliteit (de zorg moet op een professionele manier geleverd worden). Opvallend is dat het hier steeds gaat om *ervaren* indicatoren; dit duidt erop dat de indicatoren worden gemeten aan de hand van ervaringen van cliënten. Dit is ook zo. De zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid wordt gemeten aan de hand van gegevens van de betreffende instelling zelf. De kwaliteit van leven, van de zorgverleners en van de zorgorganisatie wordt gemeten aan de hand van cliëntervaringen, door middel van de CQ index.

Aangezien zorginhoudelijke kwaliteit verder niet betrokken wordt bij dit onderzoek, het gaat immers om de ontwikkeling van een meetinstrument dat complementair is aan de instrumenten die zich richten op de zorginhoudelijke kwaliteit, is het verder interessanter om in te gaan op de CQ index. Dit instrument gaat immers in op aspecten van kwaliteit die niet alleen gaan om de zorginhoud, maar ook om andere aspecten als bejegening, die van belang zijn in dit onderzoek.

Noemenswaardig is dat de kritiek op het meetsysteem, zoals aangehaald in de inleiding van dit rapport, gaat over de zorginhoudelijke metingen die door instellingen zelf worden gedaan (Trommelen&de Visser, 2011). Volgens het artikel uit de Volkskrant dat hierop inging, blijkt het objectief meten van kwaliteit moeilijker dan gedacht. Het zijn de cijfers over de harde criteria die ter discussie staan. De CQ index lijkt (nog) geen reden tot zorgen.

Consumer Quality Index ofwel CQ index

De CQ index is een instrument waarmee de ervaringen van klanten met de zorg worden gemeten (Centrum Klantervaring Zorg, 2011). Deze index maakt onderdeel uit van het Kwaliteitskader VVT en gaat in op de dimensies kwaliteit van leven, van de zorgverleners en van de zorgorganisatie. Door middel van schriftelijke vragenlijsten, online vragenlijsten en interviews worden klanten naar hun ervaringen gevraagd. Er zijn voor verschillende soorten zorg verschillende standaard vragenlijsten, die een ieder die maar interesse heeft kan downloaden vanaf het internet. Een van de vragenlijsten is speciaal ingericht voor verpleging, verzorging en thuiszorg en heeft de naam QCI VVT. Eenmaal in de twee jaar wordt op verzoek van de Stuurgroep (zoals hierboven ook al genoemd) een landelijke meting van de cliëntervaringen gehouden. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in de prestaties van verschillende instellingen. Landelijk zijn er meetbureaus aangewezen die deze metingen verrichten. Binnen de QCI VVT is er een vragenlijst voor (het interviewen van) bewoners van een verpleeg- of zorghuis, voor vertegenwoordigers van bewoners van een verpleeg- of zorghuis en voor mensen die zorg thuis krijgen. In bijlage VII is de vragenlijst voor de bewoners van een verpleeg- of zorghuis opgenomen. Duidelijk is dat hier vragen in zijn opgenomen over de interactie en bejegening van de zorgverleners en dus over wat in dit onderzoek proceskwaliteit genoemd wordt. Enkele voorbeelden van vragen die hierop ingaan zijn:

- 8. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?
- 19. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?
- 30. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen?
- 32. Zijn de zorgverleners beleefd tegen u?
- 35. Luisteren zorgverleners aandachtig naar u?

Er komen echter ook vragen aan bod die ingaan op aspecten die niet ingaan op de proceskwaliteit. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- 14. Wordt incontinentiemateriaal op tijd verschoond?
- 41. Is de temperatuur in uw woonruimte aangenaam?
- 55. Is u uitgelegd wat u bij brand moet doen?
- 60. Heeft u genoeg mogelijkheden voor contact met anderen (medebewoners, buurtgenoten, enz.)?
- 62. Zijn de maaltijden lekker?

Het is interessant om het meetinstrument dat uit dit onderzoek voortkomt naast de vragenlijst van de CQI VVT te leggen, om te bepalen in hoeverre er sprake is van een overlap is van wat er wordt gemeten.

Buiten de eventuele overlap op inhoudelijk niveau van het te ontwikkelen instrument en de QCI VVT, zal het instrument in ieder geval op methodologisch niveau complementair zijn aan de QCI VVT. Waarin het te ontwikkelen meetinstrument sowieso zal verschillen van de CQI VVT (als onderdeel van het Kwaliteitskader VVT), is namelijk de manier waarop er gemeten wordt. De CQI VVT meet aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten; een kwantitatieve manier van meten. Het te ontwikkelen meetinstrument zal kwalitatief van aard zijn. Dit betekent dat, ook al meet je op dezelfde informatie, de uitkomst andere informatie zal geven. Zo geeft de uitkomst van de CQI VVT bepaalde cijfers die iets zeggen over de kwaliteit. De informatie is hierdoor wat oppervlakkig. Een kwalitatieve methode geeft informatie met meer diepgang. Dit omdat kwantitatieve methoden vaak inzicht geven in het voorkomen van een verschijnsel, uitgedrukt in cijfers, terwijl kwalitatieve methoden juist ingaan op de betekenis van een verschijnsel ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Daarnaast verschilt de CQI VVT van het te ontwikkelen instrument in perspectief; CQI gaat uit van het cliëntperspectief, terwijl het te ontwikkelen instrument uitgaat van het perspectief van de medewerkers en leidinggevenden. Deze andere invalshoek kan andere

resultaten geven over de kwaliteit van zorg. Dus ondanks de eventuele overlap op inhoud, kan het te ontwikkelen meetinstrument als complementair aan de CQI VVT worden beschouwd (en daarmee aan het Kwaliteitskader VVT). Dit doordat er een andere kwalitatieve methodologie gehanteerd zal worden, die een ander soort informatie zal geven dan de huidige kwantitatieve methodologie.

PREZO

PREZO is in het kader van het onderzoek interessant om nader te bekijken, omdat BrabantZorg sinds 2008 met dit systeem werkt (BrabantZorg, 2010). PREZO is een *prestatiegericht kwaliteitssysteem*. Het is een instrument voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) (Stichting Perspekt, 2011). PREZO gaat uit van de Normen Verantwoorde zorg, zoals vastgelegd door de Stuurgroep VVT en vindt zo aansluiting bij het Kwaliteitskader. Kern van PREZO is dat er gedacht moet worden vanuit prestaties en uitkomsten voor de cliënt. Per prestatie/uitkomst beschrijft PREZO welke activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan de verantwoorde zorg (Stichting Perspekt, 2011). Hierachter schuilt een *plan-do-check-act*-strategie. Dit meetinstrument kan door medewerkers en organisaties gebruikt worden om inzicht te krijgen in welke activiteiten nodig zijn in goede prestaties te leveren.

PREZO maakt gebruik van de metingen van de CQI VVT en de metingen op zorginhoudelijke indicatoren (zoals in het Kwaliteitskader VVT). Het kan worden beschouwd als een methodiek om handen en voeten te geven aan de uitkomsten van de CQI VVT voor medewerkers en management, zodat zij beter kunnen sturen op kwaliteitsverbetering.

2.6 Conclusie

Vanuit al deze informatie zijn er een aantal interessante bevindingen te benoemen, waarvan verwacht kan worden dat ze nog een bijdrage kunnen gaan leveren aan de rest van het onderzoek. Allereerst biedt de informatie over het type organisatie dat de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg zijn wat houvast wanneer er gekeken wordt naar de indicatoren van kwaliteit van zorg. Zoals ook al even is gebleken in paragraaf vier van dit hoofdstuk, kan kennis over de organisatie helpen om te beredeneren waarom bepaalde aspecten van kwaliteit van zorg al dan niet passen bij de organisatie.

Hoewel de definitie van Van Dale niet erg heeft geholpen om het begrip kwaliteit werkbaar te maken, heeft het wel een eerste definitie gegeven; de mate waarin iets goed is. De behandelde theorieën over kwaliteit hebben de onderzoeker geleerd dat kwaliteit in principe uit drie dimensies bestaat; de structuur, het proces en de uitkomst, zoals benoemd bij kwaliteit van zorg. Als het gaat over kwaliteit van diensten, dan wordt met andere termen veel over dezelfde dimensies gesproken. Een afwijkende theorie, het SERVQUAL model, biedt de eerste verwachting richting de indicatoren voor kwaliteit van zorg, namelijk betrouwbaarheid, empathie en responsiviteit. Verder is er door de onderzoeker vanuit het Donabedian's framework een conceptueel model ontwikkeld van kwaliteit van zorg, dat ingaat op de drie genoemde dimensies van kwaliteit van zorg. Dit conceptueel model zal een rol gaan spelen in het structureren van de resultaten en de opzet van het uiteindelijke meetinstrument.

Een kleine greep aan literatuur over vergelijkbaar onderzoek, heeft gezorgd voor meer verwachtingen als het gaat om indicatoren van kwaliteit. Met name (individuele) bejegening, aandacht en het stimuleren van zelfzorg kunnen verwacht worden een rol te spelen in de proceskwaliteit binnen het onderzoek. Deze indicatoren kwamen namelijk meer dan eens terug in onderzoeken met een vergelijkbare context als het onderzoek dat hier beschreven wordt. Ook de andere genoemde indicatoren zouden mogelijk terug kunnen komen in het onderzoek.

Het literatuuronderzoek heeft dus geleid tot een conceptueel model en een aantal verwachtingen. De informatie over de huidige meetinstrumenten heeft pas aan het einde van het onderzoek weer een rol; dan kan bekeken worden in hoeverre de huidige instrumenten aansluiten bij het nieuw ontwikkelde instrument.

3. Methoden

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal de methodologische verantwoording van het onderzoek worden gegeven. Hiertoe wordt allereerst de gekozen onderzoeksstrategie uiteengezet. Daarna wordt er informatie gegeven over de locatie, populatie en steekproef van het onderzoek. Vervolgens komen de methoden van dataverzameling en data-analyse aan bod. Afsluitend zal worden ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.2 De onderzoeksstrategie

Het onderzoek richt zich op ideeën van mensen (medewerkers en leidinggevenden) over kwaliteit van zorg en ondersteuningsbehoeften. Zoals in de inleiding aan bod is gekomen heeft het onderzoek een tweeledige vraag- en doelstelling. Kort samengevat was het doel van het onderzoek om een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen. Dit instrument moet complementair zijn aan de huidige instrumenten en vooral ingaan op de proceskwaliteit van de zorg, in het bijzonder bejegening en interactie. Daarnaast moet uit het instrument af te leiden zijn welke ondersteuningsbehoefte er vanuit medewerkers en leidinggevenden is om deze kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

Om aan deze doelstelling te kunnen voldoen was informatie nodig over de ideeën van medewerkers en leidinggevenden over kwaliteit van zorg en over hun ondersteuningsbehoeften. Zoals al in het literatuuronderzoek duidelijk is geworden, is kwaliteit een sociaal construct en de invulling ervan een subjectieve aangelegenheid. Binnen dit onderzoek moest er dus gekeken worden naar de betekenis die medewerkers en leidinggevenden aan kwaliteit van zorg geven binnen de gegeven context, een intramurale zorginstelling van BrabantZorg. *Kwalitatief onderzoek* is hiermee het best passend, omdat het gaat om het geven van betekenis (diepere invulling) aan kwaliteit van zorg en ondersteuningsbehoeften ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Een deel van de doelstelling was om een *exploratief onderzoek* uit te voeren. Het gaat hierbij om onderzoek dat niet vertrekt vanuit concepten en operationalisering die zijn afgeleid uit eerder onderzoek, maar om een 'zoektocht' naar nieuwe kennis ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Wel kan eerder uitgevoerd onderzoek helpen bij het onderscheiden van dimensies van kwaliteit van zorg, maar de essentie van dit onderzoek ligt bij het exploreren van nieuwe dimensies en indicatoren van kwaliteit van zorg. Met andere woorden wordt er dus gekeken naar de betekenisgeving van mensen.

Tevens kan dit onderzoek getypeerd worden als *praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek*; het onderzoek is gericht om een oplossing te bieden voor een praktijkprobleem, namelijk het ontbreken van een kwalitatief meetinstrument ('t Hart, Boeije & Hox, 2006).

Om een goed antwoord te krijgen op de vraagstelling is besloten om een tweetal *casestudies* uit te voeren binnen twee intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Dit rapport gaat over één van deze casestudies, uitgevoerd door de onderzoeker. Een casestudie houdt in dat een verschijnsel (ofwel een case) zover mogelijk in de natuurlijke context wordt onderzocht ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Binnen de casestudies is besloten om gebruik te maken van methodische triangulatie; dit betekent dat er op verschillende manieren gemeten wordt ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Door middel van een brainstormsessie, (participerende) observaties en semi-gestructureerde interviews is het onderwerp onderzocht en zijn de data verworven die een antwoord geven op de vraagstelling. De drie afzonderlijke methoden van dataverzameling zullen later in dit hoofdstuk uitgebreid worden behandeld. Het hanteren van verschillende methoden van onderzoek, heeft meerdere doelen ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Het toepassen van verschillende methoden heeft ervoor gezorgd dat de onderzoek op verschillende manieren inzicht heeft gekregen in het onderwerp van onderzoek. De interviews gaven bijvoorbeeld andere informatie dan de observaties. Dit geeft de methodische triangulatie een *aanvullende functie*. Dit heeft ook een invloed op de validiteit van het onderzoek. Later zal dit verder worden uitgelegd. Bij de bespreking van de verschillende onderzoeksmethoden, zullen de voordelen en toegevoegde waarde per onderzoeksmethode

worden aangehaald. Daarnaast wordt verondersteld dat waarnemingen zich door methodische triangulatie op verschillende manieren zullen herhalen ('t Hart, Boeije & Hox, 2006). Zo kun je bijvoorbeeld dezelfde waarnemingen doen op verschillende manieren; je kunt iets zien door observaties, maar bijvoorbeeld ook horen door interviews. Dit geeft de methodische triangulatie een *controleerende functie*.

3.3 Casestudie: Locatie, populatie en steekproef

Locatie

Zoals hiervoor en in de inleiding is aangegeven hebben er twee casestudies op twee verschillende locaties (instellingen) plaatsgevonden. Er is bewust voor gekozen om twee instellingen te selecteren die in niveau van kwaliteit van zorg behoorlijk van elkaar verschillen. Hierdoor is het mogelijk om een meer organisatiebreed beeld te krijgen van het vraagstuk van kwaliteit van zorg en ondersteuningsbehoeften en de diversiteit binnen BrabantZorg in kaart te brengen. Tevens is het hierdoor aannemelijk om niveaus aan te brengen op de indicatoren van kwaliteit van zorg.

De locaties zijn gekozen door de programmamanagers van BrabantZorg. Zij hebben verschillende locaties benaderd met de vraag of zij interesse hadden om onderdeel te worden van het onderzoek. Uiteindelijk hebben zij twee locaties geselecteerd waarbij rekening is gehouden met een verschil in kwaliteit van zorg op deze beide locaties; locatie De Wielewaal in Zaltbommel en locatie Katwijk in Oss. De verdeling van de locaties onder de onderzoekers heeft plaatsgevonden op basis van logistieke overwegingen. De casestudie die in dit rapport wordt beschreven heeft plaatsgevonden bij De Wielewaal. Als er gekeken wordt naar de Volkskrant (2011) ranglijst van verpleeghuizen is te zien dat locatie Katwijk op plaats 313 beter scoort dan locatie Wielewaal op plaats 1195.

Om de resultaten meer BrabantZorg-breed te kunnen toepassen en om niveaus in indicatoren van kwaliteit van zorg te kunnen aanbrenen, was het van belang om de gegevens van beide casestudies te combineren. Om dit te kunnen doen, is de constructie bedacht zoals weergegeven in tabel 3.1:

Tabel 3.1: Schematische weergave onderzoek

Mandy Onwezen	Locatie Wielewaal: Vraag 1	Locatie Wielewaal: Vraag 2	BrabantZorg: Vraag 1
Kimberley van Bijsteren	Locatie Katwijk: Vraag 1	Locatie Katwijk: Vraag 2	BrabantZorg: Vraag 2

Zoals uit de tabel is af te lezen zal in dit rapport voor locatie De Wielewaal een antwoord worden gegeven op de gehele vraagstelling. Daarnaast zal een antwoord worden gegeven op het eerste gedeelte van de vraagstelling (indicatoren kwaliteit van zorg) voor beide onderzochte locaties (tezamen benoemd als BrabantZorg). Zo heeft Kimberley van Bijsteren in haar rapport een antwoord gegeven op de gehele vraagstelling voor locatie Katwijk en daarnaast een antwoord op het tweede gedeelte van de vraagstelling (ondersteuningsbehoeften) voor beide locaties. Om de uitwisseling van data goed te kunnen doen hebben beide onderzoekers tijdens het onderzoek regelmatig contact gehad. Zo kon ervoor gezorgd worden dat beide casestudies op dezelfde manier werden uitgevoerd, geanalyseerd en gerapporteerd. Dit heeft het combineren van de data vergemakkelijkt.

Dit onderzoek gaat dus met name in op de casestudie die in De Wielewaal heeft plaatsgevonden. Het onderzoek heeft in het bijzonder plaatsgevonden op de verpleegafdeling van De Wielewaal. De Wielewaal heeft ook een apart zorghuis. In overleg met de betreffende locatie- en teammanager is besloten om het onderzoek uitsluitend te richten op de verpleegafdeling. Doordat de verschillen tussen het zorghuis en de verpleegafdeling zodanig groot zijn, zou een onderzoek over beiden ten koste gaan van de diepgang. Dit heeft mede te maken met de inrichting van De Wielewaal; het zorghuis en de verpleegafdeling staan los

van elkaar en hebben beide een eigen team. De verpleegafdeling leek meer interessant; de bewoners van de verpleegafdeling hebben immers een intensieve zorgvraag. Hierbij is de kwaliteit van zorg van grote invloed en in sommige gevallen zelfs bepalend voor de kwaliteit van leven. Voor de bewoners van het zorghuis is dit in veel mindere mate het geval. Een beschrijving van de verpleegafdeling is te vinden bij de beschrijving van de resultaten in hoofdstuk 4. Hier zal slechts worden ingegaan op de populatie en de steekproef van De Wielewaal.

Populatie

Het totaal aantal medewerkers op de verpleegafdeling van De Wielewaal is 35. De verdeling van deze medewerkers is weergegeven in tabel 3.2., met daarbij een korte functieomschrijving per functie.

Tabel 3.2: Weergave van verdeling medewerkers van de verpleegafdeling De Wielewaal
+ korte functieomschrijving

<i>Funcie</i>	<i>Somatiek*</i>	<i>PG</i>
Eerste Verantwoordelijke Verzorgenden ; opleiding niveau 3 + aanvulling. Het eerste aanspreekpunt van de cliënt en familie in de zorg en is verantwoordelijk voor de totale zorg van een cliënt, ook buiten de instelling om.	2	1
Verzorgenden niveau 3 ; mag alle nodige zorg verlenen, bijvoorbeeld ook medicijnen en bepaalde wondverzorging.	10	4
Helpenden niveau 2 ; mag een gedeelte van de zorg op zich nemen, maar is niet bevoegd om alle zorgtaken uit te voeren.	8	1
Woonbegeleiders niveau 1 ; ondersteunt cliënten bij dagelijkse bezigheden, bijvoorbeeld de maaltijd. Heeft geen bevoegdheden om zorg te verlenen.	6	3

* Totaal aantal medewerkers somatiek is inclusief vijf vaste invalkrachten, welke soms ook werkzaam zijn op afdeling PG.

Naast bovengenoemde medewerkers zijn van de verschillende niveaus ook meerdere stagiaires (leerlingen) werkzaam op de verpleegafdeling. Dit aantal wisselt regelmatig en deze groep wordt niet beschouwd als (vaste) medewerkers. Een van de leerlingen is wel betrokken bij het onderzoek; zij zat ten tijde van de casestudie in de laatste fase van de opleiding verzorgende niveau 3 en was al aangenomen als verzorgende niveau 3 bij het behalen van het diploma.

Een kanttekening die bij deze verdeling moet worden gemaakt, is dat de scheiding tussen somatiek en PG genuanceerd kan worden. De fysieke scheiding tussen de twee afdelingen van de verpleegafdeling is pas sinds 1 januari 2011 een feit. Hiervoor zaten beide groepen cliënten door elkaar op een afdeling en werkten de medewerkers gelijktijdig voor beide groepen cliënten. Beide groepen medewerkers hebben dus ervaring met beide groepen cliënten. Sinds de fysieke scheiding van de twee groepen cliënten, zijn ook de medewerkers gescheiden in twee groepen. Het komt echter voor, zoals ook gebleken is tijdens de observaties, dat de beide groepen samenwerken. Bijvoorbeeld door (tijdelijke) onderbezetting van medewerkers kan het voorkomen dat medewerkers van de somatiek-kant bijspringen bij de PG-kant en andersom.

De focus van het onderzoek lag op de somatiek-kant van de afdeling. Door nuancering in bovengenoemde scheiding is ook PG aan bod gekomen.

Steekproef

Tot op zekere hoogte zijn alle medewerkers op een bepaalde manier betrokken geweest bij het onderzoek. Zo zijn nagenoeg alle medewerkers aanwezig geweest bij de *brainstormsessie*. Een kleine, geselecteerde

groep nam actief deel aan de brainstormsessie. Deze medewerkers zijn ter plaatse door de teammanager willekeurig geselecteerd, waarbij wel rekening is gehouden met enige spreiding in functie.

Ook door de *participerende observaties* zijn er veel verschillende medewerkers betrokken geweest bij het onderzoek. De onderzoeker heeft met verschillende zorgverleners meegelopen van verschillende niveaus. Hierbij werd per dienst die de onderzoeker aanwezig was bekeken met wie het beste kon worden meegelopen.

De interviews zijn afgenomen met tien medewerkers en twee leidinggevenden. De verdeling hiervan is weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3: Weergave van verdeling respondenten

EVV-ers	2
Verzorgenden niveau 3	4
Helpenden niveau 2	3
Leerling niveau 3 (bijna in dienst)	1
Teammanager	1
Locatiemanager	1

Deze medewerkers werken in principe op de somatische kant van de verpleegafdeling. Hierbij moet rekening worden gehouden met de nuancering in de scheiding tussen PG en somatiek, zoals hierboven is uitgelegd.

De participanten zijn tussen de 19 en 59 jaar oud en hebben allen een achtergrond in de zorg. De participanten zijn willekeurig geselecteerd door de teammanager, behalve de EVV-ers en de leidinggevenden. Wat betreft de EVV-ers is er bewust voor gekozen om in ieder geval beide EVV-ers te interviewen. De reden hiervan is dat zij belangrijk zijn als schakel tussen de cliënt en de zorg en voor een groot deel ook bepalen (in overleg met een cliënt en/of andere betrokkenen) hoe de zorg er per cliënt uit ziet. De keuze voor de leidinggevenden was gemakkelijk; de twee geïnterviewde leidinggevenden zijn de enige betrokken leidinggevenden bij de verpleegafdeling van De Wielewaal. De overige medewerkers zijn willekeurig geselecteerd door de teammanager, waarbij wel rekening is gehouden met enige functiespreiding. Er is voor gekozen om de woonbegeleiders niveau 1 voor de interviews buiten beschouwing te laten, omdat zij niet bevoegd zijn om zorg te verlenen.

3.4 Beschrijving dataverzameling

Observaties

Gedurende de periode van dataverzameling is er tijdens zeven diensten geobserveerd; drie vroege diensten, drie late diensten en een nachtdienst. Er is besloten om de observaties te spreiden over de periode van dataverzameling. Op deze manier konden de observaties verschillende doelen dienen. Zo zijn de eerste observaties (een late en een vroege dienst) helemaal aan het begin van de periode van dataverzameling gedaan. Hierdoor was het mogelijk om als onderzoeker op een goede en snelle manier kennis te maken met het ‘onderzoeksveld’. Ook hebben deze observaties geholpen om als onderzoeker een soort ‘feeling’ te krijgen met de organisatie en het werkgebied ouderenzorg. Bij de eerste observaties is gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze lijst is opgenomen in de bijlagen (bijlage VI). De topics die tijdens de eerste observaties de meeste aandacht hebben gehad waren bijvoorbeeld de interactie tussen cliënt en zorgverlener (hoe ziet deze eruit) en de verstoringen (wat zijn de oorzaken hiervan, frequentie, etc.).

De tweede ronde observaties (een vroege, een late en een nachtdienst) was meer gericht op de inhoud van het onderzoek. Deze observaties vonden plaats na de brainstormsessie en de eerste zes interviews. Al deze informatie kon tijdens de observaties als leidraad worden gebruikt. Tijdens de observaties werd gelet op de belangrijkste zaken die tijdens de interviews en brainstormsessie aan de orde zijn gekomen.

Voorbeelden hiervan zijn de impact van verstoringen (komt bij de bespreking van de resultaten uitgebreid aan bod) en het effect van het al dan niet individueel bejegenen van cliënten.

De derde en laatste ronde observaties (vroeg en late dienst) zijn gedaan nadat alle interviews waren afgenomen en een groot deel van de data-analyse was uitgevoerd. Deze laatste observaties gaven de mogelijkheid om nog eens in het veld de tot dan toe gemaakte analyse te checken en daarnaast te kijken of er geen belangrijke zaken ontbraken in de verkregen data. Tijdens deze laatste observaties zijn geen nieuwe dingen aan het licht gekomen. Dit gaf de onderzoeker enige zekerheid dat zij de kern van de zaak te pakken had.

In eerste instantie was het de bedoeling dat het zou gaan om participerende observaties. Dit was echter maar in hele beperkte mate mogelijk. De reden hiervan is dat op een verpleegafdeling voor bijna elke zorghandeling bepaalde ervaring en vaak zelfs een diploma nodig is. Tijdens een observatieronde liep de onderzoeker mee met een zorgverlener. Waar mogelijk werden door de onderzoeker wat hand- en spandiensten verricht, bijvoorbeeld het helpen met nodige spullen aangeven. De onderzoeker werd naar de cliënten toe geïntroduceerd als een student die eens kwam kijken hoe dingen in zijn werk gaan. Door veel cliënten werd dit geïnterpreteerd alsof de onderzoeker een beginnende stagiair was. Tijdens het meelopen werd door de onderzoeker meermaals benadrukt dat de observaties niet werd uitgevoerd te beoordeling van de medewerkers, maar om naar de gang van zaken tijdens de zorg te kijken. Dit kwam juist aan de orde bij de zorgverleners, die aangaven zich enigszins op de vingers gekeken te voelen. Andere zorgverleners merkten weinig van mijn aanwezigheid of voelden zich niet op een storende manier bekeken. Door uitleg te geven dat inzicht in de zorg zelf de onderzoeker zou helpen om goede interviews te kunnen houden en informatie op een goede manier te kunnen verwerken, werd dat begrepen door de medewerkers en ontstond er begrip.

Tijdens de observaties heeft de onderzoeker aantekeningen gemaakt op een smartphone. Er waren tussendoor genoeg gelegenheden om dit te doen. Na de observaties zijn deze aan de hand van de aantekeningen zover mogelijk uitgewerkt. De aantekeningen bestonden voornamelijk uit de weergave van een zorgsituatie, het positieve of negatieve verloop daarvan (wat ging er al dan niet goed) en welk effect dit had op de cliënt.

Brainstormsessie

Om een eerste indruk te krijgen van de indicatoren van kwaliteit van zorg is een brainstormsessie gehouden onder de medewerkers van de verpleegafdeling. Deze eerste informatie zou helpen om een topiclijst op te stellen voor de eerste interviews. Bij de brainstormsessie waren zeven medewerkers van verschillende niveaus actief betrokken. Op verzoek van de teamleider was het gehele team wel hierbij aanwezig, zodat zij zich bewust konden worden van het thema dat een rol zou gaan spelen op de afdeling. Deze wens is door de onderzoeker gehonoreerd, maar omdat het niet werkbaar is om met een groep van twintig personen te brainstormen, is de sessie uiteindelijk als volgt vormgegeven; In het midden van de ruimte waar de brainstormsessie werd gehouden stond een tafel met stoelen. Daar ruim omheen in een grote kring stonden meer stoelen. Ik heb de teammanager zeven mensen laten aanwijzen die actief zouden deelnemen aan de brainstormsessie, zodat de teamleider kon zorgen voor enige functiespreiding. De rest van de medewerkers kreeg de rol van passieve toehoorders. Hen werd door de onderzoeker verzocht om stil te zijn. Bij een dringende opmerking mocht een passieve toehoorder zijn/haar hand opsteken en pas iets zeggen wanneer de onderzoeker daar toestemming toe gaf. De brainstormsessie is goed verlopen. De methode zoals gehanteerd werkte goed. Af en toe laaide er wat discussie op in de gehele groep, maar wanneer de onderzoeker aangaf dat het de bedoeling was dat alleen de medewerkers aan de middentafel het woord mochten voeren, werd hier ook gehoor aan gegeven. Op andere momenten was het interessant om een discussie in de hele groep te laten plaatsvinden.

Voor het inhoudelijk vormgeven van de brainstormsessie is door de onderzoeker gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze lijst is bijgevoegd in de bijlagen (bijlage V). Twee topics waar veel aandacht aan is besteed tijdens de brainstorm waren de vraag wat cliënten gelukkig maakt en de vraag om de kwaliteit

binnen De Wielewaal met een cijfer te beoordelen. De informatie van deze brainstormsessie en de informatie van de brainstormsessie in locatie Katwijk zijn gebruikt om de topiclijst voor de interviews op te stellen.

De gehele brainstormsessie is opgenomen met opname-apparatuur. Aan de hand hiervan is door de onderzoeker een samenvatting uitgewerkt, welke gebruikt kon worden bij het maken van de topiclijst voor de interviews.

Interviews

De derde methode van dataverzameling die is gebruikt tijdens het onderzoek is het houden van semi-gestructureerde interviews. Door middel van interviewen kan er meer diepgang in het onderzoek komen. Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews, omdat de onderzoeker op deze manier de regie kon houden en aspecten kon aankaarten die naar voren waren gekomen uit de literatuur, observaties, brainstorm of eerdere interviews (Boeije, 2005). De interviews werden afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst is opgenomen in de bijlagen (bijlage III). Een tweetal voorbeelden van vragen die naar aanleiding van de topics een belangrijke rol kregen in de interviews zijn *'wat moet jij doen zodat een cliënt gelukkig is?'* en *'wat heb jij nodig aan ondersteuning om een hoge kwaliteit van zorg te leveren?'*. Daarnaast was er voor de participanten de mogelijkheid om uit te wijden naar onderwerpen die niet in de topiclijst waren opgenomen, maar die wellicht relevant konden zijn in het kader van het onderzoek. Het houden van de interviews heeft de onderzoeker de kans gegeven om diep in te gaan op de indicatoren. Zo was het belangrijk om duidelijk te krijgen wat door medewerkers en leidinggevendenden nu precies bedoeld werd met verschillende indicatoren. Ook kon er diep worden ingegaan op de ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevendenden.

De interviews zijn afgenomen in verschillende ruimten van locatie De Wielewaal. Dit waren rustige ruimten waar de onderzoeker alleen met de participant aanwezig was. Hierdoor was er geen afleiding.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van opname-apparatuur. Alle gehouden interviews zijn volledig opgenomen. Door de onderzoeker zijn alle interviews getranscribeerd ten behoeve van een goede analyse.

3.5 Beschrijving data-analyse

Observaties

Zoals hierboven al even is aangegeven, zijn de bevindingen van de observaties uitgewerkt in aantekeningen. Hierbij werd vooral een antwoord gegeven op vragen als:

- Wat is het voor een zorgmoment?
- Verloopt het goed? Zo ja, wat verloopt er goed, hoe komt dit en wat is het effect op de cliënt?
- Verloopt het niet goed? Zo ja, wat verloopt er niet goed, hoe komt dit en wat is het effect op de cliënt?
- Worden cliënten door zorgverleners behandeld zoals de zorgverleners hebben aangegeven dat je cliënten moet behandelen? Ofwel is er een overeenkomst tussen wat er gezegd en gedaan wordt?

Dit gaf een heleboel informatie. Deze informatie is door de onderzoeker gebruikt als ondersteuning voor de resultaten. In het resultatenhoofdstuk zullen een aantal bevindingen ondersteunt worden door voorbeelden uit de observaties.

Brainstormsessie

Zoals hierboven al is aangegeven is er door de onderzoeker aan de hand van een geluidsopname een samenvatting gemaakt van de sessie. Deze samenvatting is vervolgens gebruikt om de topiclijst voor de interviews op te stellen. Zo zijn er in de topiclijst van het interviewen indicatoren van kwaliteit van zorg opgenomen die zijn genoemd tijdens de brainstormsessie. Verder is de informatie niet specifiek gebruikt bij het verwerken van de data en het schrijven van de resultaten.

Interviews

Zoals hierboven als is aangegeven zijn alle interviews door de onderzoeker volledig uitgeschreven. Deze transcripties vormden de basis van de analyse. Vervolgens is door de onderzoeker elk interview open gecodeerd. Dit betekent dat de onderzoeker uit elk interview zoveel mogelijk termen (codes) zijn gehaald. Hierbij was het belangrijk om nog zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst te blijven en nog geen eigen interpretatie toe te passen. Hierdoor ontstond er een enorme lijst met codes, waarvan er veel op elkaar leken. Zo waren er bijvoorbeeld de codes *aandacht voor de cliënt, één op één aandacht* en *extra individuele aandacht* die erg op elkaar lijken. Ondanks dat er veel gelijkende codes waren, was het scala aan codes erg breed. Er zijn tal van zaken genoemd die een invloed zouden hebben op de kwaliteit van zorg. Een aantal willekeurige voorbeelden zijn *geen verstoringen, zoveel mogelijk aan de wensen voldoen, dingen uitleggen, kleine dingetjes extra doen, thuis voelen* en *een praatje maken*.

Na hele lijsten te hebben opgesteld werden door de onderzoeker alle op elkaar lijkende codes, zoals het voorbeeld hierboven, bij elkaar gevoegd. Nog bleek er een lange lijst met codes te zijn. De volgende stap in het proces was daarom axiaal coderen. Hierbij gaat het erom de betekenis van bepaalde begrippen achterhaald en omschreven wordt (Boeije, 2005). Tijdens het axiaal coderen bleek dat veel codes nauw met elkaar verbonden waren. Een aantal voorbeelden; tijdens de interviews werd door veel mensen *aandacht* aangekaart. Op de vraag wat die aandacht dan precies inhield kwamen verschillende antwoorden, zoals een *praatje maken, luisteren* of *interesse tonen*. Ook respect is iets dat veel genoemd is tijdens de interviews. Ook op de vraag wat respect dan nu is werd met verschillende zaken geantwoord, bijvoorbeeld iemand *in zijn/haar waarde laten, eerlijk zijn* of *begrip tonen*. Op deze manier werd duidelijk dat veel genoemde aspecten als een onderdeel van een ander aspect konden worden beschouwd. Zo werd het mogelijk om hoofd- en subcodes aan te brengen. Een hoofdcode kwam dus enerzijds voort uit de beschrijvingen die uit de interviews zijn gekomen, zoals de voorbeelden hierboven. Anderzijds heeft ook het logisch verstand geholpen om hoofdcodes te benoemen. Soms was het namelijk niet helemaal duidelijk of iets een hoofd- of een subcode was; bijvoorbeeld bij *duidelijkheid*. Door menig participant is aangegeven dat het belangrijk is om duidelijk te zijn. Belangrijk is dan om te achterhalen waarom het belangrijk is om duidelijk te zijn; welk doel dient dat. Wat verder spitwerk in de transcripties van de interviews duidt er dan op dat duidelijkheid ervoor zorgt dat mensen zich serieus genomen gehoord voelen. Met gebruik van logisch verstand is duidelijkheid zo onder respectvol omgaan terecht gekomen. Als iemand zich serieus genomen voelt dan heeft iemand het gevoel met respect behandeld te worden.

Uiteindelijk is er een overzicht ontstaan met hoofd- en subcodes. Een volgende stap was het indelen in het conceptueel model; bij elke hoofdcode moest de vraag worden gesteld; is het een *wat*, een *hoe*, of *een omstandigheid*? Zo werden alle codes onderverdeeld in het conceptueel model voor kwaliteit van zorg.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit en betrouwbaarheid zijn twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van een onderzoek. Betrouwbaarheid gaat om het beperken van toevallige en systematische meetfouten. Dit betekent dat er bij een herhaling van hetzelfde onderzoek dezelfde uitkomsten moeten uitkomen. Validiteit betekent dat de onderzoeker precies meet wat hij wil meten (Boeije, 2008). Hierbij gaat het om het beperken van systematische fouten.

Methodische triangulatie is van invloed op de validiteit van het onderzoek ('t Hart et al., 2006, p286). Hierachter gaat de veronderstelling schuil dat verschillende methoden van onderzoek, verschillende elementen van een onderwerp aan het licht kunnen brengen. Zo kan het bijvoorbeeld dat tijdens de observaties andere elementen aan het licht komen, dan tijdens de interviews. Uiteindelijk kan verwacht worden dat waarnemingen zich zullen herhalen. Hierdoor heeft de onderzoeker meer kan om het volledige onderwerp van onderzoek in al zijn/haar facetten te zien. Dit vergroot dus als het ware de dekking van het onderzoek.

Omdat de onderzoeker binnen kwalitatief onderzoek als meetinstrument fungeert, speelt de onderzoeker een grote rol bij het vergroten van de validiteit en de betrouwbaarheid. Door te werken met een gestructureerde topiclijsten bij de verschillende methoden van dataverzameling is betrouwbaarheid van het onderzoek door de onderzoeker vergroot. Daarnaast hebben beide onderzoekers die betrokken zijn bij het onderzoek gedurende de dataverzameling met dezelfde topiclijsten gewerkt om de betrouwbaarheid van het tweede deel van de analyse, waarbij de resultaten van de afzonderlijke casestudies gecombineerd zijn, ook te waarborgen.

Het herhalen van de observaties heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek ook verhoogd. Na een aantal observaties had de onderzoeker het idee geen nieuwe dingen meer te zien. De observaties leverden meer en meer dezelfde waarnemingen op.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten heb ik door de onderzoeker geprobeerd om bij de weergave van de resultaten zo goed mogelijk tot uitdrukking te brengen hoe bepaalde interpretaties tot stand zijn gekomen. Het gebruik van citaten is hierbij erg belangrijk, met name omdat de interpretatie van data bij kwalitatief onderzoek een subjectieve aangelegenheid is. Zo is de lezer niet volledig afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker, maar krijgt hij/zij ook kans om een eigen oordeel te vellen.

Het is voor de waarde van de data erg belangrijk om miscommunicatie tijdens de interviews tot een minimum te beperken. Door tijdens het interviewen duidelijke vragen te stellen en uitleg te geven waar nodig, hebben de participanten de vragen hopelijk en passende antwoorden gegeven. Daarnaast heb ik tijdens het interviewen geprobeerd om miscommunicaties zo klein mogelijk te houden, door antwoorden van participanten te herhalen en te vragen om bevestiging. De observaties hebben hier ook geholpen; door als onderzoeker te observeren voor de eerste interviews, was de onderzoeker al enigszins op de hoogte van het jargon. Dit vergemakkelijkt de interviews en beperkt de kans op miscommunicatie.

Een factor die van invloed zou kunnen zijn op de validiteit van het onderzoek, is de mogelijkheid dat participanten tijdens de interviews sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven zich anders hebben tijdens de interviews. De onderzoeker heeft dit geprobeerd te voorkomen door vaak expliciet uit te drukken dat zij geen oordeel zal vellen over de manier waarop de medewerkers hun werk doen. Daarnaast heeft de onderzoeker aan het begin van elk interview duidelijk aangegeven dat er geen goede of foute antwoorden zijn en dat anonimiteit gewaarborgd is. Dit is ook terug te vinden in de topiclijst.

Door de laatste observaties helemaal aan het einde van de dataverzameling en na een stuk van de analyse te plannen heeft dit ook de validiteit van de het onderzoek vergroot. Dit gaf namelijk de mogelijkheid om na te gaan of de resultaten de lading dekten en er geen belangrijke dingen vergeten waren.

4. Resultaten

4.1 Inleiding

In het komende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden weergegeven. Hierbij ligt de nadruk op de resultaten vanuit de interviews. Deze zullen waar mogelijk worden ondersteund door resultaten vanuit de observaties.

Het resultatenhoofdstuk is tweeledig. Zoals is uitgelegd in hoofdstuk 3 over de methoden, zal de gehele vraagstelling (zoals uitgewerkt in de inleiding) beantwoord worden voor de verpleegafdeling van De Wielewaal. De beantwoording van deze vraagstelling wordt gedaan op basis van de casestudie, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Deze resultaten worden uiteengezet in hoofdstuk 4A. Daarna zal in hoofdstuk 4B een antwoord worden gegeven op het eerste gedeelte van de vraagstelling (zoals uitgewerkt in de inleiding) voor de locatie De Wielewaal en locatie Katwijk tezamen. Hierbij is gebruik gemaakt van de analyse van de casestudie van Katwijk, zoals uitgewerkt door Kimberley van Bijsteren. Voor uitgebreider info over de casestudie van locatie Katwijk wordt u doorverwezen naar de masterscriptie van Kimberley van Bijsteren.

Belangrijk om op te merken is dat het naar aanleiding van de dataverzameling niet haalbaar is gebleken om niveauverschillen in indicatoren uit te werken per locatie (dus per casestudie). Deze niveauverschillen vormen een onderdeel van de eerste vraagstelling. Daarom is ervoor gekozen om deze niveauverschillen alleen uit te werken bij het samenvoegen van de casestudies. Een antwoord op de deelvragen van de eerste vraagstelling met betrekking tot de niveaus zal dus alleen gegeven worden in hoofdstuk 4B.

De resultaten zullen aan de hand van de deelvragen van de vraagstelling worden uitgewerkt. Voor deze uitwerking zal gebruik worden gemaakt van het conceptueel model voor kwaliteit van zorg, zoals uiteengezet in hoofdstuk 2.

4A. Resultaten casestudie De Wielewaal

4A.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de casestudie gepresenteerd worden. Daarmee zal een antwoord worden gegeven op de tweeledige vraagstelling van het onderzoek voor locatie De Wielewaal. Allereerst zal een omschrijving van de verpleegafdeling van De Wielewaal worden gegeven. Deze omschrijving is gemaakt op basis van de observaties en gesprekken met de medewerkers. Hierna zal één voor één een antwoord worden gegeven op de deelvragen behorend bij de tweeledige vraagstelling. Zoals in de inleiding van hoofdstuk vier al is uitgelegd, zal hier nog geen antwoord worden gegeven op de deelvragen met betrekking tot de niveaus.

De casestudie is voornamelijk gericht op de somatische kant van de verpleegafdeling. Dit is ook al even aan bod gekomen in hoofdstuk drie. Tijdens de observaties en interviews heeft de onderzoeker ook een indruk gekregen van de PG kant van de verpleegafdeling. Belangrijk bij het lezen is om in gedachte te houden dat de resultaten dus voornamelijk betrekking hebben op de somatische cliënten. Bij indicatoren waarbij de verschillen tussen somatische en PG cliënten aanzienlijk zijn, zullen de verschillen expliciet worden toegelicht. Het zorghuis van De Wielewaal is bij de casestudie buiten beschouwing gebleven.

4A.2 Omschrijving verpleegafdeling De Wielewaal

De verpleegafdeling van De Wielewaal bestaat uit twee delen; een open gedeelte voor de somatische cliënten, geschikt voor circa twintig cliënten, en een afgesloten gedeelte voor de PG cliënten, geschikt voor circa tien cliënten. De afdeling loopt rond om een binnentuin. Wanneer je een rondje loopt op de afdeling kom je eerst door een gang waar links en rechts een woonkamer voor de somatische cliënten te vinden is. Deze gang loopt over in een gang die rond om de binnentuin loopt. Aan deze gang zijn één- en tweepersoonskamers gelegen, maar ook de badkamers, toiletten, kasten en spoelruimte. Wanneer je de gang afloopt, kun je op een gegeven moment door een gesloten deur; hierachter bevindt zich het afgesloten gedeelte van de verpleegafdeling voor de PG cliënten. Dit verschilt verder niet qua inrichting (ook één- en tweepersoonskamer en andere faciliteiten zoals hiervoor genoemd). Een verschil met de somatische kant is dat op de PG kant alle ruimten zijn afgesloten. De PG kant heeft een eigen huiskamer. Verderop op de gang gaat de afdeling via een tweede gesloten deur weer over in de somatische afdeling. Daar grenst nog de zusterspost en de medicijnruimte. Op de gang staan spullen als tilliften er rolstoelen. Er is geen plek om dergelijke grote spullen op te bergen. In de badkamers staan vaak ook spullen opgeruimd, zoals karren met beddengoed of waskarren. Ook dit komt door een gebrek aan ruimte. Kleinere materialen zijn opgeruimd in verschillende kastruimten die aan de gang grenzen.

Alle drie de huiskamers hebben een hoog plafond en hoge ramen. De huiskamers bevatten allemaal een keukentje. De ruimten zijn voor een groot gedeelte praktisch ingericht, zodat men goed met rolstoelen en dergelijke uit de weg kan. Iedere cliënt heeft een vaste plek in een van de huiskamers. Verder zijn de huiskamers ingericht met wat huiselijk ogende meubels, plantjes en tierlantijntjes.

De kamers van de cliënten zijn voornamelijk ingericht door de instelling; cliënten hebben een wasbak, kastruimte, bed, nachtkastje, tafel en stoel van 'het huis'. Daardoor blijft er weinig ruimte voor eigen spullen van de cliënt. De meeste cliënten hebben wel wat spulletjes aan de muur hangen en op de tafel staan en sommigen hebben een eigen televisie, kastje, tafeltje en/of stoel. De tweepersoonskamers hebben een gordijntje in het midden, wat kan worden dicht gedaan voor wat privacy. Cliënten hebben geen eigen badkamer of toilet.

De EVV-ers zijn de schakel tussen de cliënt en de familie en andere betrokkenen, zoals artsen. Als een cliënt iets wil, dan moet de EVV-er bekijken wat de mogelijkheden zijn. Bij een zogenaamde inhuizing legt

de EVV-er in overleg met de cliënt en eventueel familie de zorgafspraken en belangrijke info vast in het zorgplan. De cliënt geeft hierbij aan wat hij/zij wenst. Vervolgens bekijkt de EVV-er of dat in de ZZP (het budget dat is vastgesteld door de overheid) van de cliënt past. Past het niet, dan heeft een cliënt twee opties; extra zorg inkopen of wat van zijn/haar wensen schrappen. Volgens de EVV-er komt dit meestal op het laatste neer.

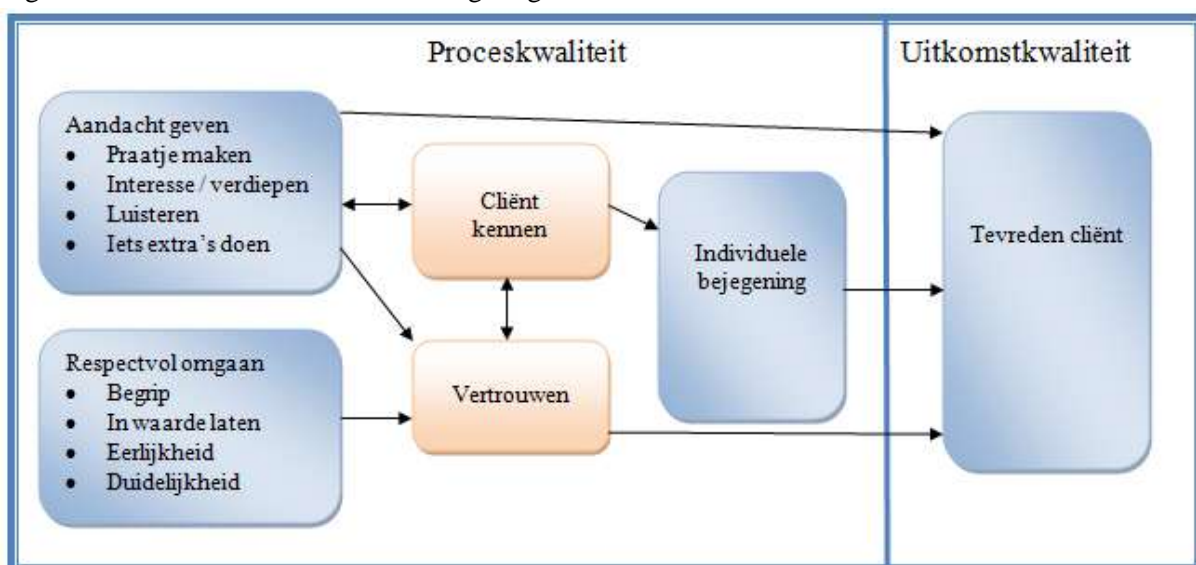
De gemiddelde dagindeling van de cliënten ziet er als volgt uit. 's Ochtend worden de cliënten door de zorgverleners gewassen en aangekleed of hierin ondersteund. Cliënten bepalen zelf wanneer zij opstaan. Meestal is er een bepaalde volgorde. Zorgverleners zijn hier meestal tussen 07.00 en 11.00 uur mee bezig. Als cliënten zijn gewassen en aangekleed, gaan zij naar hun vaste plek in een van de huiskamers voor het ontbijt en de medicatie. Verder doen cliënten wat voor zichzelf. Vanaf 12.00 uur komt de warme maaltijd, waarbij cliënten keuze hebben uit twee verschillende soorten vlees/vis, groenten en aardappels. Cliënten kunnen de maaltijd nuttigen in de eigen huiskamer of in de Bommelin. De Bommelin is de gemeenschappelijke ruimte van De Wielewaal/restaurant. Hier eten ook veel mensen uit het zorghuis. Na de warme maaltijd gaan een aantal cliënten naar bed voor een paar uurtjes slaap. Anderen doen iets voor zichzelf of kijken gewoon een beetje voor zich uit zonder activiteit. Om 17.00 uur wordt begonnen met de avondmaaltijd, een broodmaaltijd. Cliënten kunnen hierbij een gebakken of gekookt eitje krijgen. Na het eten gaat de eerste cliënt langzaam naar bed. Tussen 21.00 en 23.00 uur worden de meeste cliënten naar bed gebracht. Cliënten bepalen zelf wanneer zij naar bed gaan. Gedurende de dag zijn de zorgverleners veel bezig met cliënten op het toilet helpen.

4A.3 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers De Wielewaal

In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de vraag: *Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?*

De vraag zal beantwoord worden door de uitkomst- en proceskwaliteit van kwaliteit van zorg te omschrijven. Zoals ook al duidelijk in hoofdstuk twee aan bod is gekomen, wordt er ook kort aandacht besteed aan de uitkomstkwaliteit. De focus ligt binnen het onderzoek, en dus ook bij de uitwerkingen van de resultaten, op de proceskwaliteit. De resultaten zijn weergegeven in een schema, zie figuur 4.1. Allereerst zal de uitkomstkwaliteit worden uiteengezet. Zo wordt het schema van rechts naar links uitgewerkt. Dit maakt het makkelijker om de verbanden te begrijpen en het belang van de verschillende indicatoren te begrijpen.

Figuur 4.1 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers De Wielewaal



4A.3.1 Uitkomstkwaliteit

Tevreden cliënt

De kwaliteit van zorg is van invloed op de uitkomst van de zorg. De uitkomst waar de kwaliteit van zorg een invloed op moet hebben is de tevredenheid van de cliënten. Een tevreden cliënt is daarom een gewenste uitkomst van kwaliteit van zorg. Iemand die tevreden is kan beschouwd worden als iemand die blij en gelukkig is. Een cliënt wordt er blij en gelukkig van, ofwel tevreden, als aan al zijn/haar wensen is voldaan.

“Dat alles naar tevredenheid verlopen is” (P6)

“... een ontevreden bewoner is gewoon tijdelijk niet gelukkig.” (P10)

Deze wensen kunnen per persoon verschillen. De participanten geven daarom ook niet expliciet een label aan een tevreden cliënt, maar impliciet wordt wel gesuggereerd dat een rustige cliënt een tevreden cliënt is. Met rustig wordt daarmee bedoeld op iemand die niet nerveus of onzeker is. Ook wordt een tevreden cliënt door de participanten impliciet aangeduid als een cliënt die zich veilig voelt.

Participanten geven aan dat een cliënt uiting geeft aan tevredenheid door dit uit te spreken of door een (glim)lach.

“Als je met een dankjewel en een glimlach van de kamer afgaat naar de huiskamer gaat... En als iemand bedankt voor de goede verzorging, ik denk dat je dan heel tevreden bent.” (P4)

4A.3.2 Proceskwaliteit

Individuele bejegening

Acht van de tien participanten gaf meteen aan dat een individuele bejegening heel belangrijk is als het gaat om kwaliteit van zorg. Zij hebben dit niet met deze woorden gezegd, maar wel door antwoorden in de trant van *“dat is voor iedereen anders”* en *“aan de wensen van iemand voldoen”*. Cliënten zijn natuurlijk ook gewoon mensen en hebben net als iedereen een eigen achtergrond, verhaal, wensen, normen, waarden en ga zo maar door. Er moet rekening worden gehouden met de verschillen tussen cliënten en hiernaar gehandeld worden. Wat de ene cliënt als prettig ervaart, hoeft voor een andere cliënt weer niet zo te zijn.

“Een cliënt verzorgen op de manier hoe zij dat prettig vinden. (...) De zorg geven hoe die bewoner dat op dat moment wenst. Dat is het. Hoe de bewoner het wenst, dat zou ideaal zijn.” (P1)

Participanten geven aan dat het moeilijk is om aan te duiden wat nu kwaliteit van zorg maakt, juist door al deze verschillen. Dat blijkt ook uit onderstaand citaat van een participant, die hier antwoord geeft op de vraag wat diegene moet doen zodat een cliënt met een glimlach een zorgmoment verlaat:

“Voor mijn gevoel echt doen waar ze om vragen en wat ze fijn vinden. Dat is zo verschillend natuurlijk. Ook een grapje en niet te serieus allemaal. Wel als het moet, maar... (stilte)... vind ik moeilijk om iets aan te geven. Het is zo persoonlijk wat iedereen wil.” (P7).

Deze individuele bejegening is zowel belangrijk voor verzorging en omgang met cliënten als voor het aanspreken van cliënten. Als het gaat om de zorg zelf, dan staan de meeste belangrijke handelingen als zorgafspraken in het zorgdossier. Buiten deze afspraken zijn er echter allerlei dingen die cliënten als prettig kunnen ervaren die niet in het zorgdossier zijn opgenomen. Het is logisch dat de ene persoon het prettig vindt om wat harder gewassen te worden als een ander. Zo zijn er ook tal van verschillen in andere dingen. Dit werd ook duidelijk tijdens de observaties. In bed ligt bijvoorbeeld de ene cliënt graag op de zij en een

ander op de rug. De een wil het brood in kleine stukjes gesneden een ander in grote. De lijst van mogelijke voorbeelden is haast onuitputtelijk.

“..., iedereen heeft toch zijn eigen ding. De een wil een zalfje daar, de andere een poedertje daar. (...) Het is natuurlijk belangrijk dat je ze als hun eigen benadert”. (P3)

Niet alleen in en tijdens de zorg, maar (juist) ook in het aanspreken van de cliënten is de individuele bejegening heel erg belangrijk. Met de ene cliënt kun je als zorgverlener bijvoorbeeld amicaler omgaan dan met de andere. Ook het aanspreken van cliënten is erg afhankelijk van wat de persoon wenst.

“Iedereen benader je anders. We hadden bijvoorbeeld een vrouw en die kwam uit een dorpje dus daar zat ik altijd plat te praten en dat vond ze heerlijk. Maar een ander zal dat niet leuk vinden. Dus dat stem je daar wel op af.” (P7)

“Want het kan gewoon zijn dat wij goed levelen en dat ik jou Mandy mag noemen, maar dat een ander jou gewoon mevrouw moet noemen. Het is aan de cliënt hoe die aangesproken wil worden.” (P10)

Het is in het aanspreken en omgang met cliënten volgens de participanten dus heel belangrijk dat je je daarin aanpast aan de persoonlijke wensen van die cliënt. Aan de nadruk die dit kreeg in de interviews kan zelfs gesteld worden dat de individuele bejegening als een van de belangrijkste indicatoren voor kwaliteit van zorg kan worden beschouwd.

“De ene is juist voor een grapje, de ander is voor een aai ofzo. Je past je natuurlijk aan aan de mensen” (P11)

Deze indicator is ook voor de PG cliënten erg belangrijk, maar krijgt voor deze doelgroep wel een andere lading. De somatische cliënten kunnen aangeven wat de wensen zijn en wat zij prettig vinden, maar de PG cliënten kunnen dit meestal niet. Hier moet de zorgverlener vaak denken voor de cliënt en bedenken wat deze cliënt op een bepaalde moment prettig kan vinden. Participanten geven aan dat je vaak wel kunt merken aan een cliënt of zij iets als prettig ervaren.

“Toen ben ik bij haar gaan zitten en haar drinken gaan geven en een beetje een praatje gaan maken. Dan zie je aan de uitstraling al van hè het bevalt me of het bevalt me niet. Want wil ze niks zeggen dan doet ze net of dat ze slaapt hoor.”(P5)

Kennen van de cliënt

Om cliënten naar hun eigen wensen en behoeften te behandelen is het erg belangrijk dat zorgverleners cliënten kennen. Het kennen van cliënten kan als een voorwaarde worden beschouwd voor de individuele bejegening en als een gevolg van aandacht (komt later in dit hoofdstuk aan bod). Dit verband is ook terug te vinden in figuur 4.1. Als een zorgverlener een cliënt goed kent, dan weet deze ook (gedeeltelijk) wat iemand als wel en niet prettig ervaart. De wensen en behoeften van cliënten staan gedeeltelijk in het zorgplan, maar zoals hierboven aangegeven is er meer dan dat. Om aan te sluiten bij het voorbeeld dat ik heb genoemd bij de beschrijving van individuele bejegening, is het belangrijk dat een zorgverlener weet hoe een cliënt het lekkerst in bed ligt of hoe een cliënt zijn/haar brood gesneden wil hebben. Het belang van het kennen van een cliënt en wat dit inhoudt wordt goed uitgelegd door een participant, die een antwoord geeft op de vraag wat nu het verschil maakt in kwaliteit van zorg:

“Uitvinden wat de bewoner nou echt prettig vindt in zijn dagelijks leven en dat is helemaal losgekoppeld van de zorgbehoeftegraad die hij of zij heeft. Je moet bij elke bewoner proberen te weten te komen van wat deed

die vroeger graag, waar heeft ie het graag over, wat zou ze nog eens willen doen, hoe wil die bejegend worden.” (P10)

Als je dergelijke dingen weet van een cliënt, is het gemakkelijker om aan de wensen van een cliënt te voldoen. Dit is ook belangrijk voor het geven van aandacht. Het kennen van een cliënt is een gevolg van aandacht (zoals hierboven als is gesteld), maar het kan ook worden beschouwd als een voorwaarde voor aandacht. Het is namelijk gemakkelijker om aandacht (zoals hieronder gedefinieerd) te geven wanneer een zorgverlener een cliënt kent. Een praatje maken is bijvoorbeeld een vorm van aandacht. Een van de participanten gaf twee duidelijke voorbeelden waaruit het belang van het kennen van de cliënt blijkt als je een praatje met iemand maakt.

“Mensen die echt Zaltbommel geboren en getogen zijn die vinden het leuk om over Zaltbommel te praten. Of als er iemand is uit Rotterdam van oorsprong en die toevallig hier naartoe is gegaan omdat hier een zoon of dochter woont, die boeit natuurlijk het verhaal van Zaltbommel niet. Iemand met kinderen kun je over kinderen praten. Iemand die geen kinderen en misschien wel heel graag gewild zou hebben, doe je zoiets juist niet. Dus zo is het wel heel belangrijk dat je weet wie iemand is. Dat je weet wat je te praten hebt.” (P11)

Dat de cliënten het ook daadwerkelijk belangrijk vinden dat de zorgverleners hen kennen, wordt duidelijk als er nieuwe medewerkers zijn. Er zijn een aantal cliënten die eigenlijk niet door nieuwe zorgverleners geholpen willen worden.

“Dat merk je als er nieuwe personeelsleden zijn, dan heb je er zo een stuk of 4 à 5 die daar eigenlijk liever niet door geholpen willen worden, omdat ze het zo fijn vinden dat iemand weet wat er moet gebeuren. Ze zijn heel bang dat iets vergeten wordt. Dus het geeft voor de mensen ook een hoop rust als iemand hen kent en weet hoe en wat en weet wat ze prettig vinden.” (P11)

Het kennen van een cliënt is iets dat bij de PG cliënten op een andere manier moet worden vormgegeven dan bij somatische cliënten. PG cliënten kunnen vaak niets over zichzelf vertellen en in sommige gevallen niet of nauwelijks praten. De kennis over de cliënt moet worden gehaald bij de familie of soms worden gereconstrueerd uit wat er bekend is over de levensloop van iemand.

“De kwaliteit moet gehaald worden uit familieleden en dat vind ik heel lastig, want soms is het zo dat familie toch hun vrouw of moeder minder goed kennen of hun eigen belangrijke dingen naar voren schuiven, terwijl de cliënt dat minder van belang zou hebben gevonden vroeger. (...) Zo van ik wil dat mijn moeder elke dag schone kleren aantrekt, terwijl ze weet vroeger hield ze het de hele week aan. (...) Het is vaak de wil van de contactpersoon die dan vaker doorgeduwd wordt.” (P11)

Vertrouwen

Vertrouwen kan, net als het kennen van een cliënt, als een voorwaarde worden beschouwd binnen de proceskwaliteit. Door aandacht te geven en respect te tonen krijgt een cliënt vertrouwen in de zorg en in de zorgverlener, wat leidt tot meer tevredenheid. Dit verband is ook terug te zien in figuur 4.1. Alle participanten onderschrijven het belang van vertrouwen voor kwaliteit van zorg. Twee van de participanten heeft vertrouwen aangedragen als iets wat een cliënt gelukkig of blij maakt. Vertrouwen is een erg ruim begrip en bevat binnen deze context verschillende betekenissen, allen benoemd door de participanten. Deze betekenissen zijn het nakomen van afspraken, vertrouwen in deskundigheid van de zorgverleners en vertrouwen op persoonlijk vlak.

Het nakomen van afspraken is erg belangrijk voor een cliënt. Dit zit vaak in kleine dingen. Zo spreekt een zorgverlener vaak een moment af met een cliënt waarop ze samen iets doen wat buiten de zorg valt, bijvoorbeeld nieuwe kleding bekijken of op verzoek de bloeddruk van een cliënt meten. Het is belangrijk

dat een zorgverlener zich hier daadwerkelijk aan houdt. Ook voor andere (veelal kleine) dingen kan een zorgverlener een afspraak maken met een cliënt, zoals in onderstaande citaten:

“Want als je tegen iemand zegt ‘ik zet u nu op het toilet, over vijf minuten kom ik u er weer afhalen’, moet je dat ook doen.” (P5)

“Wat een cliënt ook heel belangrijk vindt is dat afspraken worden nagekomen. De cliënt vraagt bijvoorbeeld aan iemand wil je iets doorgeven en het wordt niet gedaan, dan vindt de cliënt dat heel vervelend, omdat ie het zelf niet kan. (...) Wat ook belangrijk is, is om terug te gaan naar de cliënt om te zeggen dat je het gedaan hebt.” (P1)

Het belang om ook terug te koppelen naar de cliënt, zoals hierboven geciteerd, wordt ook door een andere participant expliciet genoemd.

De tweede betekenis die aan vertrouwen is gegeven door de participanten is vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners. Veel cliënten hebben een specifiek ziektebeeld. Zo wonen er veel cliënten in De Wielewaal met een halfzijdige verlamming en zijn er veel cliënten met doorzitplekken. Het is erg belangrijk dat de cliënten het vertrouwen hebben dat de zorgverleners weten hoe hiermee om te gaan.

“Ze leggen hun leven in onze handen bij wijze van. Dan moeten ze er vertrouwen in hebben.” (P11)

De derde betekenis die de participanten aan vertrouwen toekennen is vertrouwen op een meer persoonlijk vlak. Dit is een wat abstracter begrip. Het gaat erom dat cliënten hun verhaal kwijt durven aan een zorgverlener en open en eerlijk durven zijn zonder bang te hoeven zijn dat een zorgverlener verkeerde dingen met deze informatie doet. Hierbij gaat het ook meer om het opbouwen van een band, een vertrouwensband. Onderstaande citaten, welke een antwoord geven op de vraag hoe dat vertrouwen er uit ziet, maken dit duidelijk:

“Toch een band met de mensen opbouwen dat ze ook persoonlijke dingen durven te vertellen, dat ze zich veilig voelen.” (P7)

“Dat hij zijn verhaal kwijt durft en niet bang is dat daar verkeerd mee omgegaan wordt en dat daarover geroddeld gaat worden. Stukje vertrouwen scheelt ook met de openheid naar jou toe denk ik” (P6)

Het gaat dus om drie erg verschillende betekenissen van vertrouwen. De participanten geven aan dat het vertrouwen erg belangrijk is voor de cliënten. Een gebrek aan vertrouwen leidt volgens een aantal van de participanten tot onrust, onzekerheid en onvrede bij cliënten en dat zou betekenen dat zij zich niet gelukkig voelen. Zo draagt vertrouwen dus bij aan de tevredenheid van een cliënt. Dit verband is terug te zien in figuur 4.1.

Zoals ook in bovenstaande citaat wordt genoemd, worden cliënten opener naar de zorgverleners toe naarmate zij meer vertrouwen hebben. Dit zou dus betekenen dat een grotere vertrouwensband ertoe bijdraagt dat een zorgverlener een cliënt beter leert kennen en dat verklaart het genoemde verband in figuur 4.1.

Aandacht geven

Alle participanten hebben duidelijk aangegeven dat aandacht heel erg belangrijk is voor de cliënten.

“Aandacht, ik denk dat daar het schreeuwen naar is.” (P12)

Aandacht is essentieel voor de beleving van kwaliteit van zorg van de cliënten. De participanten hebben onder aandacht verschillende aspecten benoemd die hier een voor een behandeld zullen worden. De

aspecten van aandacht zijn het maken van een praatje, interesse tonen / verdiepen in een cliënt, luisteren en iets extra's doen voor de cliënt.

Een praatje maken vormt een belangrijk aspect van aandacht. Het gaat hierbij om een gezellig gesprekje dat over allerlei onderwerpen kan gaan. Het kennen van de cliënten is hiervoor belangrijk, zoals hierboven al is aangegeven. Als een zorgverlener een cliënt kent en weet wat hem/haar bezighoudt, is het gemakkelijker om een gesprek te beginnen en te voeren. Volgens de participanten is een praatje maken met de cliënten altijd mogelijk, zowel tijdens als buiten de zorg. Tijdens de observaties werd duidelijk dat zorgverleners heel vaak een gesprekje beginnen met de cliënt tijdens de zorg. Cliënten reageren hier altijd goed op en naar wat ik heb gezien lijkt het een positief effect op hen te hebben.

“Je kan heel nors binnen komen, je kan ook gezellig en leuk praatje en op de bewoner ingaan, waar ze zijn geweest en je eigen daarin verdiepen. En niet gewoon je werk doen en ik ben zo weer weg. Maar ook onder het wassen kan je een praatje maken, al heb je kort de tijd. Dan zijn ze nog tevreden als ze de kamer uitrijden, als je gewoon een praatje maakt. Dat probeer ik altijd wel te doen.”(P2)

Dit citaat gaat ook al even in op het tweede aspect van aandacht, namelijk interesse tonen in een cliënt / het verdiepen in een cliënt. Hierbij moet het gaan om oprechte interesse en niet om pure beleefdheid. Het hiervoor genoemde praatje is een goede manier voor een zorgverlener om interesse te tonen of zich te verdiepen in een cliënt. Het zorgdossier kan hier aanknopingspunten bieden omdat daar al wat informatie over de cliënten in te vinden is zoals opleiding, milieu en gezinsleven. Het verdiepen in cliënten is bepalend voor het goed leren kennen van een cliënt, zoals hierboven ook al even genoemd is. Door met iemand in gesprek te gaan over wat meer persoonlijke dingen leer je iemand kennen. Maar buiten dat vinden cliënten het gewoon prettig als iemand interesse toont, net zoals de meeste mensen. Ook dit werd duidelijk tijdens de observaties. Dat cliënten de interesse vanuit de zorgverlener waarderen kon worden opgemaakt uit het feit dat de meeste cliënten geen antwoorden geven met een korte ja of nee, maar vaak gelijk meer gaan vertellen. Het is goed voor te stellen dat als een cliënt geen behoefte heeft aan interesse vanuit een zorgverlener, deze kortere antwoorden zou geven.

“Aandacht is altijd voor iedereen wel belangrijk” (P12)

Het derde aspect van aandacht dat genoemd is door de participanten is luisteren. Dit is een logisch gevolg uit de voorgaande twee aspecten. Om een praatje te maken en interesse te tonen is het van belang om goed te luisteren naar de cliënten en ook in te gaan op wat de cliënten zeggen (interesse / verdiepen). Ook is het nauwelijks mogelijk om een gesprek met iemand te voeren terwijl je niet naar diegene luistert. Luisteren gaat wel verder dan alleen tijdens gesprekjes. Ook als een cliënt iets vraagt aan een zorgverlener, is het belangrijk dat er naar hem/haar geluisterd wordt.

“Als ze bijvoorbeeld bellen dat er gelijk iemand reageert. Ik denk dat dat belangrijk is, dat er gewoon naar ze geluisterd wordt.” (P3)

Luisteren is belangrijk voor het vertrouwen. Als cliënten echt het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt, zullen zij meer vertrouwen hebben in de zorgverleners dan wanneer zij niet dit gevoel zouden hebben. Dit wordt onder andere duidelijk uit een antwoord dat een van de participanten gaf op de vraag hoe zij probeert een vertrouwensband met een cliënt op te bouwen:

“Op de eerste plaats naar hen te luisteren” (P4)

Ongeveer de helft van de participanten heeft ook aangegeven dat het doen van iets extra's buiten de gewone zorgafspraken om een belangrijk aspect is van aandacht. Het gaat hierbij vaak om kleine dingetjes,

zoals wat extra aandacht voor de persoonlijke verzorging van een cliënt, maar ook wandelen met een cliënt is genoemd als iets extra's doen voor de cliënt.

“En dat je ook een keer tijd hebt om de nagels te knippen of een nagellakje op of een make-upje ofzo. Dat zou een ideaal zorgmoment zijn. Of dat je lekker kan gaan wandelen ofzo met iemand.” (P3)

Een aantal cliënten noemde ook dat het goed is om na de zorg aan een cliënt te vragen of zij nog iets voor hem/haar zou kunnen betekenen.

Met het doen van iets extra's voor de cliënt gaat het vaak om iets op individueel niveau. Er zijn echter ook wat extra dingen die gedaan kunnen worden voor meerdere cliënten, zoals ook blijkt uit onderstaand citaat.

“Ik was bijvoorbeeld bij alle bewoners, als ik die douche, hun handen met een blokje zeep, zoals ze dat vroeger thuis gewend zijn. Daar worden bewoners heel dankbaar van. (...) Ik heb een paar weken terug op zondag appeltaart gebakken bijvoorbeeld 's ochtends. (...) En dan die lucht van die appeltaart over de afdeling maakt iedereen gelukkig. Dat zijn hele kleine dingetjes waar je dan iets van hebt, als ik dat doe, dan worden er een hoop mensen gelukkig van.” (P10)

Uit dit citaat blijkt dat aandacht een direct verband heeft met de tevredenheid van een cliënt, zoals ook is te zien in figuur 4.1. Het feit dat alle participanten het belang van aandacht geven op een bepaald moment in het interview hebben aangedragen, duidt erop dat dit ook een van de belangrijkste indicatoren is van kwaliteit van zorg.

Voor de PG cliënten is het geven van aandacht ook van groot belang. Het verdiepen in een cliënt is alleen niet echt mogelijk om een cliënt te leren kennen. Het is wel een goede vorm van aandacht en cliënten waarderen het als een zorgverlener interesse toont, alleen verdiep je je in de huidige belevingswereld van een cliënt en niet in wie een cliënt echt is. Zoals hierboven bij het kennen van een cliënt is aangegeven, loopt het leren kennen van een PG cliënt dan ook vaak via de familie en niet door middel van gesprekken met de cliënt zelf.

Respectvol omgaan

Wat volgens de participanten ook belangrijk is voor de beleving van kwaliteit van zorg van de cliënten is het hebben en tonen van respect. Respect is een wat abstract begrip, maar heeft tijdens de interviews een wat meer concrete betekenis gekregen. Dus ook deze indicator kent een aantal aspecten die een voor een behandeld zullen worden. De aspecten van het respectvol omgaan met cliënten zijn begrip tonen, in de waarde laten, eerlijkheid en duidelijk.

Het belang van het hebben van begrip en het in de waarde laten van een cliënt wordt door de helft van de participanten aangehaald. Hierbij gaat het erom dat zorgverleners de persoonlijke waarden, normen, leefstijl en situatie van de cliënten accepteren en ook uitdragen dat het goed is als cliënten iets op een bepaalde manier willen of ervaren.

“ Wat ik ook heel belangrijk vind is de bewoner in zijn eigen waarde laten daarin. We hebben bijvoorbeeld een bewoner en daar is het een enorme rotzooi op de kamer, overal mandjes en rotzooi. En dan denk ik van zij wil het zo hebben en dat heb ik te accepteren. Het zijn niet mijn normen en waarden, maar die van hun. Ik vind dat we die eigenlijk te allen tijde moeten kunnen respecteren.” (P10)

Tijdens het observeren is ook opgevallen dat het tonen van begrip een positief effect heeft op de cliënten. Zo zat er een cliënt op het toilet en die was een beetje zorgelijk over de zorg. Zij gaf dat aan door te zeggen dat iets vervelend was. De zorgverlener reageerde hierop door te zeggen dat ze dat heel goed begreep en dat dergelijke dingen helaas altijd vervelend zijn, maar dat ze het daarom zo goed mogelijk probeerde te doen. De cliënt leek wat opgelucht, werd wat opener en uitte zich wat meer naar de zorgverlener toe. Hier was

dus duidelijk een positief effect te zien bij de cliënt doordat de zorgverlener op dat moment begrip toonde voor de situatie en de gevoelens van de cliënt. Een van de participanten heeft respect als volgt gedefinieerd, wat goed aansluit bij het voorbeeld vanuit de observaties:

“Dat je het belangrijk vindt hoe ze zich voelen en daar begrip voor tonen” (P11).

Bij het respectvol omgaan met cliënten is het belangrijk om eerlijk met de cliënten om te gaan.

“Ik vind dat je wel eerlijk moet zijn. Je hebt toch met mensen te maken. Dan is het toch belangrijk dat hun weten dat je eerlijk met de mensen omgaat.” (P5)

Als het gaat over eerlijkheid, dan zijn de meningen onder de participanten enigszins verdeeld. Alle participanten onderschrijven het belang van eerlijkheid. Drie van de participanten vinden dat je te allen tijde eerlijk moet zijn naar de cliënten toe. De overige participanten nuanceren dit en zeggen dat je in sommige situaties het beste iets kunt verzwijgen of verdraaien. Hierbij geven de participanten aan dat er in dat geval wordt gehandeld in het belang van de cliënt en gaat het dus om niet eerlijk zijn voor de bestwil van de cliënt.

“Je moet in principe altijd eerlijk zijn, mits dat het beter is dat je soms niet helemaal eerlijk bent. Als je bijvoorbeeld een cliënt hebt die helemaal over de flos gaat omdat de bloedsuiker die dag niet helemaal goed zou zijn, dan vind ik in dat opzicht dat je af en toe niet helemaal eerlijk hoeft te zijn. Maar zoiets doe je dan voor de cliënt zelf. Niet omdat het voor mij beter zou zijn, maar uit het oogpunt van de cliënt is het soms wel beter.” (P12)

Een van de participanten geeft aan dat het misschien wel eens voorkomt dat een zorgverlener niet helemaal eerlijk is uit eigen belang. Deze participant ziet het niet eerlijk zijn niet als iets specifiek binnen de functie, maar als een menselijk iets:

“Ik denk dat het gewoon niet altijd helemaal eerlijk is. Speelt niet iedereen wel eens een beetje toneel?” (P6)

Het laatste onderdeel van respect is duidelijkheid naar de cliënten toe. Het is belangrijk om de tijd te nemen om dingen uit te leggen aan de cliënt. Dit kan een uitleg zijn over waarom een cliënt moet wachten, duidelijkheid over hoe laat een cliënt gewassen wordt, maar ook duidelijkheid over waarom een cliënt bepaalde medicatie moet innemen.

“Sommige bewoners hebben moeite met medicijnen te nemen, dan probeer je ze toch uit te leggen dat de dokter vindt dat ze het nodig hebben en waarvoor het genomen moet worden. Dat probeer je dan toch over te brengen.” (P4)

Duidelijkheid is belangrijk in een respectvolle omgang met een cliënt. Als iemand bijvoorbeeld graag snel op het toilet geholpen wil worden kun je als zorgverlener uitleggen dat je dat begrijpt, maar dat het helaas even niet mogelijk is, omdat je bezig bent om iemand te wassen. Op deze manier laat je een cliënt beter in zijn of haar waarde dan wanneer je kort antwoord geeft en zegt ‘nee, u moet even wachten’. Dat duidelijkheid belangrijk is voor de cliënten is ook duidelijk geworden tijdens de observaties. Het gebeurt bijvoorbeeld regelmatig dat cliënten om duidelijkheid vragen over hoe lang het duurt voordat zij geholpen worden, wanneer ze deze niet direct van de zorgverlener krijgen,

“Niet zeggen van ik kom over vijf minuten en dan een kwartier wegblijven. Ik ben nog altijd van de tijdafspraken. Niet ik kom er zo aan, maar ik loop een bel en die duurt vijf minuten ongeveer schat ik en dan kom ik naar u toe. Dus dat een bewoner duidelijkheid heeft waar die aan toe is.” (P10)

Als gekeken wordt naar het in de waarde laten van een cliënt zit het verschil tussen de somatische cliënten en de PG cliënten voornamelijk in de eerlijkheid. Eerlijkheid krijgt bij de PG cliënten een hele andere lading. Daar kun je vaak niet eerlijk zijn zoals je dat tegen een somatische cliënt wel kunt zijn. PG cliënten leven vaak in een eigen belevingswereld en het is belangrijk dat zorgverleners daarin mee gaan. Wanneer zij dat niet doen leidt dit vaak tot een cliënt die onrustig, onzeker of overstuur wordt.

“Als iemand bijvoorbeeld naar huis wil dan kan je niet zomaar zeggen ‘dat kan niet’. Daar moet je helemaal meegaan in de belevingswereld. Dan zit je gewoon te liegen tegen iemand. Maar voor hun... het is gewoon de benaderingswijze, hoe je ermee omgaat. Het is dan wel het beste voor de bewoner.” (P3)

Het is bij de PG cliënten dus erg belangrijk dat zorgverleners meegaan in de belevingswereld van de cliënt. Aan de ene kant kan dit beschouwd worden als liegen met een negatieve lading, maar het kan ook op een positieve manier beschouwd worden. De belevingswereld van de cliënt bepaalt immers zijn of haar waarheid op dat moment. De zorgverlener gaat dan wel in zijn of haar waarheid mee en toont door het niet eerlijk zijn naar cliënt op dat moment wel respect.

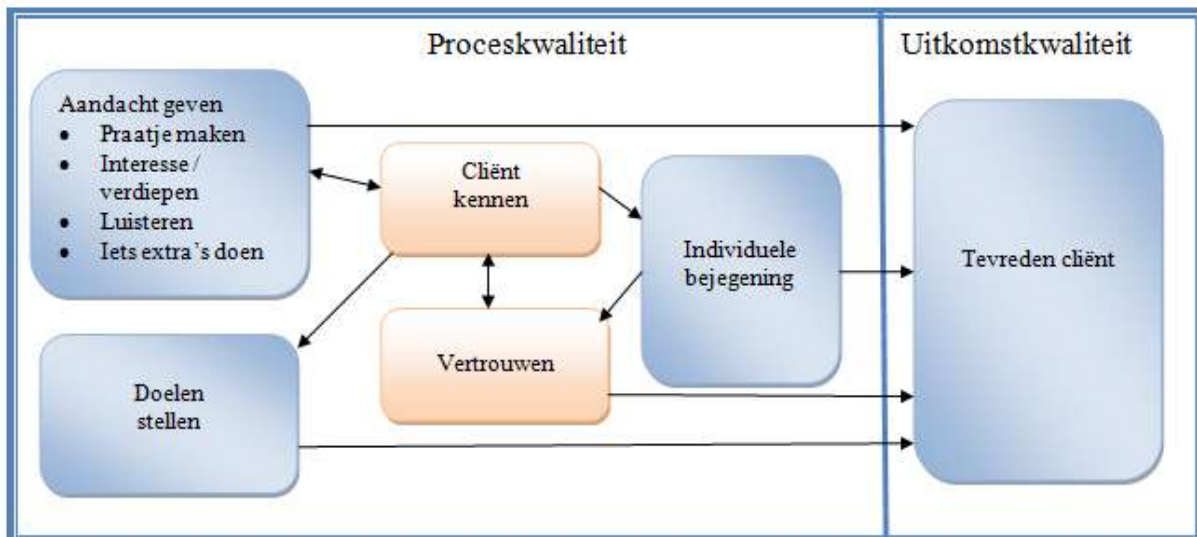
“Maar dan ben je alleen maar met die mensen bezig. Je bent op een eerlijke manier met die mensen bezig.” (P5)

4A.4 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevend De Wielewaal

In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de vraag: *Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens de leidinggevenden van BrabantZorg?*

De uiteenzetting van deze resultaten zal op dezelfde manier gedaan worden als bij de medewerkers. Hieronder staat de weergave van het schema van de indicatoren van kwaliteit van zorg volgens leidinggevend.

Figuur 4.2 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevend De Wielewaal



4A.4.1 Uitkomstkwaliteit

Tevreden cliënt

Een tevreden cliënt is ook volgens leidinggevend een uitkomst van kwaliteit van zorg. Hierbij heeft de cliënt invloed op het verloop van de zorg en de cliënt bepaalt wanneer de zorg klaar is. Dit komt overeen

met de eerdere opvatting dat bij een tevreden cliënt aan alle wensen is voldaan en dat is dus per cliënt verschillend.

“De zorg verloopt zoals het afgesproken is met de cliënt. De cliënt die kan dat bijsturen, aanpassen. (...) Het contactmoment of het zorgmoment wordt afgerond op het moment dat de bewoner zegt ‘het is klaar’. (P8)

Ook heeft een van de participanten aangegeven dat je aan een cliënt kunt merken als deze tevreden is, zowel bij de PG cliënten als bij de somatische cliënten.

“Bij PG mensen zou je kunnen zien hoe tevreden ze functioneren. En bij somatische cliënten denk ik dat mensen zullen zeggen dat ze het zo goed naar hun zin hebben hier, dat ze tevreden zijn over de zorg en dat ze dat ook uitspreken.” (P9)

4A.4.2 Proceskwaliteit

Individuele bejegening

Beide participanten leggen een grote nadruk op het belang van de individuele bejegening. De invulling hiervan komt overeen met de invulling die hieraan is gegeven door de medewerkers.

“Ik denk zoveel mogelijk ingaan op de vragen van de cliënt. Maar vooral ook vragen hoe wilt u het, wat wilt u, waarom wilt u het en kijken hoe het gaat passen binnen de zorg.” (P8)

“Dus ik denk dat het heel belangrijk is om die individuele benadering, om die klant het gevoel te geven dat jij er speciaal voor die klant op dat moment bent, om het die klant helemaal naar de zin te maken.” (P9)

Wel wordt er door een van de participanten een extra dimensie toegevoegd aan de individuele bejegening. Deze geeft namelijk aan dat het leven zoals mensen dat gewend zijn ophoudt op het moment dat zij op de verpleegafdeling komen wonen. Het gaat hierbij in het bijzonder vaak om activiteiten die in de maatschappij plaatsvonden.

“De Bommelerwaard is ook een gebied waar veel kerkdorpen zijn en waar geloof nog vanuit historie zwaar weegt en een rol speelt in het leven van mensen. En dan komen mensen hier wonen en dan kunnen ze niet meer naar hun eigen kerk. (...) Eigenlijk zou je iets moeten creëren dat mensen wel naar die kerk gaan of naar bijeenkomsten die door die kerk georganiseerd worden. (...) Als je bijvoorbeeld gezongen hebt in een koor en je komt hier wonen dan houdt dat op te bestaan. Dat zou toch anders moeten.” (P9)

Het zou volgens de participant goed zijn als medewerkers hiernaar handelen en dit dus meenemen in de individuele bejegening. Medewerkers zouden bijvoorbeeld kunnen stimuleren om dergelijke zaken als genoemd in het citaat te blijven voortzetten en zich hier ook voor kunnen inzetten.

Vertrouwen

Beide participanten onderschrijven het belang van vertrouwen. Hierbij kent vertrouwen drie betekenissen:

“Dat de afspraken die je maakt, dat dat nagekomen wordt. Dat je niet hoeft te controleren als cliënt. (...) Maar dat je op de hoogte bent van wat er speelt. Dat heeft ook met vertrouwen te maken. Als jij een cliënt goed kent, zal die ook meer aan jouw toevertrouwen.” (P8)

Het gaat er dus om dat afspraken tussen een zorgverlener en een cliënt worden nagekomen en daarnaast het durven toevertrouwen van een cliënt. Dit komt overeen met het vertrouwen op persoonlijk niveau zoals dat door medewerkers hierboven ook al gedefinieerd is. In de tweede helft van het citaat haalt de participant

ook het belang aan van het kennen van een cliënt in direct verband met het vertrouwen. Het kennen van de cliënt zal later nog verder besproken worden.

De andere participant heeft aangegeven dat vertrouwen ontstaat als cliënten het gevoel hebben dat zij krijgen waar zij recht op hebben of wat zij wensen. Individuele bejegening leidt in dit geval dus tot vertrouwen.

“En zij hebben ook weinig vertrouwen, dat is een heel basaal iets denk ik en daar ontstaat dat ook door, dat mensen het gevoel hebben dat ze aan de weg moeten timmeren om te krijgen waar ze recht op hebben of wat ze willen of wat ze nodig hebben.” (P9)

Kennen van de cliënt

Zoals onder vertrouwen al even aan bod kwam, werd het kennen van de cliënt aangehaald door een van de participanten. Het kennen van een cliënt is belangrijk zowel belangrijk voor de individuele bejegening als voor het geven van aandacht. Dit laatste verband zal later wat uitgebreider aan de orde komen. De andere participant heeft het kennen van de cliënt echter niet expliciet genoemd, maar er zijn enkele uitspraken van waaruit af te leiden is, dat het kennen van de cliënt wel belangrijk is.

“Elke keer bij elke cliënt die je voor je hebt zul je inderdaad.. anders of passend bij die cliënt reageren of iets doen.” (P9)

Dit citaat impliceert dat het van belang is om de cliënt te kennen. Je kunt je immers afvragen hoe je passend op iemand kunt reageren als je niet weet wie je voor je hebt.

Aandacht geven

Ook door deze participanten werd er veel nadruk gelegd op het belang van aandacht geven voor de ervaring van de kwaliteit van zorg van cliënten.

“Maar die aandacht is het belangrijkste naar mijn idee. Werkelijk er zijn en met aandacht je werk doen.” (P9)

De participanten geven meerdere invullingen aan aandacht. Zo is het tonen van interesse in een cliënt belangrijk. Hierbij wordt belangstelling genoemd.

“En dat er ook belangstelling is van heeft u goed geslapen vannacht?” (P8)

“En kun je checken van wat hebt u nog nodig om vandaag een goede dag te hebben als je bijvoorbeeld de ochtendzorg hebt afgerond ofzo.” (P9)

Beide participanten hechten waarde aan het doen van iets extra's, maar ook hier geven beiden een andere invulling aan. Een van de participanten heeft hierbij aangegeven dat het verrassingselement van de extra actie vanuit de zorgverlener de cliënt gelukkig maakt. Dit wordt duidelijk aan de hand van volgend citaat, waarbij de participant een antwoord geeft op de vraag wat een cliënt gelukkig maakt.

“ Als je doet wat de klant niet verwacht. Als de klant verrast is van ‘ vraag je dat aan mij?’ of ‘o wil je dat voor me doen?’. Als de klant dat ervaart doe je het goed.” (P9)

De andere participant heeft niet expliciet aangegeven dat het voor de kwaliteit van zorg van belang is dat een zorgverlener iets extra's doet voor een cliënt. De participant heeft echter wel duidelijk een aantal keer genoemd erg blij te worden als zorgverleners iets extra's doen met een cliënt en dit ook zeker te stimuleren.

Hieruit kan worden aangenomen dat ook deze participant belang hecht aan extra activiteiten van de zorgverlener naar de cliënten toe buiten de basiszorg om.

Doelen stellen

Een participanten geeft aan dat cliënten er gelukkig van worden als zij nog een doel in het leven hebben, een functie, een bepaald nut.

“Ik word heel blij als ik een doel heb, als ik een functie heb. Als ik denk van mensen hebben mij nodig en ik kan nog iets betekenen voor dezen en genen. Dat is natuurlijk als mensen hier in het verpleeghuis komen, dan vervalt dat doel ook een beetje. Het doel van nuttig zijn. Al is het maar een poes om voor te zorgen of een kanariepietje. Of kinderen die komen, waar jij iets aan kunt vertellen. Ik denk dat mensen daar wel gelukkig van worden, los van de basiszorg.” (P8)

Dit citaat impliceert dat wanneer medewerkers een doel geven aan een cliënt, dit een cliënt gelukkig maakt. Zoals ook al in het citaat te lezen is kan het gaan om hele kleine doelen. Hierbij is het van belang dat de zorgverlener een cliënt kent en op basis van die kennis een doel kan stellen. Zo kun je voorkomen dat een cliënt een doel meekrijgt van een zorgverlener waar hij/zij niet gelukkig van wordt.

4A.5 Ondersteuningsbehoeften medewerkers De Wielewaal

In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de volgende twee deelvragen behorend bij het tweede gedeelte van de vraagstelling:

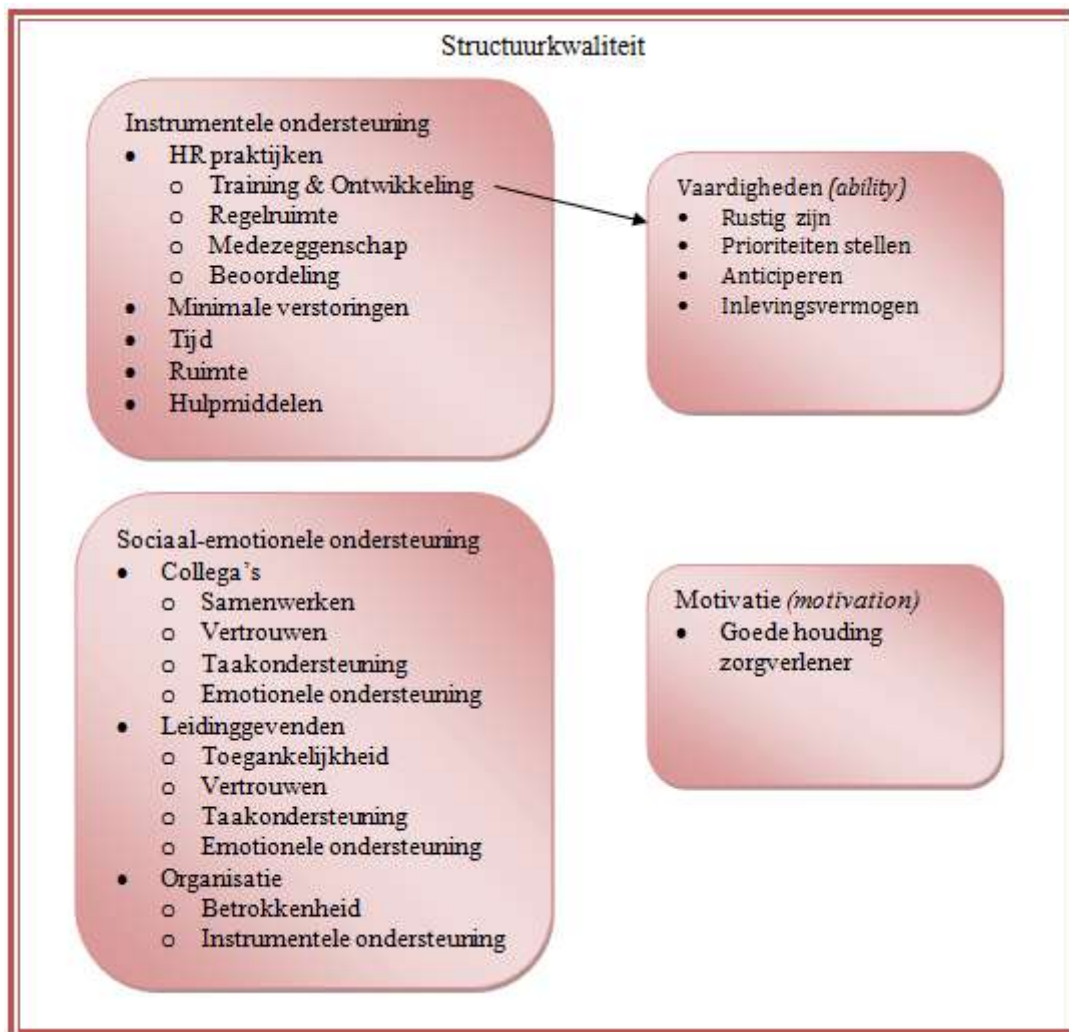
- Welke instrumentele ondersteuning hebben medewerkers nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?
- Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben medewerkers nodig van collega's, leidinggevenden en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?

Beide vormen van ondersteuning staan weergegeven in het schema hieronder (figuur 4.3). In het schema staat de term *structuurkwaliteit*; het schema is een invulling van de linkerkant van het conceptueel model zoals gepresenteerd in hoofdstuk 2. De uitgewerkte ondersteuningsbehoeften kunnen van invloed zijn op de kwaliteit van zorg.

Allereerst zal worden ingegaan op de eerste deelvraag over de instrumentele ondersteuning. Daarna zal de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoefte van medewerkers uiteen worden gezet. Hierbij zal de volgorde worden aangehouden zoals in het schema.

Meer uitleg over de manier van uitwerken van de resultaten en theoretische achtergrond met betrekking tot de ondersteuningsbehoeften is terug te vinden in de masterscriptie van Kimberley van Bijsteren.

Figuur 4.3 Ondersteuningsbehoeften medewerkers De Wielewaal



4A.5.1 Instrumentele ondersteuning medewerkers

HR praktijken

De participanten benoemen uit zichzelf geen HR praktijken wanneer zij worden gevraagd naar de behoefte aan ondersteuning. Wanneer er naar de diverse HR praktijken wordt gevraagd, blijken de behoeften van de participanten te verschillen. De HR praktijken waar in meer of mindere mate behoefte aan is bij de participanten zijn Training&Ontwikkeling, Regelruimte en Medezeggenschap.

Training & Ontwikkeling

Drie van de tien participanten hebben positief geantwoord op de vraag of zij behoefte hebben aan een cursus of opleiding. Van deze drie participanten zou er een graag een opleiding doen om te groeien en dus een hogere functie te krijgen. Bij de overige twee participanten gaat het om groei binnen het eigen vakgebied, in de breedte. Het doel hierbij is om cursussen of trainingen te volgen die kunnen bijdragen aan het beter kunnen uitvoeren van de huidige functie.

“Ik kan heel simpelweg bijvoorbeeld als zouden ze een paar lessen over ziektebeelden, om alles weer eens even omhoog te halen, dat zou ik al heel fijn vinden. Je moet leerlingen af en toe toetsen en dan denk ik hoe was het ook alweer, dat je het zelf kwijt bent.” (P12)

Zeven van de tien participanten geeft dus aan geen specifieke behoefte te hebben aan een training, cursus of opleiding. Wel is het zo dat de participanten verschillende verplichte cursussen moeten volgen. Deze cursussen hebben betrekking op het beter kunnen uitvoeren van de huidige functie. Het volgen van deze cursussen wordt door de participanten als positief en nuttig ervaren.

“We krijgen werkbegeleidingscursus, om leerlingen te begeleiden. Dat vind ik erg fijn, want wat ik merk is dat we allemaal op hele andere lijnen zitten.” (P7)

De EVV-ers hebben meer verplichte scholing dan de andere medewerkers. Zij hebben bijvoorbeeld via een cursus geleerd zich te verplaatsen in een cliënt en vanuit de cliënt te leren denken. Dat is interessante informatie, omdat het een mogelijk verschil in denkwijze tussen EVV-ers en andere medewerkers zou kunnen verklaren.

Als het gaat om loopbaanbegeleiding dan geven de participanten aan dat dit via de leidinggevende loopt en dat de leidinggevende dit ook wel stimuleert. De leidinggevende informeert bij medewerkers of zij interesse hebben om verder te groeien in hun loopbaan. Zoals uit bovenstaande blijkt is hier weinig animo voor.

“Ze hebben me al vaak geprobeerd te strikken voor het een en ander, maar nee, ik vind het prima.” (P11)

Vaardigheden

Het behandelen van vaardigheden heeft een korte uitleg. Hoewel slechts drie van de participanten heeft aangegeven behoefte te hebben aan training en ontwikkeling, worden er door de participanten wel duidelijk vaardigheden benoemd die belangrijk zijn voor het leveren van een goede kwaliteit van zorg. Hiermee kan impliciet verondersteld worden dat training en ontwikkeling op het gebied van deze vaardigheden een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg. Training en ontwikkeling kan helpen om deze vaardigheden aan te leren of te verbeteren.

Er is echter nog een reden om nader in te gaan op de vaardigheden als onderdeel van training en ontwikkeling. Zo benoemt Boselie training en ontwikkeling als een zogenaamde *ability practice* (Boselie, 2010). Hiermee bedoelt Boselie dat training en ontwikkeling op een positieve manier kan bijdragen aan de vaardigheden van medewerkers.

De vaardigheden die volgens de medewerkers belangrijk zijn om goede kwaliteit van zorg te geven zijn rustig zijn, prioriteiten kunnen stellen, kunnen anticiperen en inlevingsvermogen. Deze zullen één voor één kort worden uiteengezet.

Rustig zijn

Zoals ook al naar voren is gekomen is rust belangrijk voor de cliënten. Alle tien de participanten zijn het erover eens dat het heel belangrijk is voor de kwaliteit van zorg dat een medewerker rustig is tijdens het werk en met name tijdens de zorgmomenten. Om de rust zoveel mogelijk te kunnen waarborgen is het belangrijk dat de zorgverleners ook op stressvolle momenten rustig blijven. Participanten geven aan dat de onrust doorwerkt op de cliënten en dat de zorg beter verloopt als deze met rust wordt gegeven.

“Er zijn ook mensen die toch een stukje chaotisch zijn die niet die rust hebben. Dan merk je wel heel erg terug dat mensen het heel erg prettig vinden als het wel zo is, als je wel die rust hebt.”(P12)

“Ik heb zoiets als je gewoon met een rustige uitstraling met die mensen gaat starten, loopt het vanzelf, loopt het vloeiend.”(P5)

Prioriteiten stellen

Een tweede vaardigheid is het kunnen stellen van prioriteiten in het belang van de cliënten. Zo moet er vaak een keuze worden gemaakt welke cliënt als eerste wordt geholpen als er meerdere cliënten tegelijk iets vragen. Dit is bijvoorbeeld erg belangrijk tijdens verstoringen; op het moment dat een zorgverlener een cliënt aan het verzorgen is en deze wordt gestoord doordat een andere cliënt belt. Op zo'n moment moet een zorgverlener bepalen welke behoefte van welke cliënt meer prioriteit heeft.

“Ik vraag altijd hoever ze zijn en hoe lang het nog kan wachten. Ik vind het wel belangrijk om een bewoner eerst klaar te maken dat ze kan gaan eten enzo, dan zo te laten liggen. Prioriteiten stellen.” (P3)

Anticiperen

Het is belangrijk dat een zorgverlener bepaalde situaties kan voorzien en daarnaar handelt. Zo kan een zorgverlener wellicht een aantal verstoringen tijdens de zorg voorkomen. Volgend citaat illustreert dit:

“Je probeert het van tevoren te bedenken, sowieso al. Als je weet die leerling gaat die wassen en die heeft een katheter, dan ga je voordat je naar je eigen bewoner gaat, dan probeer je het al even te doen. Dan vraag je heb je verder nog hulp nodig en mag je alles. Daarna ga jij proberen zelf aan je bewoner te beginnen”.(P6)

Ook kan het voorzien van bepaalde situaties een direct effect hebben op de tevredenheid van cliënten. Dit heeft ook te maken met inlevingsvermogen, wat hierna aan de orde zal komen.

“Een bewoner ligt de hele nacht op 'r rechterzij, gaat de hele nacht niet op de po of niks. Dus die wil gewoon graag als eerste geholpen worden 's ochtends, kan ik me goed voorstellen, want die wil graag naar het toilet. Laat je zo iemand liggen terwijl ze alle geluiden hoort van daar zijn ze bezig en daar zijn ze bezig, dan gaat ze aan de bel hangen. Dus dat kan je voor zijn door haar als eerste te helpen. Ik denk dat je dan al veel voor bent. Dan is ze tevreden. Anders is ze het eerste uur al overstuur. Je kunt het je ook voorstellen, dus daar ben je voor om haar gewoon als eerste te helpen.” (P5)

Dit citaat maakt duidelijk dat het vooraf inspelen op de behoefte van een cliënt kan bijdragen aan het ervaren van kwaliteit van zorg van deze cliënt.

Inlevingsvermogen.

Drie van de tien participanten spraken in meer directe zin over het belang van inlevingsvermogen om kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

“Wij hebben echt erin gedruild gekregen dat je uit moet gaan van de bewoner, zoals van jezelf. Ga zelf eens op dat bed liggen en bedenk het zelf eens. Iedereen kan wel verzinnen dat als je uit wil gaan van de bewoner, je in die bewoner moet stappen van ik lig in dat bed en ik bel, wat doet het met mij als ik 10 minuten moet wachten op een bel. En dan denk ik met name 's nachts. Als ik naar de wc moet 's nachts, dan doe ik m'n ogen open dan denk ik o ik moet plassen. Dan loop ik naar de wc met m'n slaapdrongen kop en dan ga ik weer liggen en slaap ik verder. Maar 1 minuut wachten in de nacht is gewoon hartstikke lang. Wordt maar eens wakker 's nachts en bedenk maar eens ik moet nu 1 minuut wachten voor er een zuster komt zodat ik naar de wc kan lopen. Hoe gek wordt je dan. Als je 2 minuten op de klok gaat lopen te kijken van.. waar blijft ze nou.. mag ik al..”(P10)

Andere participanten zijn zich ook wel bewust van het belang van inlevingsvermogen. Dit kun je merken doordat er veel wordt gesproken met zinnen zoals volgend citaat.

“Je moet zelf maar eens zo liggen. Half gewassen en dan weggaan. Soort in de steek gelaten denk ik dat je je dan voelt.”(P3)

Regelruimte

De participanten ervaren niet veel regelruimte. Binnen de zorg zijn er veel wetten, regels en protocollen waar de zorgverleners zich aan moeten houden. Daarnaast wordt er gewerkt naar de zorgvraag van de cliënten. Onder de medewerkers zijn het de EVV-ers die de meeste regelruimte hebben. Zij leggen immers in overleg met de cliënt de zorgafspraken vast. De overige medewerkers moeten deze uitvoeren. Hoewel de participanten niet het gevoel hebben dat zij veel kunnen beslissen over de werkzaamheden, ervaren zij wel nog enige speelruimte om de dingen op een eigen manier te doen.

“Dat is ook je werk om je te laten leiden door dingen die moeten en de dingen die de cliënten vragen. En natuurlijk kies je wel op het moment dat je tijd over hebt of je bij die mevrouw gaat zitten of met die meneer een spelletje doet. Dat is op zich wel je eigen speelruimte die je zelf indeelt. En van hoe zullen we het doen met eten. Dat zijn niet vastgelegde dingen. Dus een beetje, maar voldoende verder.” (P11)

Hoewel de participanten aangeven dat zij het fijn vinden om wat eigen speelruimte te hebben, geeft een participant aan dat het team niet teveel vrijheid moet hebben.

“Ik moet wel een zekere zin van vrijheid hebben inderdaad. Maar wat ik ook wel merk is dat wij heel erg de behoefte hebben aan regels. Omdat iedereen zijn eigen naad naait. (P7)”

Medezeggenschap

Wanneer er met de participanten wordt gesproken over medezeggenschap, gaat dit om medezeggenschap binnen de eigen locatie en/of afdeling. Met name de EVV-ers hebben een rol als het gaat om medezeggenschap. Zij stellen het zorgplan op samen met de cliënt en hebben hierdoor “met zijn tweeën een behoorlijke stempel op de afdeling denk ik”, aldus een van de EVV-ers. Hierbij gaat het om medezeggenschap binnen de eigen locatie.

Ook de andere zorgverleners bevestigen dit. Als het gaat om iets dat direct met de cliënten te maken heeft, wordt het opgenomen met de EVV-er.

“Dat gaat meestal via de EVV-ers dan. Zij pakken dat op naar de leidinggevende toe. Dat gaat zo steeds een stapje hoger.”(P6)

Uit bovenstaand citaat blijkt dat medewerkers een hiërarchisch idee van medezeggenschap hebben. Zolang het gaat om kleine dingetjes op de afdeling vinden zij het nog wel belangrijk om een stem te hebben. Er is onder de medewerkers dan ook geen behoefte aan een stem buiten de eigen afdeling. Zoals ook duidelijk zal worden bij het behandelen van de sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften denken de medewerkers dan ook niet veel verder dan de eigen afdeling.

Beoordeling

Medewerkers van De Wielewaal hebben ieder jaar een functioneringsgesprek met de leidinggevende. In dit gesprek kunnen verschillende dingen aan de orde komen, maar natuurlijk speelt het functioneren van de medewerker er een rol in. Het functioneringsgesprek wordt niet als heel serieus ervaren door de participanten, maar meer als gewoon een gesprekje over hoe de dingen gaan. Participanten vinden dit wel fijn. Wanneer er wordt gevraagd naar de behoefte aan een meer serieuze beoordelingssystematiek waarbij ook gewerkt wordt met persoonlijke leerdoelen, zijn de participanten verdeeld. Aan de ene kant zijn er participanten die het wel als prettig zouden ervaren als duidelijk naar voren zou komen wat wel en niet goed is en om daaraan te werken.

“Van mijn zouden mensen, of leidinggevende in dit geval... zou ik het heel prettig vinden om, heel zwart wit, te zeggen waar ik goed in ben en waar ik niet goed ben, in andermans ogen. Dat zou ik heel graag willen weten. Ik zou die behoefte wel hebben. Zou ik prima vinden.”(P12)

Aan de andere kant zijn er participanten die dat niet nodig lijken. Deze groep geeft aan dat als er iets niet goed gaat, ze dat vanzelf wel te horen krijgen.

“Ik denk dan dat is alleen nodig bij probleemgevallen. Ik denk altijd zo, als het niet goed is dan hoor ik het wel. (...)Voor mijn gevoel is het niet nodig, maar misschien omdat wij het niet gewend zijn. Als je inderdaad echt zo voelt dat je iets anders zou willen doen of beter kun je misschien zelf de controle wel houden.. vind het wel prima zo.” (P7)

Het minimaliseren van verstoringen

Verstoringen in de zorg zijn de momenten waarop een zorgverlener tijdens de zorg wordt verstoord in zijn of haar werk. Deze verstoringen worden doorgaans veroorzaakt door een aantal situaties die tijdens de zorg plaatsvinden. De meest voorkomende verstoringen worden veroorzaakt door het misgrijpen op producten die nodig zijn tijdens de zorg, het binnenlopen van andere collega's met vragen, het bellen van andere bewoners (pieper gaat af) en tijdens sluiting van de receptie het gaan van de telefoon. Deze verstoringen hebben tot gevolg dat de aandacht van een zorgverlener in meer of mindere mate wordt afgeleid van de cliënt en de zorg naar deze cliënt. Aandacht is, zoals hierboven beschreven, een belangrijk aspect van de proceskwaliteit. Verstoringen zijn volgens alle participanten te allen tijde vervelend voor een cliënt. De effecten zijn afhankelijk van het type verstoringen, de duur van de verstoring en het aantal verstoringen tijdens het zorgmoment. Cliënten worden er onrustig van, ontevreden en soms zelfs verdrietig. Het is dus belangrijk voor de kwaliteit van zorg om de verstoringen te minimaliseren. Met de participanten is er gesproken over de mogelijkheden om de grootste oorzaken van verstoringen te minimaliseren.

De verstoringen die voortkomen uit het misgrijpen op bepaalde producten kunnen het gemakkelijkst worden voorkomen. Met producten wordt hierbij bedoeld op producten die nodig zijn om zorg te kunnen leveren, zoals handdoeken, toiletpapier of wondverzorging. Bij het misgrijpen als verstoring gaat het er bijvoorbeeld om dat een zorgverlener een cliënt aan het douchen is en er blijken geen handdoeken in de badkamer voorradig te zijn. Op zo'n moment moet een zorgverlener de badkamer uit en 'van de zorg af', zoals dat genoemd wordt, om het betreffende product elders te gaan halen. De oplossing is simpel:

“Je moet van tevoren zorgen dat je het hebt. Je pakt je spullen eerst bij het bed en als het goed is hoef je er dan even niet vanaf. Dat gun je die mensen dan ook. Het is niet leuk als je 100 keer weg moet lopen voor een zelfje en voor dit en dat. (...) Daar moet je voor waken.”(P6)

Het is dus belangrijk om voor aanvang van het zorgmoment na te gaan of alle benodigde producten aanwezig zijn. Dit houdt ook verband met de eerder genoemde vaardigheid om te kunnen anticiperen op bepaalde situaties; in dit geval het anticiperen op een verstoring van het zorgmoment door misgrijpen.

Collega's die binnen lopen met vragen veroorzaken ook verstoringen in de zorg. Een participant heeft aangegeven dat zij het aangeeft aan haar collega's als zij niet gestoord wil worden tijdens de zorg. Enkele participanten gaven aan dat dit een jaar geleden een kleiner probleem was, omdat er destijds nog gewerkt werd met gekleurde lichtjes (rood voor bezet) aan de buitenkant van de kamers. Zo kon je aan de buitenkant zien als er binnen iemand werd verzorgd.

“Een jaar geleden hadden wij nog lichtjes op de deuren, dat ze wisten dat je bezig was. Dat is nu ook niet. Het is heel, heel hinderlijk dat iemand zomaar binnen komt stormen. En ik doe het ook, maar het hoort niet. (...) Het zou een idee zijn gewoon die lichtjes weer, dat ze weten dat je bezig bent en anders bellen ze maar.”(P2)

Noemenswaardig hierbij is dat zorgverleners niveau 3 en EVV-ers hier het meeste last van hebben. Dit komt omdat zij alle voorkomende handelingen mogen verrichten. Dit is niet zo bij een ander niveau zorgverlener of een leerling. Deze mogen niet alle voorkomende handeling uitvoeren, zoals medicatie geven of een katheterzakje vervangen. Hiervoor moeten zij de hulp van een zorgverlener niveau 3 of EVV-er inschakelen.

Ook hebben de participanten een idee hoe de verstoringen door het bellen van cliënten met zorgvragen kan worden verminderd. Bij het bellen van cliënten gaat het om de 'alarmknop' die cliënten kunnen gebruiken als zij een (zorg)vraag hebben. Meestal gaat het om zogenaamde WC-bellen, ofwel een cliënt die belt omdat hij/zij naar het toilet moet. De bellen komen uit bij de zorgverleners en veroorzaken zo verstoringen. Enkele participanten opperden het idee om tijdens bepaalde perioden een zorgverlener 'uit de zorg te zetten' om 'bellen te lopen'. Hiermee wordt bedoeld dat een zorgverlener gedurende een periode niet meedraait in de dagelijkse geplande zorg (zoals opstaan en naar bed gaan), maar dat deze de korte zorgvragen en WC-bellen afhandelt. Gevolg hiervan is wel dat er dus een persoon minder 'in de zorg is' en dat de overige zorgverleners dus meer cliënten moeten verzorgen.

“Meestal begint het om 9.15 a 9.3 uur. Dat weet je gewoon. Als je dan één iemand gewoon uit de zorg zet, dus niet meer wassen maar puur voor de bellen en opruimen tussendoor, kan mij 't schelen, dan kan iedereen gewoon doorwassen. Want het is natuurlijk o zo.. o bel.. lopen... hè loop jij ook.. Als je gewoon één iemand aanwijst van 9.15 tot 10.00 uur en die dat laat doen.”(P7)

Tijdens de observaties is het opgevallen dat de verstoringen een negatief effect hebben op de cliënten. Zo kwam het bijvoorbeeld een keer voor dat een zorgverlener een cliënt aan het helpen was met het aandoen van de pyjama. Deze cliënt heeft een halfzijdige verlamming en zat half ontbloot in de rolstoel, terwijl de zorgverlener bezig was om de pyjama aan te doen. Vervolgens werd de zorgverlener gebeld door een collega en deze nam onmiddellijk de telefoon op. Het gesprek nam even in beslag. De cliënt werd onrustig en ging proberen om zelf de pyjama verder aan te doen. De zorgverlener gaf hier verder geen aandacht aan. Het lukt de cliënt niet om de pyjama verder aan te doen, waardoor zij met een ontbloot bovenlichaam moest wachten tot de zorgverlener klaar was met bellen. Toen de zorgverlener verder ging met de zorg sprak de cliënt nog de frustratie uit dat zij het graag zelf wel zou willen doen, maar het niet meer kan. De verstoring had dus duidelijke een erg negatief effect op het geluk van de cliënt.

Opvallend en noemenswaardig hierbij is dat wanneer tijdens de interviews werd gevraagd naar wat die extra kwaliteit is, er nauwelijks werd gesproken over de verstoringen, of beter gezegd de afwezigheid

hiervan. Op de vraag om een ideaal of een slecht zorgmoment te omschrijven refereerden vijf van de participanten direct naar de verstoringen. Hierbij werd een ideaal zorgmoment beschreven als een moment waarop een zorgverlener niet gestoord wordt. Een slecht zorgmoment werd beschreven als een moment waarop een zorgverlener van de zorg ‘af moet’, ofwel tijdens de zorg de cliënt alleen achter laten (citaten respectievelijk).

“Een zorgmoment waarbij je ongestoord denk ik je gang kan gaan, dat is een ideaalbeeld. Niet eraf hoeven voor bellen zie ik als ideaalbeeld. Dat je van het begin tot het eind iemand kan verzorgen, kan helpen, tot de eetzaal toe.”(P12)

“Dat zou kunnen zijn als je veel weggeroepen wordt. Ik sta daar en er gebeuren een aantal dingen, ik moet weg en moet iemand toedekken terwijl die in z’n hemd ligt. Dat zijn vervelende dingen. Ja, dat je niet de twintig minuten, half uur echt voor iemand helemaal er bent.”(P6)

Tijd

Tijd is een essentiële voorwaarde om kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Om de cliënten voldoende aandacht te kunnen geven en de wensen te kunnen vervullen, zoals hierboven uitgelegd, is voldoende tijd nodig. Tijd hangt nauw samen met personele bezetting. Dit is natuurlijk ook logisch; hoe meer personeel aanwezig is, des te meer tijd er onder de cliënten te verdelen is. Een gebrek aan tijd heeft een direct gevolg voor de ervaring van de kwaliteit van zorg van de cliënt. Een gebrek aan tijd hangt dus samen met een gebrek aan personeel. Ook hebben twee van de participanten aangegeven dat cliënten zoveel moeten wachten en dat dat slecht is voor de kwaliteit. Tijdens de observaties is mij wel opgevallen dat sommige cliënten wel klagen over het wachten. Hier wordt door de zorgverleners verder weinig mee gedaan en het wordt vaak meer afgedaan met uitspraken in de trant van ‘ik kan niet iedereen tegelijk helpen’.

“Vaak is het zo dat doe ik dadelijk. Ze moeten best veel wachten. Naar mijn gevoel accepteren ze dat, omdat ze misschien denken ik heb geen keus. Wil je mijn bloeddruk meten, ja dadelijk. Je bent altijd met duizend dingen bezig. Net als vandaag ben ik de enige verzorgende die alle handelingen mag doen. Die pillen, dokter, bloeddruk.. dat is op zich prima, maar als je met z’n tweeën bent en een bewoner vraagt iets dan kun je nog tegen die ander zeggen ‘hè kun jij dat effe doen?’. Denk dat dat het verschil maakt.”(P7)

Ruimte

De ruimte bestaat uit de fysieke omgeving en de sfeer. Deze twee aspecten kunnen in positieve mate bijdragen aan het leveren van kwaliteit van zorg door de zorgverleners. Daarom kunnen de fysieke ruimte en de sfeer ondersteunend zijn aan de zorgverleners.

Fysieke omgeving

De fysieke omgeving als onderdeel van de ruimte kent ook een aantal aspecten. Allereerst gaat het om de ruimte in de brede zin van het woord; hoeveel fysieke ruimte is er beschikbaar om de gewenste zorg te leveren? Uit de interviews is naar voren gekomen dat ruimte erg belangrijk is. De nadrukkelijkheid hierop zal zijn voortgekomen uit het feit dat de verpleegafdeling van De Wielewaal beperkt is in haar ruimte. Enkele voorbeelden die uit de observaties te benoemen zijn, zijn kleine kamers, toiletten en badkamers. Hierdoor is het lastig om in een ruimte met bijvoorbeeld een rolstoel en tillift of badbrancard te functioneren. Ook volle gangen waar liften en rolstoelen staan; er is geen bergruimte voor dergelijke zaken. Waskarren worden bij gebrek aan bergruimte gestald in de badkamers. Het argument dat de ruimte bij De Wielewaal eigenlijk te klein is, kan dus zeker onderbouwd worden vanuit de observaties. De participanten zijn redelijk tevreden over de huidige inrichting van de ruimte, onder de huidige omstandigheden.

“We hebben keurige kasten waar alles ligt. Maar nu hebben we die deuren gekregen voor de gesloten afdeling. Daarachter is de kast van de katheterzakken en de blaasvloeistof. Nu moet je de hele tijd daarheen

om de spullen de te halen. Nu hebben we wel een deel op van die karretjes in de gang. Dat is een tijdelijke oplossing. Maar op zich zijn de kasten netjes en staat alles waar het moet.” (P7)

De participanten zijn allen minder te spreken over de kamers van de cliënten. Er zijn zowel één- als tweepersoonskamers, maar beide typen kamers zijn klein. Daarnaast is het zo dat er in deze kamers een bed, nachtkastje, tafel en stoel van het huis aanwezig is. Ook is er een vaste kastruimte en wasbak in de kamers aanwezig. Hierdoor is de ruimte, zoals al even aangegeven, te klein om met veel middelen goed te kunnen functioneren.

“Het is toch die geijkte tafel, een stoel. Als ze dan zelf in een rolstoel zitten en je moet daar ook nog met een tillift in en uit, dan kan je je kont soms niet keren. Want de kamertjes zijn klein, maar als je iemand op een badbrancard moet leggen.. en een rolstoel en een tillift... ja daar heb je geen ruimte voor.”(P4)

Een ander nadeel van de beperkte ruimte wat door de participanten is genoemd is dat niet alle cliënten een eigen kamer hebben en dat cliënten nauwelijks tot geen eigen spullen kunnen meenemen. Dit heeft negatieve gevolgen voor de privacy van de cliënten. Het is belangrijk voor cliënten om een eigen plekje te hebben, zodat zij nog iets van zichzelf hebben. Participanten geven aan dat cliënten wel een eigen plekje opeisen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de huiskamers. Als cliënten daar eenmaal een eigen plek hebben, houden zij daar streng aan vast.

“Ik zou het vreselijk vinden als ik met twee op een kamer zou liggen met een nachtkastje met een mandje erop waar spullen inzitten die wij nodig hebben hè, met zalfjes en gaasjes die wel voor de bewoner wordt gebruikt, maar wat eigenlijk ons mandje is. Weer een stukje weg van hun. Kledingkast is zo 'n stukje en daar moet alle kleding ingestopt worden, hebben ze een paar lege plankjes dan liggen er incomatten in, alles is vol. (...) Dan denk ik jaa, triest. En dan komen er nieuwe mensen en die zet je op een plekje en dan snap ik dat mensen heel gefixeerd zijn van dit is mijn plekje. En dan wordt er gezegd nee.. dat is niet van u dat plekje maar van iedereen, maar ik kan het me wel voorstellen; ‘dit wil ik als mijn plekje’.” (P12)

De privacy van cliënten die op een tweepersoonskamer wonen is het minste. Veel zorgmomenten, zoals het wassen en aankleden, gebeurt op de kamer. Hetgeen de twee cliënten dan van elkaar scheidt is een gordijntje. Van privacy is hier dus nauwelijks sprake. De meeste participanten geven aan dat cliënten met een tweepersoonskamer hier vooral tijdens het begin van hun verblijf moeite mee hebben. Als cliënten eraan gewend zijn, lijken ze het vaak ‘wel best’ te vinden. Je kunt je hierbij afvragen of dit daadwerkelijk zo is of dat hier sprake is van een soort acceptatie uit onmacht.

Opvallend is dat er door geen van de participanten is gesproken over hygiëne. Mijn ervaring bij de observaties is echter dat de hygiëne niet optimaal is. Dit geldt, voor zover het blote oog kan waarnemen, met name voor de toiletten, badkamers en spoelruimte.

Sfeer

De sfeer op de afdeling is belangrijk voor de cliënten. Participanten gaven allen aan dat de sfeer op de afdeling doorwerkt op de cliënten, zowel in positieve zin als in negatieve zin. Twee onderstaande citaten bevestigen dit.

“En de sfeer is gewoon belangrijk. Als er een gezellige, vriendelijke sfeer hangt, dan zie je de mensen ook gewoon genieten.”(P5)

“Dat voelen ze volgens mij echt aan. Als het onrustig is of weinig personeel, is iedereen gehaast. De mensen blijven dan ook allemaal bellen, soms voor hele kleine dingen. Ik denk dat het heel belangrijk is. Ze voelen het gewoon aan als het onrustig is of als er iets is.”(P3)

Zoals ook blijkt uit bovenstaand citaat is rust ook belangrijk in de sfeer. Ook enkele andere participanten hebben aangegeven dat cliënten meer aandacht lijken te vragen als de sfeer onrustig is. Het mag wel gezellig zijn, maar rustig in de zin van niet gehaast, relax.

“Maar zo in de huiskamer is juist een beetje leven in brouwerij ook wel eens gewenst. Maar die gehaastheid is heel vervelend voor de mensen.” (P11)

De zorgverleners hebben hier een sleutelrol. Een gezellige, vrolijke positieve en rustige houding van de zorgverleners die aanwezig zijn op de afdeling werkt bevorderend voor de sfeer. Onder het kopje ‘Motivatie’ zal deze houding van de zorgverleners uitgebreider aan bod komen.

Door enkele participanten werd genoemd dat het onderling praten in de openbare ruimten over cliënten een negatief effect heeft op de sfeer.

“Geen collega’s die op de gang over cliënten en collega’s praten wat de cliënt kan horen. Dat brengt de sfeer niet ten goede. Gebeurt wel. Is iets wat je moet mijden, mag gewoon niet.”(P1)

De sfeer wordt ook gedeeltelijk bepaald door de inrichting van de fysieke ruimte. Op praktisch gebied is deze hierboven al aan de orde gekomen. Als het gaat om sfeer zijn andere aspecten van de fysieke ruimte van belang, zoals de aankleding van de ruimte. Bij initiatieven om dit te verbeteren stuit men echter vaak op praktische bezwaren.

“In de zilvermeeuw zou het eerst zover komen dat de tafels gedekt gingen worden, heel leuk, heel gezellig, maar de mensen hebben zoveel op die tafel staan. Dat is de enige plek waar zij spulletjes kwijt kunnen, ze hebben niet een kastje in de huiskamer waar ze spulletjes kwijt kunnen. Dus toen hebben we dat wel aangekaart, want dat is alles wat ze hebben; een vierkante meter waar hun spulletjes op staan. Tuurlijk is het gezelliger als een tafel wordt gedekt met een kleedje..” (P12)

Ook voor de verdere aankleding en inrichting zijn er praktische bezwaren tegen bijvoorbeeld gezelligere meubels. Doordat de meeste cliënten in een (elektrische) rolstoel zitten, is het toch van belang dat de ruimte vooral praktisch is ingericht. Het zou dan leuk zijn om bijvoorbeeld een leuke zithoek te maken, maar dit zou ten koste van het comfort gaan.

Hulpmiddelen

Alle participanten hebben aangegeven dat het heel belangrijk is dat alle benodigde hulpmiddelen aanwezig zijn, voorradig zijn en functioneren. Het scala aan hulpmiddelen dat nodig is, is heel breed en niet relevant om allemaal te benoemen. Om een indruk te geven een aantal voorbeelden; po’s, handdoeken, lakens, glijzijen, tilliften, douchestoelen, wondverzorging, rolstoelen, katheterzakken, zeep, washandjes, en ga zo maar door. Dit vormt de basis om zorg te leveren en is dus ook belangrijk voor kwaliteit van zorg. Belangrijk is ook dat hulpmiddelen het daadwerkelijk ‘doen’. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om liften; daar moeten goede accu’s bijzitten.

“Het is heel belangrijk om heel degelijk materiaal te hebben om mee te kunnen werken.” (P12)

Tevens hebben alle participanten aangegeven dat zij buiten deze hulpmiddelen die nodig zijn voor debasiszorg, geen extra hulpmiddelen nodig hebben om te kunnen voldoen aan de kwaliteit van zorg die centraal staat in dit onderzoek.

Iets wat interessant is om even apart aan te halen zijn de zorgplannen, ook wel zorgdossiers genoemd. Hierin staat heel veel informatie over de cliënt. De huidige zorgafspraken staan hierin, hierin wordt dagelijks over de cliënten gerapporteerd, maar ook is er informatie te vinden over het verleden van een cliënt. Juist dit stukje is wel erg belangrijk in relatie tot dit onderzoek. Zo biedt het zorgdossier een

beginstukje om in gesprek te gaan met cliënten en deze te leren kennen. Ook is het belangrijk voor de individuele behandeling, omdat er in het zorgplan precies staat aangegeven hoe de zorg aan de betreffende persoon geleverd dient te worden.

“Heel fijn. Je kan iemand helemaal verzorgen. Alles is goed aangepast, al is het maar een kleine verandering. Kijk je werkt al zoveel jaar in de zorg, je weet hoe je iemand moet wassen, maat er staat wel in hoe of wat. En wat ze elke dag doen enzo, of ze naar de douche moeten of naar de fysio gaan.”(P3)

4A.5.2 Sociaal-emotionele ondersteuning medewerkers

Organisatie

Medewerkers hebben weinig behoefte aan ondersteuning van de organisatie / BrabantZorg. Dit zal gedeeltelijk zo zijn omdat De Wielewaal pas sinds 1 januari 2011 officieel een onderdeel is van BrabantZorg. Hiervoor was De Wielewaal onderdeel van een organisatie waar alle participanten slechte ervaringen mee hebben. Alle participanten zien de komst bij BrabantZorg zeker als een vooruitgang en zien ook positieve veranderingen.

“Ik vind dat hun heel erg in beweging zijn naar ons toe. Het leeft. Ik heb erg het gevoel dat er beweging in zit. Op allerlei opzichten vind ik wel hoor. De scholing, de bijeenkomsten, die ook echt wel verplicht zijn, de attenties die wij krijgen. Ja ik vind dat er meer respect is, dan ooit is geweest. Ik heb een goed gevoel erover, omdat het gewoon beweegt. Je merkt dat er iets aan de gang is, het ligt niet stil, ze willen vooruit.” (P12)

Een andere reden waarom de participanten weinig behoefte hebben aan ondersteuning van de organisatie / BrabantZorg, is dat de meesten niet verder kijken dan de eigen afdeling.

“Ik denk nooit verder dan de afdeling eigenlijk... Ik ken die mensen niet. Het gaat gewoon goed zo op dit niveau, op de afdeling. En dan denk ik, ik heb jullie niet nodig, maar zij zijn natuurlijk het aanstuur.. tuurlijk hebben we ze nodig, maar voor mijn gevoel niet..”(P7)

Slechts vier participanten hebben direct een behoefte aan ondersteuning vanaf organisatieniveau genoemd. Twee van de participanten noemden extra personeel en twee noemden andere ruimte, zodat cliënten in ieder geval allemaal een éénpersoonskamer kunnen krijgen.

Indirect kan gesteld worden dat participanten een behoefte hebben aan een bepaalde mate van betrokkenheid. Aan de ene kant dat de organisatie betrokken is bij de locaties en de medewerkers. Aan de andere kant dat de medewerkers betrokken worden bij de organisatie. Bij dit laatste speelt informatieve ondersteuning een rol. Betrokkenheid zijn de participanten van de vorige organisatie niet gewend en zij benoemen de betrokkenheid van BrabantZorg allen als positief. Daaruit wil ik afleiden dat er een impliciete behoefte is aan wederzijdse betrokkenheid bij BrabantZorg.

Leidinggevende

Toegankelijkheid

Een van de belangrijkste dingen in de ondersteuning van de leidinggevende aan de medewerkers is toegankelijkheid. Hiermee wordt bedoeld dat medewerkers het belangrijk vinden dat ze altijd met van alles bij hun leidinggevende terecht kunnen.

“Dat je altijd bij haar binnen kan lopen, als er iets is of... je kan altijd naar haar toe.”(P3)

Vertrouwen

Met vertrouwen als ondersteuning van de leidinggevende bedoelen de participanten twee verschillende dingen. Aan de ene kant het vertrouwen van de leidinggevende in hen. Zo vinden een aantal van de participanten het belangrijk dat de leidinggevende achter hen staat. Aan de andere kant is het ook belangrijk dat de participanten de leidinggevende vertrouwen. Dit vergoot ook de toegankelijkheid zoals hierboven beschreven.

“Ze is toch je leidinggevende en zij moet je toch het stukje vertrouwen kunnen geven. Als er iets dat je bij haar terecht kunt.” (P5)

Taakondersteuning

De eerder genoemde toegankelijkheid geldt onder andere voor taakondersteuning. Als een zorgverlener graag advies wil over hoe iets aan te pakken, dan is de leidinggevende daarvoor de aangewezen persoon.

“Ook leiding en steun als je ergens onzeker over bent dat je naar haar durft te gaan en het aan durft te geven, durft te vragen. Als je ergens mee zit, dat je het aan kan geven. Goh wat moet ik ermee, heb je een advies, kom er even niet uit. Naast de gewone dingen die je zelf kan doen, even net dat schepje daarboven.” (P6)

Het teamoverleg kan ook een vorm van taakondersteuning vanuit leidinggevende genoemd worden. Volgens de participant organiseert de leidinggevende drie à vier keer per jaar een werkoverleg, die verplicht is voor het hele team (voor zover het werk dat toe laat). Tijdens deze overleggen worden allerlei onderwerpen besproken. De participanten zijn het er allemaal over eens dat de werkoverleggen erg nuttig zijn. Aangezien het gehele team bijna nooit bij elkaar zit en sommige collega's elkaar soms weken niet zien, is het belang om deze overleggen te organiseren groot. Dit helpt het team ook meer op een lijn te zitten en het is prettig om ervaringen met elkaar te delen.

“..Nou ik werk heel veel uur, dan loop je toch vaker tegen dingen aan, of tegen collega's of tegen zorgvragers. Dat je ook wel eens van een ander wil horen hoe ze dat doen.” (P2)

Emotionele ondersteuning

Ook wat betreft de emotionele ondersteuning is toegankelijkheid belangrijk. Hoewel de meeste participanten eerst emotionele ondersteuning bij de collega's zullen zoeken, wordt de leidinggevende ook beschouwd als iemand bij wie emotionele ondersteuning kan worden gevonden.

“Als het voor mijn gevoel niet lekker draait, of met mijzelf of met de afdeling, dan trek ik bij de leidinggevende aan de bel. Meestal is het ook gewoon effevan me af praten en dan is het weer oké.” (P10)

Collega's

Uit de interviews is heel duidelijk geworden dat de participanten de steun van collega's het belangrijkste vinden. Participanten hebben het gevoel dat ze het voornamelijk met het team moeten doen.

“Ik heb het gevoel dat het team op de afdeling het toch zelf meer helemaal voor elkaar krijgt, dan door de leidinggevende.” (P4)

Samenwerken

Er zijn een aantal aspecten te benoemen die met name belangrijk zijn als het gaat om ondersteuning van collega's. Allereerst vinden alle participanten het heel belangrijk om goed samen te werken. Je doet samen het werk en bent samen verantwoordelijk voor een groep cliënten. Je kunt daarin niet zonder elkaar. Overleggen / communicatie is volgens de participanten erg belangrijk voor goede samenwerking.

“Dus dat communiceren met elkaar is wel heel belangrijk. (...) Ja en je kunt niet met alle collega’s even goed overweg. We zijn allemaal verschillende mensen. Maar over het cliëntengebeuren moeten we allemaal hetzelfde nastreven, op één lijn proberen te zitten. Jij moet niet iets doen en dat een ander het weer anders gaat doen. Dat zou alleen maar kromme tenen geven denk ik. Dat kan niet.” (P4)

Ook eerlijkheid is volgens de participanten belangrijk in de samenwerking. Dit moet wederzijds zijn.

Vertrouwen

Ook hier kent vertrouwen meerdere kanten. Zo vinden participanten het belangrijk dat zij in elkaars deskundigheid kunnen vertrouwen. Op het moment dat een zorgverlener een taak uit handen geeft, is het belangrijk dat zij weet dat het ook goed gedaan wordt.

“Vertrouwen hebben in elkaar dat je gewoon elkaar helpt als het nodig is, niet de kantjes ervan afloopt, gewoon goede zorg levert. Ook dat bewoners met respect behandeld worden. Dat je daar vertrouwen hebt met elkaar en mekaar aan durft te spreken als je vindt dat het anders had gemoeten.(...) Dat vertrouwen moet je wel hebben. En als ze mij een hele poos niet gezien hebben, dan hoop ik dat ze er vertrouwen in hebben dat ik ergens weggeroepen ben of in ieder geval dat ik gewoon druk met mijn werk bezig ben.” (P11)

Taakondersteuning

Participanten vinden het belangrijk om elkaar in het werk te ondersteunen. Zo kan het voorkomen dat een zorgverlener een taak wil overdragen aan een andere zorgverlener. Zoals hierboven al gesteld zijn de participanten immers van mening dat zij het werk als team moeten doen. Wat ook van belang is bij taakondersteuning dat is dat men elkaar binnen het team feedback geeft.

“Ik heb altijd zoiets van zeg het maar gewoon met collega’s onderling; heb ik het goed gedaan, heb ik het niet goed gedaan. Ik heb het liefste dat je direct naar mij persoonlijk toekomt. Niet dat het mondsgevijs via via gaat, want dan kun je er samen iets aan doen. En als ik zelf iets niet snap of wat ook, dan ga ik het gewoon vragen. Of als ze bepaalde termen gebruiken dan zeg ik dat is allemaal leuk en aardig, maar leg mij nou eens uit wat je daar allemaal mee bedoelt.” (P5)

Emotionele ondersteuning

De meeste participanten geven aan dat als zij steun zoeken bij collega’s als zij ergens mee zitten. Dit kan zowel werk gerelateerd zijn als privé.

“Klaar staan voor elkaar, er voor elkaar zijn ook... begrip hebben voor elkaar als er iets is met de een of ander thuis. (P6)”

Motivatie

Het behandelen van motivatie behoeft een korte uitleg. Hieraan ligt de aanname ten grondslag dat zowel instrumentele als sociaal-emotionele ondersteuning leiden tot motivatie. Een vorm van instrumentele ondersteuning zijn de HR praktijken. Een voorbeeld van een HR praktijk is een beloningenbeleid. Wanneer een medewerker bijvoorbeeld beloond wordt, zal deze zich gewaardeerd voelen. De onderzoeker heeft aangenomen dat dit gevoel van waardering leidt tot motivatie en dat gemotiveerde medewerkers hun werk beter zullen uitvoeren. Een voorbeeld van sociaal-emotionele ondersteuning is emotionele ondersteuning. Door emotionele ondersteuning hebben medewerkers bijvoorbeeld het gevoel er niet alleen voor te staan. De onderzoeker heeft aangenomen dat deze vorm van ondersteuning een positief effect heeft op de motivatie van een medewerker. Motivatie is dus geen vorm van ondersteuning, maar kan wel beïnvloed worden door verschillende manieren van ondersteuning. Motivatie heeft wel een effect op de manier waarop medewerkers hun werk doen en heeft dus een effect op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt

door de medewerkers. Het kan dus worden beschouwd als een tussenschakel tussen ondersteuningsbehoefte en het leveren van kwaliteit van zorg. Dat is de reden dat motivatie wel is opgenomen in het schema en ook in het kort zal worden uitgewerkt.

Goede houding zorgverlener

Door vier participanten is genoemd dat een positieve, gezellige houding van de zorgverleners bepalend is voor de sfeer. Zoals hierboven is gesteld werkt de sfeer door op de cliënten. Zo worden de cliënten vrolijk van een gezellige sfeer. Er is dus een indirect verband tussen de gemoedstoestand van een zorgverlener en die van een cliënt. Een positieve en gezellige houding draagt op deze manier dus bij aan de tevredenheid van een cliënt. Onderstaande citaten geven een antwoord op de vraag wat belangrijk is om een goede sfeer te krijgen op de afdeling:

“Gewoon altijd vriendelijk zijn. Ik kom 's ochtends met een glimlach binnen en ik ga met een glimlach naar huis. Altijd. Ik probeer altijd de positieve zin erin te houden. En als ik dan bij een collega aan de uitdrukking wel eens zien van oehhh... die heb niet zo een lekkere dag vandaag. En dan zeg ik 'alles goed vrouwke? Kom we gaan er lekker tegenaan!' Ik probeer ze wel een beetje mee te krijgen.”(P5)

“Gezelligheid vooral, zelf ook uitstralen. Dat kan nog wel eens heel verschillend zijn, of je alleen je werk loopt te doen of dat je er ook echt plezier in hebt zeg maar.” (P11)

Deze citaten illustreren dat de houding van de zorgverlener belangrijk is voor de sfeer. Als iemand erg gemotiveerd is om zijn of haar werk te doen, dan zal dat zich uiten in een positieve houding. Daarom kan een positieve instelling als een teken van motivatie gezien worden.

4A.6 Ondersteuningsbehoeften leidinggevenden De Wielewaal

In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de volgende twee deelvragen behorend bij het tweede gedeelte van de vraagstelling:

- *Welke instrumentele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?*
- *Welke sociaal-emotionele ondersteuning hebben leidinggevenden nodig van het hoger management en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen leveren?*

Ook deze ondersteuningsbehoeften zijn weergegeven in een schema (figuur 4.4). De uiteenzetting van de resultaten zal op dezelfde manier gaan als bij de ondersteuningsbehoeften van de medewerkers.

Figuur 4.4 Ondersteuningsbehoefte leidinggevend en De Wielewaal



4A.6.1 Instrumentele ondersteuning leidinggevend en

HR praktijken

Regelruimte

Beide participanten hebben behoefte aan autonomie in hun werk en geven aan minder plezier te hebben in het werk wanneer deze ruimte er niet zou zijn. BrabantZorg biedt hen ook de mogelijkheid tot autonomie. Opvallend is dat beide participanten veel waarde hechten aan autonomie, omdat ze beiden willen vormgeven aan de eigen interesses.

“Ik vind dat heel plezierig, dat ik initiatieven kan ontplooiën, omdat ik ze leuk vind, omdat ze bij mij horen.” (P9)

“Heb een hele duidelijk kijk op PG zorg en dat vind ik ontzettend leuk, dus dan moet ik daar ook mijn ding in kwijt.” (P8)

Training & Ontwikkeling

Een van de participanten geeft duidelijk aan behoefte te hebben aan loopbaanbegeleiding en verder te willen groeien binnen de organisatie. Hierbij is er de behoefte dat dit gestimuleerd wordt door de eigen leidinggevende. Dit zou kunnen worden vormgegeven door een opleiding, maar ook mogelijke initiatieven vanuit BrabantZorg worden geopperd.

“Ja, dat je bijvoorbeeld vanuit de academie krijgt of als je die wens hebt aangegeven, dan zou het bijvoorbeeld een mooie gelegenheid zijn als er een soort van traineeship komt. Dat je hand in hand.. of dat je aan iemand gekoppeld wordt, een soort begeleidingstraject.” (P8)

De andere participant heeft zelf geen behoefte aangegeven als het gaat om training en ontwikkeling, maar onderstreept wel dat het belangrijk is dat de organisatie daarin faciliteert en dat medewerker ook een behoefte hieraan zouden moeten hebben.

Ondersteunende diensten / specialisaties

De participanten hebben beide aangegeven dat zij ondersteuning vinden bij de ondersteunende diensten en specialisaties van BrabantZorg. Wanneer er een vraag is op een bepaald gebied of behoefte aan een sparringpartner, dan wordt contact gezocht met de betreffende dienst/specialisatie.

4A.6.2 Sociaal-emotionele ondersteuning leidinggevenden

Taakondersteuning

De participanten hebben aangegeven vooral behoefte te hebben aan taakondersteuning. Hierbij gaat het niet zozeer om ondersteuning bij het uitvoeren van taken, maar meer om inhoudelijke invulling te geven aan taken. Deze taakondersteuning wordt een stapje hoger in de organisatie gezocht. Zo biedt BrabantZorg tools aan aan locatiemanagers om vorm te geven aan de drie kernwaarden die centraal staan binnen de organisatie; aandacht, keuze & gemak. De teammanager verwacht taakondersteuning van de locatiemanager om vorm te geven aan taken en verwacht daarbij ook feedback. Het gaat hierbij om het inhoudelijk vormgeven van bepaalde doelen.

“Wat willen we nou met het team? Dat zit veel meer in de zachte dingen die moeilijker te meten zijn. (...) Maar hoe gaan ze nou dat zachte, en dat is niet misschien niet zacht maar ik noem het zo, hoe gaan ze nou dat zachte wegzetten. Daar zou ik graag ondersteuning in willen hebben.” (P8)

Advies / coaching

Opvallend is dat beide participanten een stukje advies/coaching als ondersteuning zoeken bij gelijkwaardige collega's (in dezelfde functie) binnen BrabantZorg. Beiden geven aan het prettig te vinden om te 'sparren' bij moeilijke onderwerpen. Zo worden er op verschillende niveaus overleggen georganiseerd waarbij ideeën en ervaringen worden gedeeld en/of zaken worden afgestemd.

“Dan zoek ik toch wel erg de teammanagers van BrabantZorg op of de eigen teammanagers. (...) Ik zou het bijvoorbeeld ook leuk vinden om eens een uitwisselingstraject te doen. Dat je eens ergens anders gaat kijken, een aantal dagen of weken. Van hoe organiseren ze dat daar nou. Dat je erg van elkaar leert binnen een organisatie. Daar kun je best veel halen.” (P8)

“Ik voel me gefaciliteerd doordat er op mijn niveau overleggen zijn waar we gezamenlijk afstemmen”. (P9)

4B. Resultaten indicatoren BrabantZorg

4B.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal het eerste gedeelte van de vraagstelling worden beantwoord voor de twee verschillende locaties van BrabantZorg, locatie De Wielewaal en locatie Katwijk. Op deze manier is het mogelijk om een wat meer organisatiebrede indruk te krijgen van de indicatoren voor kwaliteit van zorg, zoals benoemd door medewerkers en leidinggevendenden binnen BrabantZorg. Hiervoor zal ik de betreffende resultaten van de casestudie van De Wielewaal samenvoegen met de betreffende resultaten van de casestudie van Kimberley van Bijsteren van locatie Katwijk. Voor meer informatie over de locatie Katwijk en de resultaten van de bijbehorende casestudie, verwijs ik u naar de masterscriptie van Kimberley van Bijsteren. Belangrijk om aan te halen is dat de nadruk bij de casestudie van Kimberley van Bijsteren op de PG cliënten lag en in mindere mate op de somatische cliënten en cliënten van het zorghuis. Dit verschil is onder andere het gevolg van een verschil in inrichting in beide locaties.

Voor het weergeven van de resultaten van de synthese wordt op dezelfde manier te werk gegaan als bij de behandeling van de resultaten van de casestudie, namelijk aan de hand van de eerder geformuleerde deelvragen. Hierbij zal ook aandacht worden besteed aan een onderscheid op niveaus per indicator. De opzet van het beantwoorden van deze deelvragen zal echter anders zijn. Om niet te veel in herhaling te vallen, zal niet opnieuw een complete uiteenzetting van de verschillende indicatoren worden gegeven, maar per onderdeel zullen de overeenkomsten en verschillen worden benoemd. Deze overeenkomsten en verschillen zijn ook terug te vinden in het schema bij figuur 4.5. De overeenkomsten zullen kort aan bod komen. De verschillen verdienen meer aandacht. Het is van belang deze te benoemen en te proberen om een verklaring te vinden voor deze verschillen. Waarom lijkt een bepaalde indicator wel kwaliteit van zorg te bepalen in de ene instelling, maar niet in de andere? Om een antwoord te vinden op deze vraag, zal met name gebruik worden gemaakt van eigen inzicht, dat met name is opgedaan tijdens de observaties.

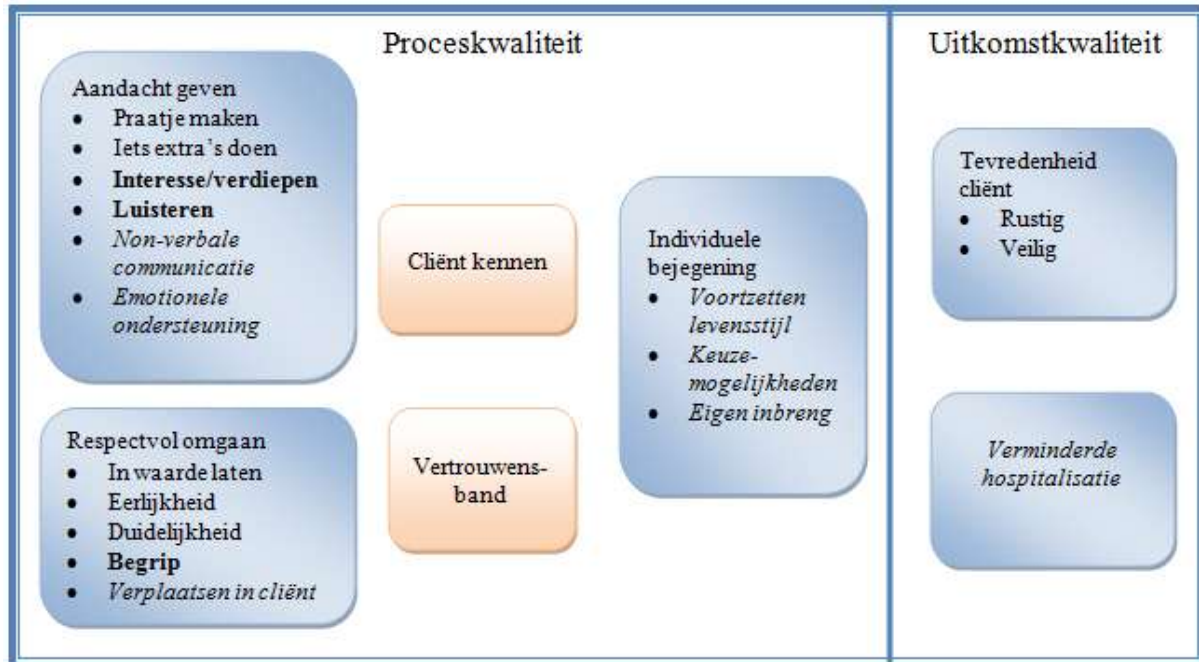
Hier en daar zullen de bevindingen worden onderbouwd met citaten. De citaten uit de casestudie van De Wielewaal zijn te herkennen aan de 'P' achter het citaat. De citaten uit de resultaten van de casestudie van Katwijk van Kimberley van Bijsteren zijn te herkennen aan de 'R' achter het citaat. Daarnaast wordt er ook geciteerd uit de beschrijving van de resultaten zoals door Kimberley van Bijsteren weergegeven (2011). Hierbij zal gerefereerd worden naar Van Bijsteren, 2011, maar zonder het noemen van paginanummers. Dit komt omdat de juiste paginanummering tijdens het schrijven van dit stuk nog niet bekend was.

4B.2 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers BrabantZorg

In deze paragraaf worden de resultaten van de twee casestudies samengevoegd die antwoord geven op de volgende deelvraag: *Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens medewerkers van BrabantZorg?*

In figuur 4.5 zijn de resultaten van De Wielewaal en Katwijk in een schema weergegeven. Daarin staan zowel de overeenkomsten als de verschillen (indicatoren alleen benoemd bij een van de locaties). Per indicator zullen de grootste verschillen worden benoemd en wordt geprobeerd een verklaring te vinden voor deze verschillen. Net zoals bij de uiteenzetting van de indicatoren in hoofdstuk 4A zal het schema van rechts naar links behandeld worden.

Figuur 4.5 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers BrabantZorg



* verschil; wel in De Wielewaal, niet in Katwijk

** verschil; wel in Katwijk, niet in De Wielewaal

4B.2.1 Uitkomstkwaliteit

Tevredenheid cliënt

Bij beide locaties is een gewenste uitkomst van kwaliteit van zorg een (meer) tevreden cliënt. Er is hier echter ook een verschil te benoemen en dat is dat er in Katwijk meer expliciet wordt ingegaan op een rustige cliënt als uitkomstkwaliteit en de veiligheid van een cliënt als uitkomstkwaliteit. Bij de casestudie van De Wielewaalstudie zijn deze aspecten ook beide genoemd, maar als onderdeel van tevreden cliënt benoemd. In de resultaten van Katwijk hebben deze uitkomsten een eigen plek binnen het schema. Als compromis zijn ze daarom in figuur 4.5 expliciet neergezet als onderdeel van de tevredenheid.

Verminderde hospitalisatie

Een gewenste uitkomst die in Katwijk belangrijk wordt gevonden voor de kwaliteit van zorg is verminderde hospitalisatie. Hiermee wordt bedoeld dat bepaalde routines en structuren op de automatische piloot worden afgewerkt. Het gaat dus niet om de hospitalisatie van de cliënten, maar van de medewerkers.

“Routines en structuren worden pas hospitalisatie als structuren en routines niet voordelig werken voor de cliënt, maar alleen voor de medewerkers.” (Van Bijsteren, 2011)

Hoewel de verminderde hospitalisatie niet is opgenomen in het schema van de resultaten van De Wielewaal (figuur 4.1), speelt hospitalisatie van het personeel daar ook een rol. Volgend citaat illustreert dit:

“Weet je, we doen alles zo op de automatische piloot, maar je kunt zeggen dat de mensen gehospitaliseerd zijn, wij zijn het ook.” (P7)

Een voorbeeld hiervan wat bij Katwijk genoemd is en wat door de onderzoeker is gezien tijdens de observaties in De Wielewaal, is dat nodige spullen voor het wassen en aankleden vaak een dag van tevoren worden klaargezet. Zo worden in de De Wielewaal de dag van tevoren de waskommen en handdoeken voor

de volgende dag in de gang klaargezet. Dit is praktisch voor de zorgverleners, maar het staat niet erg gezellig. Daarnaast gaat het klaarzetten van deze spullen op dat moment ten koste van aandacht die aan een cliënt had kunnen worden besteed.

Dus ondanks dat verminderde hospitalisatie niet direct naar voren is gekomen bij de resultaten van De Wielewaal, kan wel onderbouwd worden dat deze uitkomstkwaliteit ook daar een gewenste uitkomst zou zijn.

4B.2.2 Proceskwaliteit

Individuele bejegening

Binnen beide casestudies wordt individuele bejegening als een belangrijke indicator voor kwaliteit van zorg beschouwd. Het verschil is dat in Katwijk de individuele bejegening drie expliciete aspecten kent, namelijk het voortzetten van de levensstijl, keuzemogelijkheden en de mate van eigen inbreng. Deze aspecten zullen één voor één kort worden uitgelegd.

Met het voortzetten van de levensstijl wordt in Katwijk bedoeld op het voortzetten van gewoontes, rituelen en routines die cliënten ook hadden voordat zij in Katwijk kwamen wonen. Het is belangrijk om hier oog voor te hebben en hier rekening mee te houden bij de bejegening van een cliënt.

Met keuzemogelijkheden wordt bedoeld dat medewerkers van Katwijk aangeven dat het belangrijk is dat cliënten iets te kiezen hebben. Dat kan gaan over wat een cliënt op brood wil of over hoe laat een cliënt naar bed wil. Noemenswaardig hierbij met betrekking tot de PG cliënten is dat zij in een verder stadium van de dementie minder goed in staat zijn om keuzes te maken. Dit heeft te maken met het ziektebeeld. Hierbij kun je een cliënt nog wel keuzemogelijkheden geven, maar het is belangrijk om deze te beperken. Dit wordt geïllustreerd door onderstaand citaat:

“(…) 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 vindt, maar gewoon drie dingen laten zien, kaas en twee verschillende soorten vleeswaren, laat ze een keuzen maken.” (R8)

Ook de mate van eigen inbreng wordt in de casestudie van Katwijk genoemd als aspect van individuele bejegening. Met de mate van eigen inbreng wordt zelfredzaamheid bedoeld. De medewerkers van Katwijk vinden het belangrijk dat cliënten zoveel mogelijk blijven doen wat zij nog kunnen. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om het wassen van het gezicht of het smeren van de eigen boterhammen.

De drie genoemde aspecten zijn voor de individuele bejegening in De Wielewaal niet benoemd. De nadruk ligt daar meer op het voldoen aan de wensen van de cliënt. De drie genoemde aspecten zijn in de interviews bij De Wielewaal hier en daar ook wel aan de orde gekomen, maar niet direct gekoppeld aan de individuele bejegening. Wat betreft het voortzetten van de levensstijl kan een cliënt zelf aangeven als hij of zij wenst dat iets wordt voortgezet. De keuzevrijheid is eigenlijk niet ter sprake gekomen tijdens de interviews. Wel is tijdens de observaties opgevallen dat cliënten veel te kiezen hebben. Zo mogen zij bijvoorbeeld kiezen wat zij willen eten en welke kleding zij aan hebben. Mogelijk is dit tijdens de interviews niet als zodanig benoemd omdat dit als logisch wordt beschouwd. De somatische cliënt kan immers duidelijk aangeven wat hij/zij wel of niet wil. Over de mate van eigen inbreng zijn de meningen onder de participanten van De Wielewaal enigszins verdeeld. In principe wordt zelfredzaamheid gestimuleerd. Aan de andere kant wordt aangegeven dat cliënten er soms gelukkiger van worden wanneer wel bepaalde dingen worden overgenomen door zorgverleners die zij zelf nog kunnen. Dan is het lastig wat te doen en het zal verschillen per zorgverlener wat er dan gebeurt. Ook dit is duidelijk geworden tijdens de observaties. Zo neemt de ene zorgverlener dingen gemakkelijk over, terwijl een ander volhoudt dat een cliënt zelf nog iets moet doen als hij of zij dit nog kan.

“Brood smeren vind ik als ze dat nog kunnen dan hoef je dat niet over te nemen, dat vind ik prima. Maar bewoners hebben zelf vaak al vrij snel door dat als wij het doen het veel sneller gaat en het veel schoner wordt en... daar zit ook nog wel eens een crux. Want als we het druk hebben nemen we een wasbeurt wel over en als we het niet zo druk hebben dan mag die zelf poedelen, want dan kunnen we erbij gaan staan kijken of het allemaal goed gaat. Dat is wel dubbel. Aan de ene kant heb ik zoiets er is al zoveel van die bewoner afgenomen, als hij/zij er gelukkig van wordt als wij die wasbeurt overnemen, waarom dan niet? Dus daar sta ik wel heel dubbel in.” (P10)

Mogelijk komen de genoemde verschillen voort uit de verschillen in groepen cliënten; omdat bij de casestudie van Katwijk de nadruk meer ligt op de PG cliënt en bij de casestudie van De Wielewaal op de somatische cliënt. Somatische cliënten kunnen gewoon aangeven wat zij willen, wat de wensen zijn en volgens de participanten moet daar zoveel mogelijk aan worden voldaan voor goede kwaliteit van zorg. Het voldoen aan de wensen impliceert dat een cliënt keuzemogelijkheden heeft (ook als het gaat om het voortzetten van de eigen levensstijl) en een mate van eigen inbreng. Voor de PG cliënten voldoet het niet om individuele bejegening te omschrijven als het voldoen aan de persoonlijke wensen, omdat deze groep cliënten daar geen uitdrukking aan kan geven. Dit heeft te maken met het ziektebeeld, zoals ook al eerder aan de orde is gekomen.

Vertrouwensband

Ook de vertrouwensband wordt bij beide casestudies als belangrijk aspect van kwaliteit van zorg genoemd, maar de invulling daarvan is verschillend.

Zo worden bij locatie Katwijk herkenning, dingen voor elkaar krijgen en een veilig gevoel omschreven als invulling van vertrouwen. Met herkenning wordt bedoeld dat cliënten een zorgverlener herkennen omdat ze die al vaker hebben gezien. Dat geeft de cliënten vertrouwen.

“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 een bekende voor ze” (R8)

Dit aspect is bij de casestudie van De Wielewaal aan bod gekomen bij het kennen van de cliënt. Hierbij is met behulp van een citaat beschreven dat cliënten liever niet worden geholpen door nieuwe medewerkers, maar het fijn vinden om door medewerkers geholpen te worden die zij kennen. Reden hiervan is dat een zorgverlener in dat geval ook de cliënt kent en weet hoe de cliënt verzorgd moet en wil worden. Het aspect herkenning is dus sowieso belangrijk, maar krijgt in beide casestudies een andere plek. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het verschil in groepen cliënt. Een somatische cliënt vindt herkenning van een zorgverlener fijn, omdat de cliënt dan weet dat de zorgverlener weet wat zij moet doen. Bij de PG cliënten werkt het niet zo, omdat deze cliënten vaak zelf niet eens weten wat er gedaan moet worden. Daarbij wekt het herkennen vertrouwen op, zodat de cliënten de zorgverleners toelaten. Dit houdt verband met het tweede aspect van vertrouwen bij Katwijk, namelijk het voor elkaar krijgen van dingen. Wanneer je iemand vertrouwt, neem je sneller iets van iemand aan. Dat is heel menselijk. Het gaat er bij het dingen voor elkaar krijgen vooral om dat cliënten makkelijk dingen toelaten van een zorgverlener als zij deze kennen. Het volgende citaat illustreert dit.

“Een voorbeeld met ontlasting, iemand heeft een ongelukje gehad en je moet dat verschonen en ze vertrouwen je niet, dan krijgt je dat niet voor elkaar. (...) En als ze jou vertrouwen is het een poep en een scheet en het is zo gedaan. (...) ..., als ze jou vertrouwt, dan gaat ze gewoon met je mee.” (R13)

Daarnaast ligt de nadruk bij het vertrouwen bij Katwijk heel erg op de vertrouwensband. Bij De Wielewaal is die vertrouwensband wel als zodanig aangehaald, maar niet met nadruk.

Een overeenkomst kan worden gevonden in wat in dit rapport vertrouwen op persoonlijk vlak is genoemd en in het rapport van Kimberley van Bijsteren een veilig gevoel bij de cliënt. Dit veilig gevoel kan ook gekoppeld worden aan het vertrouwen in de deskundigheid zoals eerder is omschreven.

Het is opvallend dat de invulling van het begrip vertrouwen zo verschilt in beide casestudies. De invulling die bij de locatie Katwijk is gegeven, lijkt meer de effecten van de vertrouwensband te beschrijven. Dit kan te maken hebben met de niveauverschillen tussen de locaties. Het lijkt alsof de medewerkers van Katwijk op een wat ander niveau denken dan de medewerkers van De Wielewaal, omdat zij meer ingaan op waarom dat vertrouwen nou zo belangrijk is. Bij De Wielewaal wordt door de medewerkers meer gesproken over wat dat vertrouwen inhoudt of hoe dat tot stand komt en denken hierbij minder aan de directe gevolgen voor de cliënt.

Cliënt kennen

Het kennen van de cliënt wordt door medewerkers van beide locaties als belangrijk voor de kwaliteit van zorg beschouwd. De betekenis die hieraan is gegeven in beide casestudies komt ook nagenoeg overeen. Het enige verschil wat te ontdekken is, is dat de herkenning zoals door Kimberley van Bijsteren bij de vertrouwensband is genoemd, bij de casestudie van De Wielewaal onder dit aspect naar voren is gekomen. Dit verschil is hierboven bij vertrouwensband al uitgelegd.

Respectvol omgaan / tonen versus in waarde laten cliënt

Hoewel in dit rapport deze indicator respectvol omgaan is genoemd en in het rapport van Kimberley van Bijsteren in de waarde laten cliënt, zijn er veel overeenkomsten in de invulling van de indicator. In beide uiteenzettingen komen duidelijkheid en eerlijkheid aan de orde. In Katwijk wordt eerlijkheid verbonden met het nakomen van afspraken, wat in dit rapport benoemd is bij vertrouwen. Eerlijkheid bij de Wielewaal krijgt verder geen nadere inhoudelijke betekenis, maar is er wat onenigheid over of je altijd eerlijk moet zijn of niet. Zo is het bij de PG cliënten niet goed om eerlijk te zijn en is het van belang om mee te gaan in de belevingswereld van de cliënt. In de waarde laten en respectvol omgaan komen ook in beide casestudies aan de orde. Een verschil is dat ook begrip expliciet aan de orde kwam in De Wielewaal en dat in Katwijk expliciet werd gesproken over het verplaatsen in een cliënt. Deze laatste is in dit rapport uitgewerkt als een *ability* van de medewerkers bij de vraag over de ondersteuningsbehoefte. Begrip en het verplaatsen in een cliënt liggen wel dicht bij elkaar. Om oprecht begrip te kunnen hebben voor de cliënten is het van belang dat je je als zorgverlener ook kunt verplaatsen in een cliënt.

Aandacht geven

Ook aandacht geven wordt in beide casestudies als belangrijke indicator voor kwaliteit van zorg uiteengezet. Hierbij is het opvallend dat de inhoudelijke betekenissen nagenoeg hetzelfde zijn, maar de indeling, de manier waarop het gepresenteerd is, verschilt. Zo is bij de casestudie bij De Wielewaal bij aandacht een onderscheid gemaakt in manieren waarop een zorgverlener aandacht kan geven aan een cliënt, namelijk een praatje maken, interesse tonen, luisteren en iets extra's doen. Kimberley van Bijsteren heeft bij aandacht een onderscheid gemaakt naar het moment waarop aandacht kan worden gegeven, namelijk tijdens de zorg en naast (buiten) de zorg.

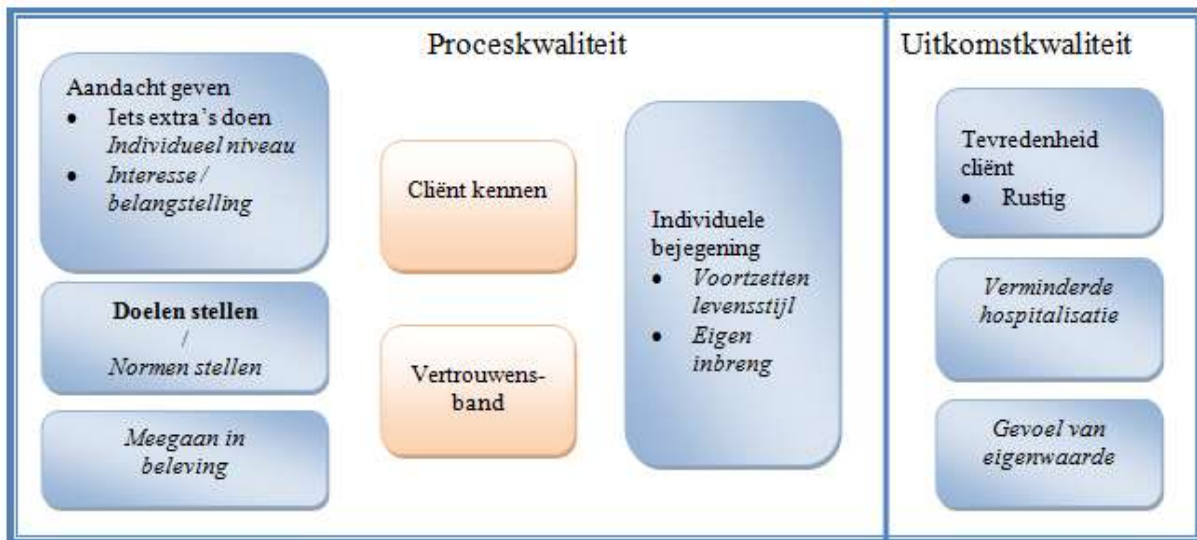
4B.3 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens leidinggevenden BrabantZorg

In deze paragraaf zullen de resultaten van de twee casestudies worden samengevoegd die antwoord geven op de volgende deelvraag: *Welke indicatoren van kwaliteit van zorg worden door de cliënt belangrijk gevonden volgens leidinggevenden van BrabantZorg?*

In figuur 4.6 zijn de resultaten van De Wielewaal en Katwijk in een schema weergegeven. Daarin staan zowel de overeenkomsten als de verschillen (indicatoren alleen benoemd bij een van de locaties). Per indicator zullen de grootste verschillen benoemd worden en zal geprobeerd worden om een verklaring te

vinden voor deze verschillen. Net zoals bij de uiteenzetting van de indicatoren in hoofdstuk 4A zal het schema van rechts naar links behandeld worden.

Figuur 4.6 Indicatoren kwaliteit van zorg volgens medewerkers BrabantZorg



4B.3.1 Uitkomstkwaliteit

Tevredenheid cliënt

Bij de locatie Katwijk is de tevredenheid niet als zodanig benoemd, maar lag de focus op rustige cliënt. De focus zal voortkomen uit de doelgroep de PG cliënt, voor wie rust als belangrijker wordt beschouwd dan voor de somatische cliënt. Bij de casestudie van De Wielewaal is dit beschouwd als een onderdeel van tevredenheid. Verder komt de invulling van tevredenheid en rustige cliënt overeen met de definities zoals die hiervoor al zijn gegeven.

Verminderde hospitalisatie

Dit aspect van uitkomstkwaliteit is bij de medewerkers van Katwijk al duidelijk naar voren gekomen. Het gaat erom dat medewerkers gehospitaliseerd zijn en op de automatische piloot werken. Dit wordt door de leidinggevenden als negatief bestempeld:

“Ik denk dat we sowieso moeten proberen om zo min mogelijk dingen standaard te maken.”(R2)

Ook de participanten van de casestudie bij De Wielewaal hebben beide aangegeven dat de medewerkers gehospitaliseerd zijn en bestempelen dit als negatief. Omdat het tijdens de interviews verder geen belangrijke rol speelde, is het niet opgenomen bij de uitkomstkwaliteit van De Wielewaal.

Gevoel van eigenwaarde

Gevoel van eigenwaarde als aspect van uitkomstkwaliteit is niet benoemd door de participanten van De Wielewaal. Het wordt door een van de leidinggevende van Katwijk echter als heel belangrijk beschouwd.

“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 leven.”(Van Bijsteren, 2011)

Dit gevoel van eigenwaarde kun je creëren door als zorgverlener eisen te stellen aan cliënten. Dit wordt verder behandeld onder de proceskwaliteit.

4B.3.2 Proceskwaliteit

Individuele bejegening

In beide locaties wordt de nadruk gelegd op het belang van de individuele bejegening voor de kwaliteit van zorg. Hier wordt hetzelfde bedoeld als in de voorgaande stukken waar aandacht is besteed aan de individuele bejegening; mensen zijn allemaal verschillend en dienen daarnaar behandeld te worden.

Het voortzetten van de levensstijl wordt door de leidinggevenden van Katwijk benoemd als belangrijk binnen de individuele bejegening; een cliënt moet activiteiten kunnen voortzetten die hij/zij altijd deed of had. Dit punt werd ook aangehaald door een van de participanten van De Wielewaal.

Ook wordt de mate van eigen inbreng belangrijk geacht door leidinggevenden als het gaat om de individuele bejegening. Hiermee bedoelen zij hetzelfde als de medewerkers. Zelfredzaamheid van de cliënt is hierin dus belangrijk. Ook een van de leidinggevenden van De Wielewaal heeft aangegeven dat het belangrijk is om cliënten zelf te laten doen wat zij nog kunnen, alleen werd dit niet in verband gebracht met de individuele bejegening.

“Dat die bewoner.. afhankelijk van de zorg die er is, stel dat ie zelf nog iets kan, dat de dingen die hij zelf nog kan dat hij die ook nog doet.”(P8)

Vertrouwensband

Vertrouwen wordt ook door de leidinggevenden van Katwijk, net als door de medewerkers, gekoppeld aan herkenning van zorgverleners door cliënten. Dit zal wederom te maken hebben met de doelgroep. Daarnaast komt de invulling van vertrouwen door leidinggevenden van de locaties overeen en gaat het met name om het stukje veiligheid / vertrouwen op persoonlijk vlak, zoals ook al eerder is uitgelegd.

Cliënt kennen

Het kennen van de cliënt wordt in beide locaties belangrijk geacht. Het gaat erom dat een zorgverlener iets van de achtergrond van cliënten weten. Dit is nodig voor de kwaliteit van zorg en een voorwaarde om een cliënt op de juiste manier individueel te kunnen bejegenen.

Bij Katwijk wordt onder het kennen van de cliënt ook het herkennen van non-verbale communicatie van een cliënt bedoeld. Dit hangt wederom samen met de focus op de PG cliënt, die door het ziektebeeld vaak niet in staat is om op een verbale manier uiting te geven aan wat hij/zij wil.

Aandacht geven

Ook het belang van aandacht geven wordt door de leidinggevenden van beide locaties aangehaald als belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Binnen Katwijk wordt hierbij bedoeld dat het belangrijk is om aandacht te geven door iets extra's voor of met de cliënt te doen op individueel niveau. Bij De Wielewaal is ook het belang van het extra's doen aangehaald, maar niet expliciet op het individu. Dit kan echter wel worden afgeleid uit de ideeën van een van de participanten, die aangaf dat het belangrijk is dat een cliënt zich verrast voelt omdat een zorgverlener iets speciaal voor hem/haar heeft gedaan.

Het belang van interesse / belangstelling tonen in een cliënt bij aandacht geven werd alleen aangehaald door de leidinggevenden van De Wielewaal. Hierbij kan het bijvoorbeeld al gaan om iets kleins als 'heeft u goed geslapen?'.
.

Doelen stellen / normen stellen

Het belang van het stellen van normen werd door een van de leidinggevenden van Katwijk aangehaald om het gevoel van eigenwaarde te vergroten of creëren. Hiermee bedoelt de leidinggevende dat je best

eisen kunt stellen aan mensen van acties die zij moeten ondernemen, zodat zij zich nog nuttig voelen voor de omgeving. Dit komt overeen met de idee van een van de leidinggevendenden van De Wielewaal die aangaf dat mensen er gelukkig van worden als zij nog een doel hebben, als zij nog iets betekenen voor dezen en genen.

Meegaan in beleving

Leidinggevendenden van locatie Katwijk hebben meegaan in de beleving genoemd als belangrijk voor kwaliteit van zorg. Dit heeft betrekking op de zorg voor de PG cliënt en dat zal ook de reden zijn dat deze indicator niet is meegenomen in het model van De Wielewaal. Zoals ik al eerder uitgelegd heb is het voor het welzijn van de PG cliënt belangrijk dat een zorgverlener (zover mogelijk) meegaat in de belevingswereld van een cliënt. Wanneer een zorgverlener dit niet doet, zal dat een negatief effect op de cliënt hebben.

4B.4 Niveaus kwaliteit van zorg BrabantZorg

In deze paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de volgende twee deelvragen behorende bij de eerste vraagstelling van het onderzoek:

- *Wat is een hoog niveau van kwaliteit van zorg (beschreven aan de hand van de bij vraag één gevonden indicatoren)?*
- *Wat is een laag niveau van kwaliteit van zorg (beschreven aan de hand van de bij vraag één gevonden indicatoren)?*

Zoals in de inleiding is uitgelegd, gaat het bij het uiteindelijk meetinstrument om het meten van de kwaliteit van zorg waarbij de focus ligt op de interactie en bejegening. Interactie en bejegening kunnen beschouwd worden als handelingen of gedragingen. Om deze handelingen of gedragingen ‘meetbaar’ te maken is het belangrijk om een indruk te hebben van niveauverschillen; wat is goed en wat is minder goed? Het is belangrijk om ‘meetbaar maken’ te nuanceren; het aan de hand van de niveauverschillen is het mogelijk om een indruk te krijgen van het huidige niveau. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een hoog niveau of een gemiddeld niveau. De niveauverschillen duiden eigenlijk twee tegenpolen aan; aan de ene kant een voorbeeld van een situatie waarbij de kwaliteit van zorg op het betreffende aspect erg hoog is; aan de andere kant een tegengesteld voorbeeld waarbij de kwaliteit van zorg op het betreffende aspect erg laag is. Hiertussen zitten nog vele mogelijkheden. De niveauverschillen bieden een hulpmiddel aan de gebruiker van het instrument om een indruk te krijgen van de kwaliteit van de zorg op de verschillende indicatoren, in het bijzonder de aspecten die binnen deze indicatoren vallen. Van hieruit lijkt de term ‘tool’ meer op zijn plaats dan de term meetinstrument. Daarom zal er verder in dit rapport gesproken worden over een kwalitatieve tool in plaats van een kwalitatief meetinstrument.

Per indicator worden aan verschillende aspecten (zoals uitgelegd in de voorgaande paragrafen) niveaus toegekend. Deze niveaus zijn als volgt tot stand gebracht. Door de onderzoeker is per aspect van de indicatoren een duidelijk voorbeeld vanuit de casestudie gehaald van een hoog niveau of van een lager niveau. Door hier vervolgens per aspect een tegenovergesteld voorbeeld van een minder laag of hoog niveau bij te beredeneren, is de indeling in de niveaus door de onderzoeker tot stand gekomen.

In bovenstaande schema's en uiteenzettingen wordt meer genoemd dan alleen de aspecten die de interactie en bejegening als onderdeel van kwaliteit van zorg beschrijven. Zo is ook de uitkomstkwaliteit uiteengezet, zodat het meetinstrument als een logisch conceptueel model voor kwaliteit van zorg kan worden beschouwd. Ook zijn vertrouwensband en cliënt kennen genoemd en uitgelegd. Dit zijn echter geen vormen van interactie of bejegening en geen gedragingen of handelingen. Wel kunnen vertrouwensband en cliënt kennen worden beschouwd als de gevolgen van interactie en bejegening op langere termijn. Tevens kunnen de begrippen beschouwd worden al tussenschakels of voorwaarden voor goed interactie en bejegening. Dit maakt dat beide begrippen belangrijk zijn in het model. De uitleg van deze aspecten als onderdeel van kwaliteit van zorg is belangrijk om de kwaliteit van zorg en de effecten daarvan in zijn geheel te kunnen zien. Voor de niveaus is het echter van belang om slechts in te gaan op de indicatoren die

de interactie en bejegening beschrijven en dus echt gaan over de manier waarop de zorg verleend wordt (functionele kwaliteit/proceskwaliteit).

De indicatoren die interactie of bejegening omschrijven en die aan de hand van niveauverschillen 'meetbaar' zijn gemaakt, zijn *aandacht geven*, *respectvol omgaan* en *individueel bejegenen*. Deze drie indicatoren zijn zowel tijdens de brainstormsessies, als tijdens de observaties, als tijdens de interviews in beide casestudies uitgebreid aan bod gekomen.

In overleg tussen de beide onderzoekers is besloten om *doelen stellen* hierin niet langer mee te nemen. Ten eerste omdat de eerste drie genoemde indicatoren binnen beide casestudies veel meer aandacht kregen dan het stellen van doelen. Ten tweede omdat het stellen van doelen een erg individuele aangelegenheid is, wat ook kan worden beschouwd als individuele bejegening. Wanneer een zorgverlener een cliënt goed kent, dan weet de zorgverlener wel of een cliënt gelukkig wordt als hij/zij een doel heeft en wat voor een doel dat dan zou moeten zijn. Ook het *meegaan in de beleving* is in overleg bij de niveauverschillen, en dus bij de uiteindelijke tool, buiten beschouwing gelaten. Deze indicator komt wel terug bij het aspect eerlijkheid bij PG van de indicator respectvol omgaan.

Aandacht geven

	Goed / hogere kwaliteit van zorg	Slecht / lagere 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 doen met een cliënt wat diegene leuk vindt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een wandeling maken, een spelletje doen of gewoon even gezellig kletsen met een kop koffie.	Een zorgverlener die zich strikt houdt aan de zorgafspraken zoals deze omschreven staan in het zorgplan en daarbuiten niks doet voor de cliënten.
Interesse/verdiepen	Een zorgverlener die zowel tijdens als buiten de zorg vragen aan een 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 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.

Respectvol omgaan

	Goed / hogere kwaliteit van zorg	Slecht / lagere 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. Een 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 die zich bemoeit met de manier waarop een cliënt zijn of haar kamer inricht (indien deze inrichting geen grote storende factor is tijdens het verlenen van zorg). Een ander voorbeeld is een zorgverlener die een oordeel velt over het geloof dat een cliënt heeft in zijn/haar bijzijn.
Eerlijkheid	<p>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 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 overstuurd 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>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> <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 overstuurd voelen.</p>
Duidelijkheid	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). Bijv: 'Ik kom over 5 minuten bij u, want ik ben nog bezig met het douchen van iemand anders.'	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 . Bijv: 'Ik kom zo bij u.'

<p>Afspraken nakomen</p>	<p>Een zorgverlener die doet wat 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 te 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 wat 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>
<p>Begrip</p>	<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. 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. Bijv: ‘Ach, u bent niet de enige die lang moet wachten voordat u van het toilet wordt gehaald.’</p>

Individuele bejegening

	Goed / hogere kwaliteit van zorg	Slecht / lagere kwaliteit van zorg
Aan wensen voldoen	<p>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 zorg zijn.</p> <p>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>Een zorgverlener die uitgaat van de zorgafspraken zoals deze zijn vastgelegd in het zorgplan en niet ingaat op de wensen van de cliënt op dat moment.</p> <p>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.</p> <p>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 cliënten hun eigen gewoontes en routines hebben.</p> <p>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 gaan 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.</p> <p>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 & 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.</p> <p>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.</p> <p>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>

5. Conclusies, discussie, aanbevelingen en reflectie.

5.1 inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk van het eindrapport zullen nog een aantal belangrijke zaken aan bod komen. Allereerst zal in de conclusies een antwoord worden gegeven op de gehele tweeledige vraagstelling voor locatie De Wielewaal. In de volgende conclusie wordt een antwoord gegeven op de eerste hoofdvraag van de vraagstelling voor beide locaties tezamen. Hierna zal een deel van de ontwikkelde kwalitatieve tool worden gepresenteerd. De volledige tool is opgenomen in Bijlage I. In de discussie worden vervolgens de resultaten afgezet tegen de literatuur zoals uiteengezet in hoofdstuk twee. Na de discussie volgen de aanbevelingen; aanbevelingen voor BrabantZorg, maar ook een aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar aanleiding van dit onderzoek. Afsluitend wordt door de onderzoeker gereflecteerd op het onderzoeksproces en de eigen rol daarin.

5.2. Conclusie casestudie De Wielewaal

In deze conclusie zal in het kort een antwoord worden gegeven op de tweeledige vraagstelling van het onderzoek voor locatie De Wielewaal. Het eerste gedeelte van de vraagstelling is:

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

Er zijn veel overeenkomsten tussen de indicatoren van kwaliteit van zorg die door de medewerkers en leidinggevenden van De Wielewaal benoemd zijn. De indicatoren die belangrijk worden geacht door deze beide groepen zijn *aandacht geven* en *individuele bejegening*. Voorwaarden voor het geven van de juiste aandacht en het op de juiste manier bejegenen van de cliënt zijn dat zorgverleners de *cliënten kennen* en dat er een *vertrouwensband* is.

Een verschil in genoemde indicatoren van kwaliteit van zorg tussen de medewerkers en leidinggevenden is dat bij de medewerkers ook *respectvol omgaan* als erg belangrijk is aangehaald. Dit kwam bij de leidinggevenden in veel mindere mate naar voren. Een van de leidinggevenden gaf aan dat het *stellen van doelen* voor cliënten een belangrijke indicator is voor kwaliteit van zorg. Een interessant standpunt, maar niet aangehaald door de medewerkers.

Het tweede gedeelte van de tweeledige vraagstelling is:

Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun collega's, de leidinggevende en de organisatie en leidinggevenden ten opzichte van het hogere management en de organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van zorg te leveren?

Bij medewerkers spelen zowel de instrumentele als de sociaal-emotionele ondersteuning een belangrijke rol om kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Bij de instrumentele ondersteuning zijn de belangrijkste aspecten voor de medewerkers de hulpmiddelen, ruimte, tijd en minimale verstoringen. Hierbij is het noemenswaardig dat de verstoringen het grootste (directe) effect hebben op de cliënten. Als we kijken naar de HR praktijken dan zijn de meningen verdeeld. Over het algemeen hechten de medewerkers hier weinig belang aan. Qua sociaal-emotionele ondersteuning zoeken de medewerkers het voornamelijk bij het team en de leidinggevende. Belangrijk hierbij zijn taakondersteuning, emotionele ondersteuning, vertrouwen, samenwerken en toegankelijkheid. De medewerkers hebben nog niet echt een gevoel bij de organisatie BrabantZorg. Er wordt voornamelijk verwacht dat BrabantZorg faciliteert waar nodig.

De ondersteuningsbehoeften van de leidinggevenden zien er anders uit dan die van de medewerkers. Leidinggevenden binnen De Wielewaal hebben op instrumenteel niveau voornamelijk behoefte aan de HR praktijken regelruimte en training&ontwikkeling. Daarnaast hebben zij ook behoeften aan ondersteuning vanuit verschillende specialisaties die binnen de organisatie BrabantZorg aanwezig zijn. De sociaal-emotionele ondersteuningsbehoeften van leidinggevenden zijn taakondersteuning vanuit de leidinggevende en/of organisatie en een stukje advies/coaching van gelijkwaardige collega's binnen BrabantZorg.

5.3 Conclusie indicatoren BrabantZorg

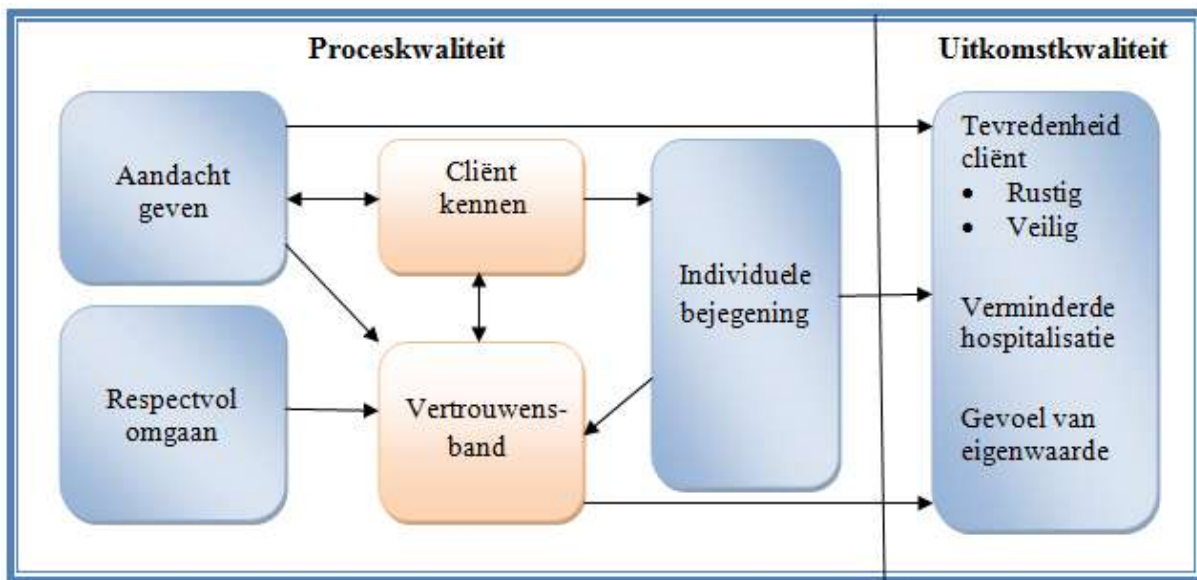
In deze conclusie wordt een antwoord gegeven op de vraag:

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

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag zijn alle resultaten met betrekking tot de indicatoren samengevoegd. Hierin zijn dus de resultaten verwerkt van zowel de medewerkers als de leidinggevenden van zowel de locatie De Wielewaal als locatie Katwijk. De indicatoren van kwaliteit van zorg die volgens medewerkers en leidinggevenden voor de cliënt belangrijk zijn, zijn *aandacht geven*, *respectvol omgaan* en *individuele bejegening*. Tijdens de dataverzameling lag duidelijk de meeste nadruk op deze drie indicatoren. Het zijn indicatoren die de bejegening en interactie beschrijven en ze geven een antwoord op de vraag op welke manier de zorg geleverd moet worden.

Een tweetal andere genoemde indicatoren zijn weggelaten (*doelen stellen* en *meegaan in de beleving*). Beiden kregen tijdens de dataverzameling weinig nadruk. *Meegaan in de beleving* komt alsnog in de ontwikkelde tool aan bod, maar dan als een aspect van de indicator *respectvol omgaan*. De samenvoeging van alle resultaten van het vraagstuk welke indicatoren kwaliteit van zorg beschrijven, is terug te zien in onderstaand schema (figuur 5.1). Dit figuur vormt de basis van het tool dat aan de hand van het onderzoek is ontwikkeld.

Figuur 5.1 Indicatoren kwaliteit van zorg BrabantZorg



De *vertrouwensband* en het *kennen van de cliënt* hebben ook een belangrijke rol in het model. Deze begrippen worden niet in dit onderzoek niet beschouwd als indicatoren van kwaliteit van zorg, omdat zij geen interactie of bejegening beschrijven. Tevens geven zij geen antwoord op de vraag hoe de zorg geleverd moet worden. Wel zijn de *vertrouwensband* en het *kennen van de cliënt* erg belangrijk in het proces; aan de ene kant zorgen zij ervoor dat de drie indicatoren die het proces beschrijven beter kunnen

worden uitgevoerd en dat de kwaliteit van zorg dus beter wordt. Aan de andere kant komen zij op lange termijn ook voort uit de gedragingen / handelingen van de drie indicatoren aandacht geven, respectvol omgaan en individuele bejegening.

De uitkomstkwaliteit beschrijft de gewenste uitkomst van kwaliteit van zorg. De indicatoren van de uitkomstkwaliteit zijn een *tevreden cliënt*, *verminderde hospitalisatie* en *een gevoel van eigenwaarde*. De indicatoren van de proceskwaliteit hebben een positieve invloed op de benoemde indicatoren van de uitkomstkwaliteit. De tevredenheid van een cliënt werd tijdens de casestudies het meeste aangehaald en kan daarom als belangrijkste indicator van uitkomstkwaliteit worden beschouwd.

Om de indicatoren ‘meetbaar’ te maken, zijn er op de aspecten van de indicatoren niveaus aangebracht. Deze verdeling in niveaus maakt onderdeel uit van de tool. Heel kort samengevat; bij een hoog niveau van kwaliteit van zorg geeft een zorgverlener aandacht aan een cliënt, gaat een zorgverlener respectvol om met een cliënt en bejegt een zorgverlener een cliënt als de individu die hij/zij is. Indien dit niet het geval is, dan gaat dat ten koste van de kwaliteit van zorg en kan gesproken worden over een lager niveau. Het is aan de gebruiker van de tool om te beslissen in hoeverre het goed of slecht is; de niveaus zijn uitersten die een houvast bieden bij het evalueren van de verschillende indicatoren van kwaliteit van zorg.

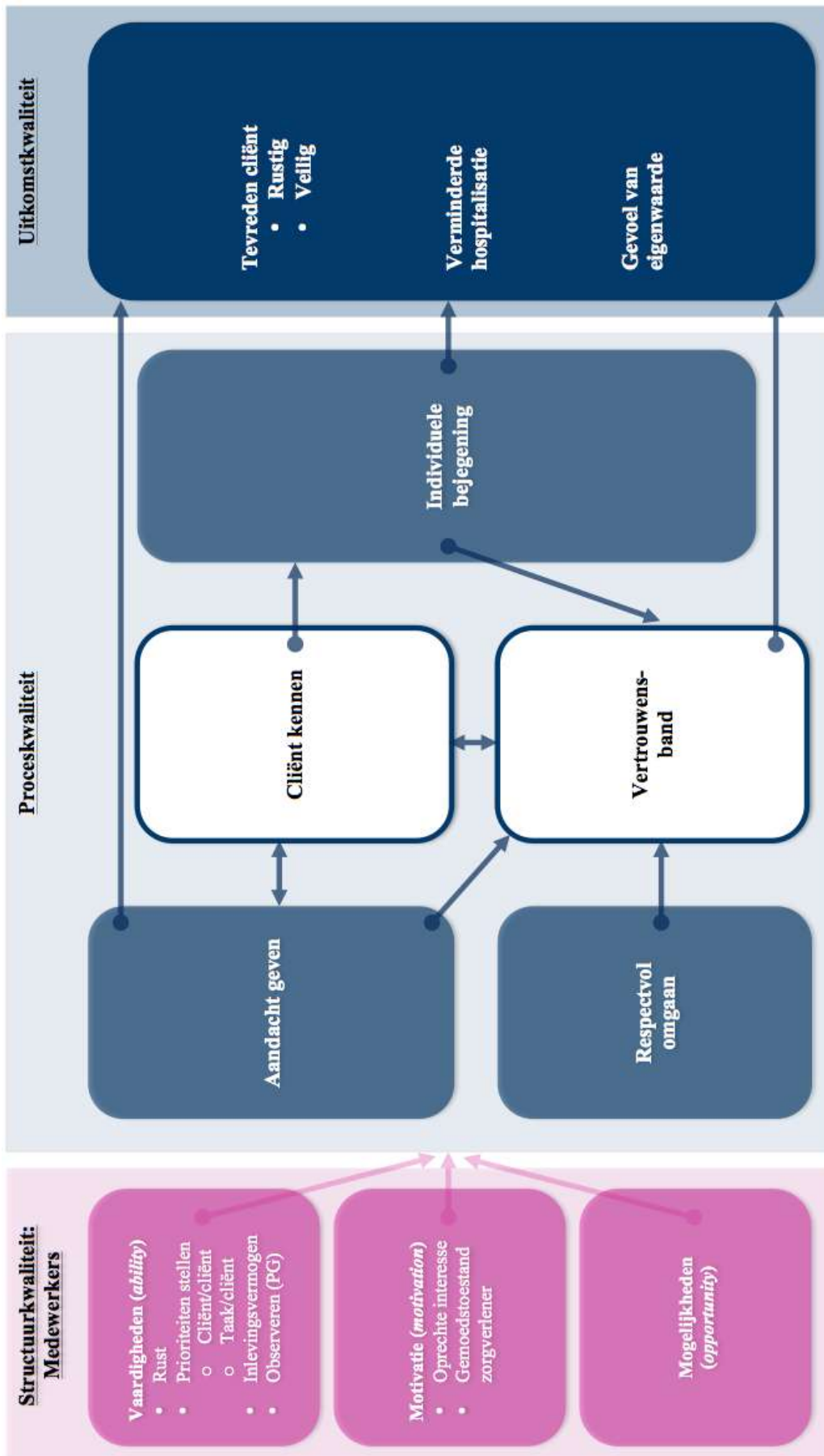
5.4 Een kwalitatieve tool

De doelstelling van het onderzoek was om een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen wat de kwaliteit van zorg kan meten. De kwaliteit van zorg moet hierin beschouwd worden als de functionele kwaliteit / proceskwaliteit van de zorg en beschrijft de interactie en bejegening. Ook moet uit het instrument de ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden af te leiden zijn. Hierbij gaat het in het specifiek om de ondersteuningsbehoeften om kwaliteit van zorg te leveren.

De onderzoekers hebben aan de hand van de twee casestudies een conceptueel model ontwikkeld en van daaruit een kwalitatieve tool. Het conceptueel model dat de basis vormt van de tool is hieronder weergegeven in figuur 5.2. Zoals duidelijk te zien is zijn hierbij de ondersteuningsbehoeften als structuurkwaliteit gekoppeld aan de proces- en uitkomstkwaliteit. De tool kan gebruikt worden om kwaliteit van zorg (zoals gedefinieerd in dit rapport) en de bijpassende ondersteuningsbehoeften van medewerkers en leidinggevenden te evalueren en/of analyseren.

De gehele tool is inclusief handleiding en een overzicht van de niveaus van de indicatoren van kwaliteit van zorg opgenomen als bijlage I van dit rapport.

Figuur 5.2 Kwalitatieve tool kwaliteit van zorg



5.5 Discussie

In deze discussie wordt de literatuur zoals in hoofdstuk twee beschreven afgezet tegen de resultaten van het onderzoek. In verband met de omvang van het onderzoek en de resultaten, worden de meest opvallende bevindingen behandeld.

De gevonden indicatoren van kwaliteit van zorg (zoals gedefinieerd in dit onderzoek) zijn; aandacht geven, respectvol omgaan en individuele bejegening. Wat direct opvalt zijn de overeenkomsten tussen de resultaten en de verwachtingen voor de indicatoren die in hoofdstuk twee zijn geformuleerd:

“Met name (individuele) bejegening, aandacht en het stimuleren van zelfzorg kunnen verwacht worden een rol te spelen in de proceskwaliteit binnen het onderzoek.”(p.21)

Het is opvallend dat twee van de drie gevonden indicatoren overeenkomen met deze verwachting. Dit onderschrijft het belang van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg. De indicator respectvol omgaan ontbreekt nog. Het genoemde privacy van Boeije en informatieverstrekking aan de patiënt van Cassee sluiten wel aan bij respectvol omgaan, maar komen niet zo sterk overeen als de andere twee indicatoren. Dit is interessant, omdat bij de resultaten is aangegeven dat aandacht geven en individuele bejegening als belangrijkste indicatoren konden worden beschouwd, omdat deze twee indicatoren de meeste aandacht kregen tijdens de dataverzameling. Dit sluit dus aan bij de resultaten van de literatuur.

Ook is het nog even interessant om de verwachte dimensies vanuit het SERVQUAL model naast de gevonden indicatoren te leggen. Betrouwbaarheid, empathie en responsiviteit zijn de dimensies waarvan werd verwacht dat ze wel een rol zouden spelen in de resultaten. Dat klopt voor de eerste twee, maar niet voor responsiviteit. Betrouwbaarheid en empathie komen terug in respectievelijk de indicatoren respectvol omgaan en aandacht geven. Opvallend is dat individuele bejegening niet terugkomt in de dimensies van het SERVQUAL model, terwijl dit wel in alle andere besproken onderzoeken het geval is en ook in dit onderzoek. Hierdoor zou je je kunnen afvragen of individuele bejegening een zorgsectorgebonden indicator is.

De theorie van Gastelaars veronderstelt echter dat de individuele benadering juist in alle dienstverlenende organisaties van belang is. Dit heeft te maken met de ontwikkeling naar vraaggestuurd werken; het willen voldoen aan allerlei individuele klantvragen heeft natuurlijk een meer individuele benadering tot gevolg. Dat zou ook het ontbreken van de individuele bejegening binnen het SERVQUAL model kunnen verklaren; het SERVQUAL model stamt nog uit de jaren tachtig stamt, terwijl vraaggestuurd werken een trend is van de laatste jaren.

Zoals uitgelegd past het onderzoek goed binnen het bestaande onderzoek naar indicatoren van kwaliteit van zorg en sluit het ook aan bij bestaande bevindingen. Doordat de ondersteuningsbehoeften zijn weergegeven in de structuurkwaliteit, zijn de ondersteuningsbehoeften een onderdeel geworden van het kwaliteitsvraagstuk. Het conceptueel model voor kwaliteit van zorg is compleet. Voor zover de onderzoeker kan beoordelen is hier sprake van een nieuwe visie en nieuwe bijdrage aan de wetenschap.

Zoals in de kwalitatieve tool te zien is, is het gelukt om de kwaliteit van zorg ‘meetbaar’ te maken via de indicatoren van de proceskwaliteit van de zorg. Zoals al in hoofdstuk twee aan de orde is gekomen, zal de tool in ieder geval op methodologisch niveau complementair zijn aan de huidige kwantitatieve instrumenten. Om te kunnen beoordelen in hoeverre er sprake is van inhoudelijke overlap, is het van belang om de vragenlijst van de CQI VVT (bijlage VII) er weer bij te pakken. Om een goede beoordeling te kunnen geven, zal ik per indicator van kwaliteit van zorg, de vragen benoemen uit de CQI VVT die betrekking hebben op de betreffende indicator.

Aandacht geven:

- 30. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen?
- 31. Vindt u dat de leiding goed reageert op uw vragen?

- 34. Zijn de zorgverleners bereid met u te praten als iets niet goed is gegaan?
- 35. Luisteren zorgverleners aandachtig naar u?
- 37. Hebben de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?
- 61. Is er hulp van verzorgenden, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt?

Respectvol omgaan:

- 19. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?
- 20. Krijgt u genoeg informatie over nieuwe medicijnen?
- 22. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na?
- 32. Zijn de zorgverleners beleefd tegen u?
- 36. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?

Individuele bejegening;

- 7. Gebeurt uw verzorging wanneer u dat wilt?
- 8. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u wilt?
- 9. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u wilt?
- 18. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat u zelf wel en niet kunt?
- 23. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?
- 24. Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?
- 49. Laten de verzorgenden en medewerkers u met rust als u dat wilt?
- 50. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet?
- 63. Kunt u kiezen wanneer u de warme maaltijd eet?

Zoals te zien is zijn er in de CQI VVT een relatief groot aantal vragen opgenomen die ingaan op de indicatoren van kwaliteit van zorg die benoemd zijn in het onderzoek. De vragen van de vragenlijst van de CQI VVT dekken echter niet de gehele lading van de indicatoren zoals ze zijn gedefinieerd in het onderzoek. Bij aandacht geven komt luisteren bijvoorbeeld wel heel duidelijk terug in de vragen, maar interesse/verdiepen gaat alleen over de gezondheid en wordt niet breder gezien naar het persoonlijk vlak. Dat lijkt een beetje het algemeen beeld; hoewel de vragen wel betrekking hebben op interactie en bejegening, gaat de interactie en bejegening hierin eigenlijk nauwelijks verder dan de zorg. Volgens de programmamanagers van BrabantZorg en volgens de ontwikkelde tool gaat kwaliteit van zorg wel verder dan de gewone zorg en wordt er ook een persoonlijk stuk bij betrokken. Dit betekent dat de kwalitatieve tool op inhoudelijk niveau wel wat overlap heeft met de CQI VVT, maar dat er nog een heel stuk van de tool niet aan de orde komt in de CQI VVT. Daarnaast is er in hoofdstuk twee al uitgelegd dat de tool op methodologisch niveau complementair is aan de CQI VVT. Hiermee lijkt dat aan de doelstelling van het ontwikkelen van een kwalitatief meetinstrument dat ingaat op interactie en bejegening & dat complementair is aan de huidige meetinstrumenten is voldaan.

5.6 Aanbevelingen

Aan de hand van het uitgevoerde onderzoek en de daaruit ontwikkelde kwalitatieve tool, kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan naar BrabantZorg. Deze aanbevelingen gaan in op de toepassing van de tool in de organisatie.

De tool is een kwalitatief instrument om kwaliteit van zorg, zoals gedefinieerd in dit rapport, te analyseren en/of evalueren. Een mogelijkheid om de tool daadwerkelijk te gebruiken is een werkoverleg van een team. Aan de hand van de niveaus kan in een team in overleg bepaald worden wat de huidige stand van zaken is als het gaat om de kwaliteit van zorg. Hierbij is het logisch dat de meningen verdeeld zullen zijn, maar ook de dialoog die hieruit mogelijk ontstaat kan heel zinvol zijn. Het is bijvoorbeeld interessant om te weten waarom de meningen verdeeld zijn. Een ieder zal er immers naar streven om een goede kwaliteit van zorg te leveren. Indien een team tot overeenstemming komt dat de kwaliteit op bepaalde

aspecten van de indicatoren (te) laag is, is het zinvol om na te denken waar dat aan ligt. Hiervoor kan de leidinggevende het onderdeel van de tool dat ingaat op de ondersteuningsbehoeften gebruiken. De leidinggevendenden kan al dan niet in overleg met medewerkers bepalen welke vorm van ondersteuning niet aan de wensen voldoet.

Om op langere termijn uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van zorg, zoals bedoeld in dit onderzoek, is het van belang om regelmatig de kwaliteit van zorg te ‘meten’ met de kwalitatieve tool. Door regelmatig de kwaliteit van zorg te analyseren/evalueren kan gemonitord worden hoe de kwaliteit van zorg zich ontwikkelt. Zo kan er bijvoorbeeld bekeken worden of er een verbetering of verslechtering gaande. Het aanwijzen van de mogelijke oorzaken van de verbetering of verslechtering kan helpen om als team meer grip te krijgen op de kwaliteit van zorg. Mogelijke oorzaken van een verbetering moeten bijvoorbeeld gestimuleerd worden, terwijl mogelijke oorzaken van een verslechtering moeten worden vermeden.

Wat tevens interessant kan zijn is om te bepalen welke rol de randvoorwaarden, zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader VVT, in het kwalitatieve tool hebben. Lijken de randvoorwaarden, of eigenlijk het moeten naleven van de randvoorwaarden, tot belemmeringen te leiden op aspecten die belangrijk zijn volgens de nieuwe tool?

Afsluitend een suggestie voor verder onderzoek is het valideren van het ontwikkelde tool. Het is interessant om in verder onderzoek te bekijken of de methode nu echt ‘meet’ wat deze moet ‘meten’ of dat het nodig is de nodige aanpassingen te doen. Het is dan ook niet meer dan gebruikelijk dat meetinstrumenten gevalideerd worden voordat zij verder worden uitgerold. Misschien ligt hier wel een mooie kans voor andere studenten.

5.6 Reflectie

In deze laatste paragraaf zal gereflecteerd worden op het onderzoek en de rol van de onderzoeker. Allereerst zullen een aantal positieve punten van het onderzoek worden aangehaald. Daarna komen de verbeterpunten aan bod.

De toepassing van methodische triangulatie is zeker als een positief aspect van het onderzoek te benoemen. De inzichten die de onderzoeker heeft verkregen door de verschillende methoden van dataverzameling toe te passen, vulden elkaar goed aan. Zo waren de observaties heel nuttig om een goed gesprek aan te gaan met een medewerker tijdens een interview, mede omdat de onderzoeker hierdoor bekend raakte met het jargon. Aan de andere kant hielp het interviewen om invulling te geven aan dingen die tijdens de observaties waren opgevallen, bijvoorbeeld met de verstoringen. Het negatieve effect hiervan viel duidelijk op tijdens de observaties en tijdens de interviews kreeg de onderzoeker de mogelijkheid om hier dieper op in te gaan.

Een tweede positief aspect van het onderzoek was het observeren. Observeren was nieuw terrein voor de onderzoeker, maar dit is goed bevallen. Observaties kunnen echt helpen om je als onderzoeker in een onderwerp te storten. Hierdoor ging het onderzoek voor de onderzoeker ook meer leven. Daarnaast was het een leuke kans om eens een kijkje in de keuken te nemen van een verpleegafdeling.

De samenwerking tussen de twee onderzoeker die betrokken waren bij het onderzoek kan ook als een positief aspect van het onderzoek worden beschouwd. De samenwerking verliep gedurende het gehele proces soepel, waardoor de samenwerking een positieve invloed had op de voorbereidingen en de uitvoering van het onderzoek en bij het analyseren en het schrijven van de rapportage.

Een ander positief aspect heeft betrekking op de inhoud van het onderzoek. Doordat er veel overeenstemming is in de resultaten tussen de twee locaties die betrokken waren bij het onderzoek, kan voorzichtig gesuggereerd worden dat het instrument ook goed is uit te breiden naar andere locaties van BrabantZorg. Het verschil tussen de beide locaties is immers groot. Dit zou betekenen dat een verschil in niveau van de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg weinig invloed heeft op de ideeën over kwaliteit van zorg van medewerkers en de leidinggevendenden.

Een laatste positief aspect van het onderzoek is de tool als resultaat. Gedurende bijna het gehele proces was het voor de onderzoekers een vraagteken hoe het te ontwikkelen meetinstrument eruit zou komen te zien. Uiteindelijk is het, met behulp van het conceptueel model voor kwaliteit van zorg een mooi en duidelijke tool geworden. Ook het concretiseren van de niveauverschillen is erg goed en naar tevredenheid gelukt. Al met al heeft de tool zelfs de verwachtingen van de onderzoekers overstegen.

Er zijn ook een aantal verbeterpunten te benoemen. Allereerst is dit de planning van het onderzoek. Tijdens het begin van de dataverzameling had de literatuurstudie nog een magere vorm. Het zou beter zijn geweest als het literatuuronderzoek was afgerond voordat de dataverzameling begon. Zo had de onderzoeker al in een vroeger stadium met het conceptuele model voor kwaliteit van zorg kunnen werken. Daarnaast had de literatuur over de indicatoren dan een grotere rol kunnen spelen tijdens de dataverzameling.

De planning van het onderzoek houdt verband met het korte tijdspad waarbinnen het onderzoek moest worden uitgevoerd. Het was erg krap om het gehele onderzoek binnen vijf maanden uit te voeren. Dit heeft te maken met de uitgebreidheid van de dataverzameling en de synthese van resultaten plus het ontwikkelen van het meetinstrument. Dit maakte de tijdsdruk groot.

Natuurlijk zijn er ook inhoudelijk gezien verbeterpunten te benoemen. Dit heeft wederom betrekking op het literatuuronderzoek; dit had meer diepgang kunnen hebben. Mede doordat een groot gedeelte van het literatuuronderzoek nog geschreven moest worden toen de dataverzameling al begonnen was, is het wat oppervlakkig gebleven. Daarnaast is het wat onlogisch om daar aan het einde van het proces nog veel diepgang in te brengen; het onderzoek is immers zo goed als af, waardoor het moeilijk is nog literatuur te vinden die dan nog nuttig kan zijn.

Een laatste opmerking gaat over een stukje reflectie naar de rol van het onderzoek bij De Wielewaal. Wat de onderzoeker is opgevallen tijdens haar aanwezigheid in De Wielewaal, is dat het onderzoek een soort bewustwording heeft opgeroepen bij de medewerkers. Medewerkers kwamen af en toe naar de onderzoeker toe en gaven aan dat ze nu wel met het onderwerp bezig waren en begonnen in te zien dat er dingen veranderd kunnen worden in het belang van de cliënten. Dit is ook een beetje waar BrabantZorg op doelde toen zij een kwalitatief meetinstrument wilden voor het meten van kwaliteit; de dialoog openen, zodat men zich meer bewust wordt van het eigen gedrag.

Een tevreden onderzoeker na een mooi onderzoek.

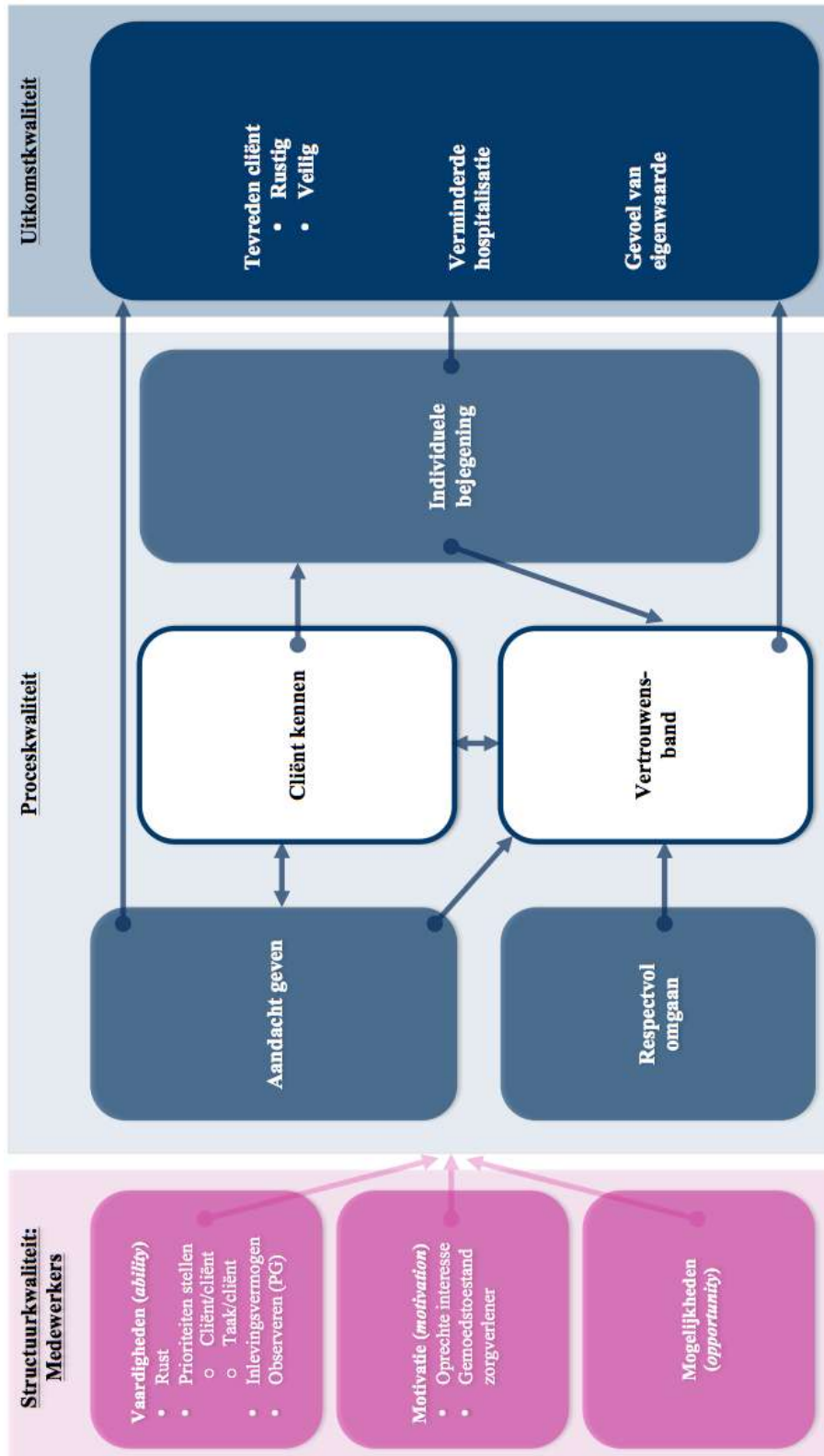
6. Literatuur

- ActiZ (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT*. Retrieved August 10, 2011 from <http://www.actiz.nl/website/onderwerpen/kwaliteitskader-verantwoorde-zorg-vvt>
- Babakus, E. and Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *HSR: Health Service Research*, 26 (6), p. 767-786.
- Bijsteren, K. van (2011). *Een onderzoek naar kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg*. Masterscriptie, niet uitgegeven.
- Boeije, H.R. (1994). *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: De Tijdstroom B.V.
- Boeije, H.R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- BrabantZorg (2010). *Over BrabantZorg - Organisatie*. Retrieved on August 12, 2011 from <http://www.brabantzorg.eu/default.aspx?pid=8&itemid=12402&mid=10267>
- Brady, M.K. and Cronin, Jr. J.J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical Approach. *The Journal of Marketing*, 65 (3), p. 34-49.
- Buttle, F. (1995). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), p. 8-32.
- Castle, N.G. & Ferguson, J.C. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*, 50 (4), p. 426-442.
- CBS (2010). *Tempo vergrijzing loopt op*. Retrieved August 12, 2011 from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-083-pb.htm>
- Centrum Klantervaring Zorg (2011). *Wat is de CQ-index?* Retrieved Juli 28, 2011 from <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>
- Croning, Jr. J.J. and Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *The Journal of Marketing*, 53 (3), p. 55-68.
- Croning, Jr. J.J. and Taylor, S.A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 5 (1), p. 125-131.

- Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg (2010). *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven; een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg*. Retrieved August 12, 2011 from http://nphf.nl/footage/fm/File/ActiZ_commissie_Fundamentele_herbezinning_langdurige_zorg.pdf
- Gastelaars, M. (1997). *'Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Gastelaars, M. (2006). *Excuses voor het ongemak. De vele gevolgen van klantgericht organiseren*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hart, H. 't, Boeije, H. en Hox, J. (2006). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 21, p. 116-124.
- Kang, G. and James, J. (2004). Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 14 (4), p. 266-277.
- Koch, T. (1992). A review of nursing quality assurance. *Journal of Advanced Nursing*, 17, p. 785-794.
- Moore, S.T. and Kelly, M.J. (1996). Quality now: Moving human services organizations toward a consumer orientation to service quality. *Social Work*, 41 (1), p. 33-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49 (4), p. 41-50.
- Pommer, E., Kempen, H. van & Eggink, E. (2008). *De staat van de publieke dienst. Het oordeel van de burger over de kwaliteit van overheidsdiensten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Reeves, C.A. and Bednar, D.A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *The Academy of Management Review*, 19 (3), p. 419-445.
- Rijksoverheid (2011). *Ontwikkelingen in de AWBZ*. Retrieved August 12, 2011 from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/ontwikkelingen-in-de-awbz>
- Robinson, S. (1999), Measuring service quality: current thinking and future requirements. *Marketing Intelligence & Planning*, 17 (1), p. 21-32.
- Stichting Perspekt (2011). *PREZO*. Retrieved July 28, 2011 from <http://www.perspektkeurmerk.nl/index.php?id=585>

- Trommelen, J. en Visser, de E. (2011). Geen inzicht in de kwaliteit van de ouderenzorg. *Volkskrant*, 30 juli 2011. Retrieved August 12, 2011 from <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/2823032/2011/07/30/Cijfers-ouderenzorg-dubieus.dhtml>
- Volkskrant (2011). *Verpleeghuizen*. Retrieved March 2, 2011 from <http://verpleeghuizen.volkskrant.nl/>
- Werfhorst, H. van de, Osch, A. van & Jong-Verspeek, W. de (2009). *Ondernemingsplan BrabantZorg 2010-2014. Oog voor elkaar*. Veghel: Uitgegeven in eigen beheer.
- Williams, S.A. (1998). Quality and Care: Patients' Perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12 (6), p. 18-25.
- Zonneveld, T. van (1993). *Zorg voor verandering. Een studie van veranderingsprocessen in het algemene ziekenhuis ter verhoging van de kwaliteit van zorg*. Utrecht: Elinkwijk B.V.
- Van Dale (n.d.). *Woordenboek (zoekwoord kwaliteit.)* Retrieved August 2, 2011 from <http://www.vandale.nl/vandale/zoekService.do?selectedDictionary=nn&selectedDictionaryName=Nederlands&searchQuery=kwaliteit>

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).

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 zorgverleners, 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.
 - d. Observeren (PG): Het kijken naar de non-verbale communicatie van cliënten.
2. *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.

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 geven

	Goede / Hogere kwaliteit van zorg	Slechte / Lagere 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 doen met een cliënt wat diegene leuk vindt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een wandeling maken, een spelletje doen of gewoon even gezellig kletsen met een kop koffie.	Een zorgverlener die zich strikt houdt aan de zorgafspraken zoals deze omschreven staan in het zorgplan en daarbuiten niks doet voor de cliënten.
Interesse/verdiepen	Een zorgverlener die zowel tijdens als buiten de zorg vragen aan een 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 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.

Respectvol omgaan

	Goede / Hogere kwaliteit van zorg	Slechte / Lagere 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	<p>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 overstuurt wordt als 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 overstuurt 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>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> <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 overstuurt voelen.</p>
Duidelijkheid	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). Bijv: 'Ik kom over 5 minuten bij u, want ik ben nog bezig met het douchen van iemand anders.'	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 . Bijv: 'Ik kom zo bij u.'

Afspraken nakomen	Een zorgverlener die doet wat 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 afspreekt dat hij/zij over 5 minuten terugkomt om cliënt van het toilet te halen, dat de zorgverlener dit dan ook doet.	Een zorgverlener die niet nakomt wat hij/zij zegt en afspreekt met een cliënt. Bijvoorbeeld als een cliënt vraagt om iets op te bergen, dat een zorgverlener dit vergeet. Of een zorgverlener die afspreekt om een cliënt na 5 minuten van het toilet te halen en vervolgens pas na 20 minuten komt.
Begrip	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. Bijv: 'Ik begrijp dat het heel vervelend is om lang te wachten voordat u van het toilet wordt gehaald.'	Een zorgverlener die de situatie en gevoelens van een cliënt afdoet alsof deze er niet toe doet of alsof een cliënt zich niet aan moet stellen. Bijv: 'Ach, u bent niet de enige die lang moet wachten voordat u van het toilet wordt gehaald.'

Individuele bejegening

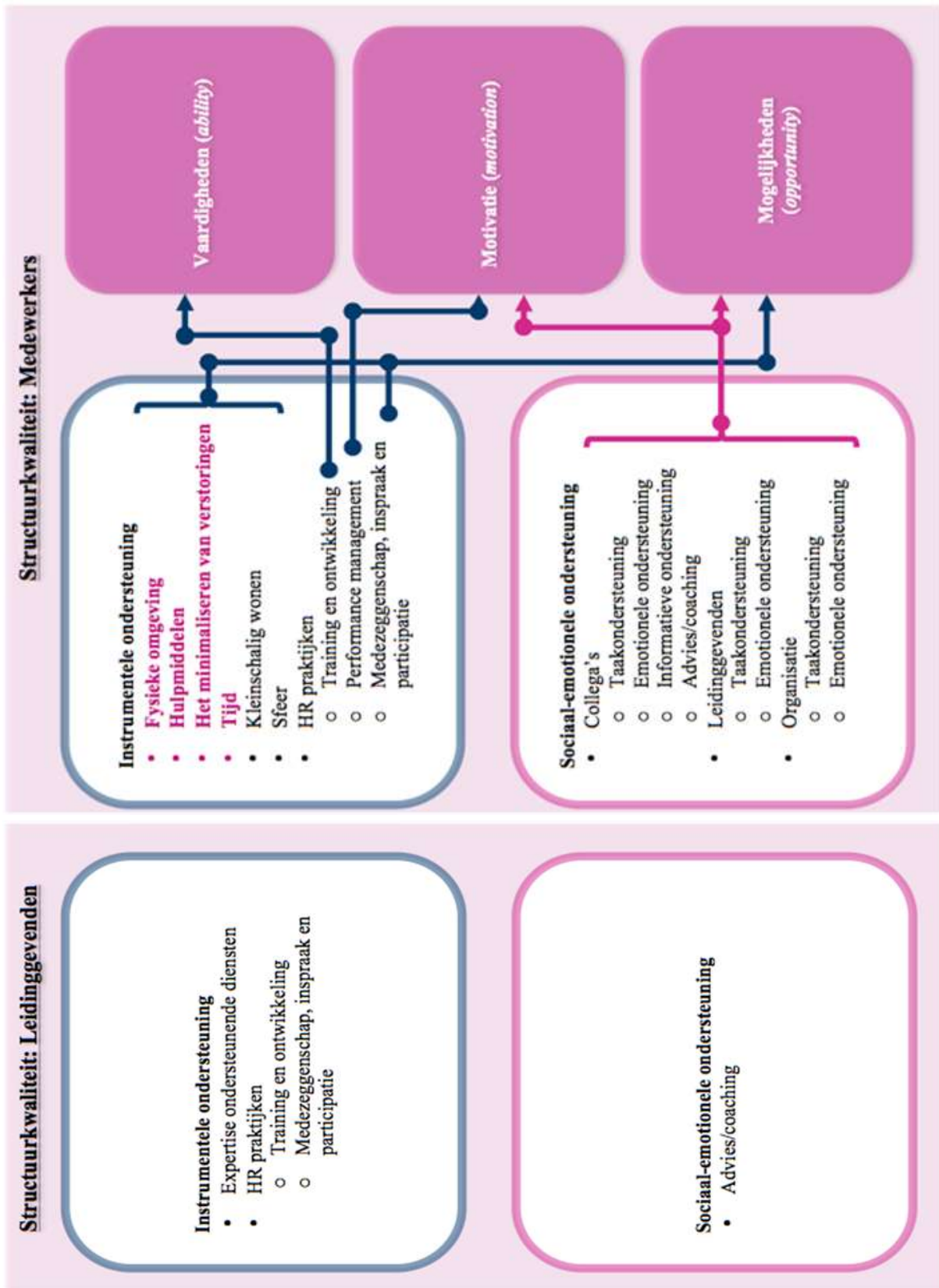
	Slechte / Lagere kwaliteit van zorg	Slechte / Lagere kwaliteit van zorg
Aan wensen voldoen	Een zorgverlener die tegemoet komt aan de wensen van een cliënt zoals de cliënt deze uit naar de zorgverlener toe. Dit kan zowel naast als tijdens de zorg zijn. Bijv: Een cliënt geeft aan dat hij/zij vandaag graag eens wat langer in bed wil blijven, dan moet de zorgverlener hieraan voldoen.	Een zorgverlener die uitgaat van de zorgafspraken zoals deze zijn vastgelegd in het zorgplan en niet ingaat op de 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.
Voortzetten levensstijl	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.	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.

Keuze- mogelijkheden	<p>Somatiek: Een zorgverlener die een cliënt keuzes biedt. Dit kan gaan over alles gaan 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.</p> <p>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>	Somatiek & 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.
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.</p> <p>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>	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. <p>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.

Ila. Ondersteuning van medewerkers en leidinggevenden



Iib. Handleiding

Om te komen tot kwaliteit van zorg hebben medewerkers en leidinggevendens 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

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.
1. *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 leidinggevendens 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.

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, leidinggevendens en organisatie.

Collega's

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

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

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.

Instrumentele ondersteuning van leidinggevenden

Bij instrumentele ondersteuning gaat het om de uitwisseling van materiële en universele middelen, zoals goederen en diensten, inclusief HRM praktijken.

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.

Sociaal-emotionele ondersteuning van leidinggevenden

Sociaal-emotionele ondersteuning gaat om de uitwisseling van meer symbolische uitlatingen, zoals tekenen van affectie en waardering.

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.



DE PUBLIEKE DIMENSIE



Master SHRM
Paper bij leerkring SHRM - Capita Selecta.
Docent: Paul Boselie
Door Mandy Onwezen – 3070794
11 maart 2011

Inleiding.

De grenzen tussen publieke en private organisaties vervagen (Rainey, 2003). Hoewel organisaties vaak als ofwel publiek ofwel privaat worden beschouwd, zegt dit niet zoveel over de daadwerkelijke publieke dimensie van een organisatie. Er zijn verschillende manieren om naar deze publieke dimensie te kijken, buiten het bepalen of een organisatie binnen het publiek of private domein valt.

Dit paper heeft als doel om de publieke dimensie van de organisatie van mijn afstudeeronderzoek in kaart te brengen. Dit zal gedaan worden door aandacht te besteden aan de volgende punten:

De institutionele omgeving van de organisatie;

De publieke identiteit van de organisatie.

Allereerst zal ik een korte omschrijving geven van de organisatie waar ik mijn onderzoek zal uitvoeren en het vraagstuk dat ik ga onderzoeken. Omdat het een vrij complex en explorierend onderzoek is dat tevens veel zegt over de waarden van de organisatie, is het belangrijk om een klein stukje achtergrond te geven. Om de publieke dimensie van de organisatie van mijn onderzoek in kaart te brengen zal er allereerst aandacht worden besteed aan de institutionele context van de organisatie en de invloed van deze context op het vraagstuk. Hiervoor zal de *'contextually based human resource theory'* van Paauwe (2004) voor worden gebruikt. Daarna zal er gekeken worden naar de publieke identiteit van de organisatie aan de hand van de theorie van Noordegraaf & Teeuw (2003). Ik zal dit paper afsluiten met een conclusie. In deze conclusie zal een algemeen antwoord worden gegeven op de vraag in hoeverre er sprake is van een publieke dimensie bij de organisatie van mijn onderzoek.

De organisatie en het onderzoek.

Kwaliteit in de zorg is een veelbesproken thema en tevens het onderwerp van mijn onderzoek. Het onderzoek zal plaatsvinden binnen een intramurale zorginstelling van BrabantZorg. BrabantZorg staat voor zorg, wonen en welzijn (BrabantZorg, 2010). De organisatie heeft negen locatiegroepen en biedt intra- en extramurale zorgverlening. Met een personeelsbestand van ongeveer 5.000 werknemers kan BrabantZorg een grote organisatie genoemd worden. BrabantZorg is een private organisatie.

Om om te gaan met de veranderende eisen van zowel overheid als maatschappij, wet- en regelgeving heeft BrabantZorg een ondernemingsplan opgesteld voor 2010-2014 (Raad van Bestuur BrabantZorg, 2009). Dit ondernemingsplan moet de organisatie zodanig veranderen dat zij beter aansluit bij de wensen en eisen van haar omgeving. De nadruk ligt hierbij voor een groot deel op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van zorg wordt voor een groot gedeelte gereguleerd door wettelijk opgestelde kwaliteitskaders. Deze kaders richten zich voornamelijk op de wat?-vraag van de zorg. BrabantZorg is echter van mening dat zorg verder gaat en zij beschouwen de wat?-vraag als een noodzakelijke voorwaarde voor het leveren van goede zorg. Zij leggen hiernaast een nadruk op de hoe?-vraag; op welke manier wordt de zorg geleverd? De relatie tussen zorgverlener en cliënt staat hierin centraal. Het gaat om dat beetje extra, het stukje dat het verschil maakt. BrabantZorg heeft hier een gemis geconstateerd; er is geen meetinstrument dat op een kwalitatieve manier aandacht besteed aan dit aspect van zorg. Het onderzoek heeft daarom tot doel om een kwalitatief meetinstrument te ontwikkelen dat 'het beetje extra/hetgeen dat het verschil maakt' kan meten. Door hier niveaus aan te brengen moet ook uit het meetinstrument te bepalen zijn welke stappen een team/instelling moet ondernemen om tot een hoger niveau van kwaliteit te komen. De tweeledige vraagstelling bij deze doelstelling is als volgt:

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

- Welke behoeften aan ondersteuning hebben medewerkers ten opzichte van hun leidinggevende/organisatie en leidinggevendenden ten opzichte van het hoger management/organisatie om een hoog niveau van kwaliteit van dienstverlening te leveren?

Het meetinstrument dat uit het antwoord op deze vraagstelling moet komen dient complementair te worden aan de huidige meetinstrumenten, omdat BrabantZorg van mening is dat deze de lading van kwaliteit niet volledig dekken.

De institutionele omgeving van BrabantZorg.

Het is interessant om te bekijken hoe BrabantZorg zich verhoudt tot de maatschappelijke omgeving. Een manier om dit te doen is door gebruik te maken van de ‘*contextually based human resource theory*’ van Paauwe (2004). Paauwe gaat er in deze theorie vanuit dat er twee dimensies in de omgeving van een organisatie zijn die in grotere of kleinere mate bepalen hoe het Human Resource Management binnen een organisatie wordt vormgegeven (Paauwe, 2004). Aan de ene kant is dit de ‘*Product/Market/Technology*’ dimensie (kortweg PMT) (concurrerende mechanismen). Aan de andere kant staat de ‘*Social/Cultural/Legal*’ dimensie (kortweg SCL) (institutionele mechanismen).

Omdat het in dit paper, dat tot doel heeft om de publieke dimensie van BrabantZorg in kaart te brengen, niet relevant is om alle *contexten/dimensies* van de organisatie te bekijken, zal alleen de dimensie in kaart worden gebracht die iets zegt over de institutionele omgeving van de organisatie; dit is de SCL dimensie, ofwel de institutionele mechanismen.

Wanneer naar de institutionele context van BrabantZorg wordt gekeken, is het interessant om te focussen op de institutionele context die niet geldend is voor alle organisaties in Nederland. Zo hebben alle organisaties in Nederland in hun institutionele context te maken met CAO's, vakbonden en ondernemingsraden. Ook hebben alle organisaties te maken met bepaalde (arbeidsgerelateerde) wetgeving, bijvoorbeeld de Arbwet. De institutionele omgeving van BrabantZorg reikt echter verder.

Buiten de wet- en regelgeving die van toepassing is op alle organisaties, heeft BrabantZorg te maken met meer wet- en regelgeving. Zo is BrabantZorg in haar financiering afhankelijk van de overheid (politiek). Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) houdt zich, zoals de naam als doet vermoeden, bezig met onder andere de gezondheidszorg (Ministerie VWS, 2010). Als zodanig houdt het ministerie zich ook bezig met ouderenzorg. De manier waarop zorginstellingen gefinancierd worden kan veranderen. Deze veranderingen hangen samen met politieke ontwikkelingen. Zo is er binnen de ouderenzorg, en dus binnen BrabantZorg een grote wijziging betreffende de financiering gaande. Zo werd de organisatie eerder voornamelijk gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), tegenwoordig wordt de organisatie voornamelijk gefinancierd door middel van zogenaamde Zorgzwaartepakketten (ZZP). Dit door het aantreden van een nieuw kabinet. De inhoudelijke kanten van de verschillende methoden zijn hier minder relevant. Wel is het belangrijk om er rekening mee te houden dat BrabantZorg voor haar financiering voor een groot deel afhankelijk is van de overheid en de politieke ontwikkelingen daarbinnen. Bijkomende wijzigingen vergen veel van de organisatie; er moeten vaak bezuinigd worden en vele aanpassingen moeten worden doorgevoerd.

Een van de organisaties binnen het ministerie VWS waar instellingen in de ouderenzorg direct mee te maken hebben is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze organisatie voert inspecties uit binnen deze zorginstellingen. De inspecties zijn gericht op de organisatie van de zorg en de kwaliteit van de zorg aan de hand van beroepsnormen en wetten (Ministerie VWS, 2010). De belangrijkste wet die hierbij van toepassing is, is de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ). Deze wet stelt dat zorginstellingen hun eigen kwaliteit moeten bewaken en beheersen en verbeteren. Hiervoor moeten de instellingen verantwoorde zorg leveren, een op kwaliteit gericht beleid voeren, een kwaliteitssysteem opzetten en jaarverslagen maken (Ministerie VWS, 2010). Naast de KWZ heeft ook het

kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T een grote invloed op BrabantZorg. Dit kwaliteitskader omschrijft de kwaliteitsnormen voor de zorg in verpleeg-, verzorgingshuizen en zorg thuis (VVT) (ActiZ, 2010). Naast de normen staan hier ook de indicatoren in aan de hand waarvan de normen gemeten moeten worden. Dit kwaliteitskader is opgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde Zorg, welke bestaat uit de IGZ, Actiz (de brancheorganisatie voor zorgondernemers) en andere belangenpartijen en is gericht op kwaliteit van zorg. BrabantZorg dient de in dit kader gestelde norm na te leven.

Een andere belangrijk aspect wat binnen de SCL dimensie past is de grote druk op zorginstellingen met betrekking tot de rol van sociale legitimiteit. Het vraagstuk met betrekking tot de kwaliteit van de zorg is een belangrijk onderwerp voor maatschappelijk debat en de media-aandacht voor dit onderwerp is groot. Dit heeft tot gevolg dat er vanuit de maatschappij een toenemende druk wordt uitgeoefend op BrabantZorg met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Ook met het ook op de inspecties en media-aandacht hiervoor is het van groot belang dat BrabantZorg sociaal legitiem handelt.

BrabantZorg als private organisatie wordt dus voor een groot deel gereguleerd door wet- en regelgeving. De maatschappij oefent daarnaast druk uit op de organisatie wat betreft de sociale legitimiteit.

De publieke identiteit van BrabantZorg.

Noordegraaf en Teeuw hebben in een artikel het begrip ‘publieke identiteit’ uiteengezet (2003). Hiermee stellen zij dat organisaties, net als mensen, ook een identiteit hebben. Het gaat hierbij om duurzame kenmerken waarmee organisaties zich kunnen onderscheiden van andere organisaties en die betekenis geven aan de sociale interacties van de organisatie. Een organisatie kan in meer of mindere mate een private of publieke identiteit hebben. Noordegraaf en Teeuw volgen de idee van Gwathrop (1984) dat er vier dimensies zijn die bepalend zijn voor de publieke of private identiteit van een organisatie. Deze vier dimensies zullen een voor een behandeld worden, waarbij een positie op de dimensie wordt ingenomen voor BrabantZorg. Aan de hand hiervan zal een uitspraak worden gedaan over in hoeverre er bij BrabantZorg sprake is van een publieke identiteit.

De eerste dimensie is de idee van doelgerichtheid (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Hierbij staat een private opvatting aan de ene kant. Deze opvatting staat voor het ontbreken van een hoger doel, vaak stabiele, korte-termijndoelstellingen (*ateleologisch*). De publieke opvatting aan de andere kant is gericht op het verwezenlijken van een hoger doel (*teleologisch*). De kernwaarden van BrabantZorg zijn aandacht, keuze en gemak (BrabantZorg, 2010). Hierbij ligt de meeste nadruk op aandacht. De missie van BrabantZorg is als volgt geformuleerd:

“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.” (BrabantZorg, 2010*)

BrabantZorg heeft een meer teleologische opvatting van doelgerichtheid en dat duidt op een publieke identiteit. Het gaat niet om een leveren van standaardzorg. BrabantZorg wil daaraan voorbij gaan. Dit is in de missie vooral terug te zien in de laatste zin; de relaties met tussen medewerkers en cliënten wordt centraal gesteld. De expliciete nadruk op aandacht in de kernwaarden lijkt uit te gaan van een hoger doel. Ook het uit te voeren onderzoek naar ‘het extra stukje’ wat het verschil maakt, ‘het extra stukje’ kwaliteit dat verder gaat dan de huidige wettige eisen, duidt erop dat BrabantZorg een hoger doel nastreeft. De organisatie wil verder gaan in het belang van haar cliënten. Op deze dimensie heeft BrabantZorg een publieke identiteit.

De tweede dimensie draait om de idee van oorzakelijkheid (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Ook hier zijn twee opvattingen mogelijk. De private opvatting gaat bij deze dimensie uit van een zogenaamd *atomische* opvatting. Er zijn duidelijke causale verbanden tussen oorzaak en gevolg, doelen en middelen. Het draait hierbij om directe effecten. Aan de andere kant staat de publieke, *holistische* opvatting. Hierbij wordt uitgegaan van een complexe werkelijkheid waarin onderlinge afhankelijkheden een rol spelen. BrabantZorg is zich als organisatie erg bewust van de complexiteit van haar omgeving en de tegenstrijdigheden die dit met zich meebrengt. In het ondernemingsplan 2010-2014 van BrabantZorg wordt hier ook duidelijk aandacht aan besteed (Raad van Bestuur, BrabantZorg, 2009). Zo zal bijvoorbeeld de komende vergrijzing een tweezijdig effect hebben op BrabantZorg; aan de ene kant zal dit een toenemende vraag veroorzaken, maar aan de andere kant een afnemend aanbod door een vergrijzende arbeidsmarkt. Een ander aspect dat een grote rol speelt en het zorgproces complex maakt is bijvoorbeeld de tegenstrijdigheid tussen wat de organisatie wil en wat de overheid eist in wet- en regelgeving. Waar aan de ene kant organisaties graag meer tijd per cliënt zouden willen om meer aandacht te kunnen schenken aan deze cliënt, schrijft de overheid voor dat er slechts een x aantal minuten per handeling per cliënt mag worden besteed (het zogenaamde tijdschrijven). Dit zijn enkele voorbeelden van ontwikkelingen die de ervoor zorgen dat de werkelijkheid van Brabantzorg erg complex is en de organisatie is zich hiervan bewust en probeert hierop in te spelen. BrabantZorg heeft dus een holistische opvatting van oorzakelijkheid, wat wederom aansluit bij de publieke identiteit.

De derde dimensie draait om de idee van tijd (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Aan de private kant is er de *statische* opvatting van tijd. Hierbij ligt de focus op het heden en op het behalen van maximale efficiëntie. Aan de publieke kant staat de *dynamische* opvatting van tijd centraal. Ook de toekomst speelt een rol en wordt in acht genomen bij het nemen van huidige beslissingen. Bij BrabantZorg heerst er een duidelijke dynamische opvatting van tijd. Zoals ook al duidelijk is geworden bij de behandeling van de idee van oorzakelijkheid, is BrabantZorg zich bewust van haar omgeving, de ontwikkelingen die er spelen en hier probeert zij ook tijdig op in te spelen. Het eerder genoemde voorbeeld van de vergrijzing is hier ook heel passend. Zoals ook eerder aangegeven heeft BrabantZorg een ondernemingsplan 2010-2014 opgesteld, waarmee zij hoopt te komen tot een *toekomstbestendige* organisatie. Ook het onderzoek duidt erop dat BrabantZorg een dynamisch idee van tijd heeft. Door middel van het nieuwe meetinstrument wil BrabantZorg niet alleen nu maar juist ook in de toekomst de kwaliteit kunnen bewaken. Wederom is hier sprake van een publieke identiteit.

De laatste dimensie voor het bepalen van de private of publieke identiteit van een organisatie is de idee van orde (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Aan de ene kant staat de *verticale* opvatting van de private kant. Een verticale opvatting duidt op een duidelijke hiërarchie binnen de organisatie. De *horizontale* opvatting aan de publieke kant draait om relaties van wederzijdse afhankelijkheden. Binnen BrabantZorg heerst er (van oudsher wellicht) een verticale opvatting van orde. Binnen de verzorgings- en verpleeghuizen is een duidelijke hiërarchie aanwezig. Deze hiërarchie wordt echter voor een groot deel opgelegd door wetgeving, welke bepaald wie welke verantwoordelijkheden moet dragen. BrabantZorg zelf streeft echter gedeeltelijk wel een horizontale opvatting na. Zo is het ondernemingsplan 2010-2014 geschreven na veel brainstormen met een groot aantal 'afgevaardigden' vanuit alle afdelingen en functies binnen de organisatie. Het hoger management van BrabantZorg is van mening dat de verzorgende medewerkers het belangrijkste werk doen en daarom wellicht het meeste weten. Het streven is er om in goede samenwerking binnen de gehele organisatie verder te komen. De opvatting van orde is dus niet geheel eenduidig en bevat aspecten die zowel bij de private als bij de publieke identiteit passen.

Geconcludeerd kan worden dat BrabantZorg als private organisatie een voornamelijk publieke identiteit heeft.

Conclusie.

In dit paper is de publieke dimensie van BrabantZorg op twee verschillende manieren beschreven. Eerst zijn de belangrijkste invloeden vanuit de institutionele mechanismen besproken. BrabantZorg (en haar beleid) wordt in grote mate gereguleerd en beïnvloed door de institutionele omgeving. De belangrijkste invloed, specifiek in de zorgsector, komt van de overheid (VWS). Deze houdt streng toezicht op BrabantZorg door de IGZ. BrabantZorg moet zich houden aan verschillende wetten, waarvan de belangrijkste gericht is op kwaliteit van zorg. Daarnaast dient BrabantZorg te werken volgens de normen die gesteld zijn in het geldende kwaliteitskader. Ook het nastreven van een grote sociale legitimiteit is erg belangrijk voor BrabantZorg.

Hierna is de publieke identiteit van BrabantZorg, aan de hand van de vier dimensies zoals beschreven door Noordegraaf & Teeuw (2003), in kaart gebracht. Op drie van de vier dimensies heeft BrabantZorg een duidelijke publieke identiteit. De vierde dimensie, idee van orde, is iets dubieuzer, maar omdat de intenties van BrabantZorg gericht lijken te zijn op wederzijdse afhankelijkheid (horizontale opvatting), wijst ook deze dimensie meer naar de publieke kant. BrabantZorg kan van hieruit overtuigend een private organisatie met een publieke identiteit worden genoemd.

Al met al kan worden opgemerkt dat BrabantZorg een vergaande publieke dimensie heeft. Dit komt niet alleen duidelijk naar voren in de grote invloed die verschillende institutionele mechanismen op de organisatie hebben, maar ook in de publieke identiteit van de organisatie zelf.

Literatuur.

ActiZ. Informatie over kwaliteitskader verantwoorde zorg. Retrieved March 9, 2011 from <http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/pers/20100531-risicosignalering-onderdeel-van-kwaliteitskader-verantwoorde-zorg>

Brabantzorg. Diverse informatie over de organisatie. Retrieved March 9, 2011 from <http://www.brabantzorg.eu/default.aspx?pid=8&itemid=12501&mid=10364>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Informatie over Inspectie voor de Gezondheidszorg. Retrieved March 9, 2011 from <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/index.aspx>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Informatie over KWZ. Retrieved March 9, 2011 from http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/

Noordegraaf, M. & Teeuw, M.M. (2003). Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, 1, p. 2-13.

Pauwe, J. (2004). *HRM and Performance. Achieving Long Term Viability*. Oxford: Oxford University Press.

Raad van Bestuur BrabantZorg (2009). Ondernemingsplan BrabantZorg 2010-2014. Oog voor elkaar. Veghel: Uitgegeven in eigen beheer.

Rainey, H.G. (2003). *Understanding and managing public organizations*. San Francisco: Jasssey-Bass.

Bijlage III – Topiclijst interviewen

Interview - Topiclijst

Mijn naam is Mandy Onwezen 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 locatie Katwijk in Oss.

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.

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. Verder is het van belang om je antwoorden te onderbouwen met concrete voorbeelden uit de praktijk, zodat ik precies begrijp wat je bedoelt. Ik zal daarom ook veel naar voorbeelden vragen.

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...’

- Leeftijd?
- 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 SPLITSEN 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 concreet 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.

- **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.

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?

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).

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 IV – Topiclijst eerste observaties

Topiclijst observatie 1

Doel:

Bekend en vertrouwd 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.*

- 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.*

- 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.

Bijlage V – Topiclijst brainstormsessie

Topiclijst brainstormsessie

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.

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)

Verder behandelen:

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

Bijlage VI – Indicatoren Kwaliteitskader VVT

Overzicht indicatoren voor Verantwoorde zorg VVT

Thema's en indicatoren	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Cliëntenraadpleging CQ-index			Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau		Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
Kwaliteit van leven							
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid							
1.1 Ervaren met lichamelijke verzorging	VV	PG	ZT				
1.2 Ervaren met maaltijden	VV	PG	-				
2. Woon- en leefsituatie							
2.1 Ervaren met schoonmaken	VV	PG	-				
2.2 Ervaren sfeer	VV	PG	-				
2.3 Ervaren privacy en woonruimte	VV	PG	-				
2.4 Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving	VV	PG	ZT				
3. Participatie							
3.1 Ervaren met dagbesteding en participatie	VV	PG	ZT				
3.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie	VV	-	ZT				
4. Mentaal welbevinden							
4.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden	VV	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgverleners							
5. Kwaliteit van de zorgverleners							
5.1 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	VV	PG	ZT				
5.2 Ervaren bejegening	VV	PG	ZT				
5.3 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	-	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6.1 Ervaren met zorgleefplan en evaluatie	VV	PG	ZT				
6.2 Ervaren inspraak en overleg	VV	PG	ZT				
6.3 Ervaren informatie	VV	PG	ZT				
6.4 Ervaren telefonische bereikbaarheid	-	PG	ZT				
6.5 Ervaren samenhang in zorg	-	-	ZT				
6.6 Ervaren beschikbaarheid personeel	VV	PG	ZT				
6.7 Beschikbaarheid verpleegkundige				VV	-		
6.8 Beschikbaarheid arts				VV	-		
6.9 Bekwaamheid voorbeh. en risicovolle handelingen				VV	ZT		
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7.1 Risicosignalering zorgproblemen							
7.1a Risicosignalering – uitvoering						VV	ZT
7.1b Risicosignalering – opvolging						VV	ZT
7.2 Huidletsel						VV	-
7.3 Voedingstoestand							
7.3a Risico op ondervoeding						VV*	-
7.3b Onbedoeld gewichtsverlies						VV	-
7.4 Valincidenten						VV	ZT*
7.5 Medicijnincidenten						VV	-
7.6 Antipsychotica						VV	-
7.7 Depressieve symptomen						VV	-
7.8 Incontinentie							
7.8a Incontinentie - prevalentie						VV	ZT*
7.8b Incontinentie - diagnose						VV	-
7.9 Probleemgedrag						VV	-
7.10 Vrijheidsbeperkende maatregelen							
7.10a Prevalentie						VV	-
7.10b Toepassing						VV	-
7.10c Effectevaluatie						VV	-
7.10d Afbouw						VV	-
7.11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen				-	ZT		
7.12 Ervaren respectering rechten vrijheidbeperking	-	PG	-				
7.13 Hitteprotocol				VV	-		
7.14 Noodvoorzieningen bij stroomuitval				VV	-		

* Indicator alleen voor intern gebruik, prestaties worden niet in het openbaar gepubliceerd

Bijlage VII - Vragenlijst* CQI VVT Bewoners

* Dit is een selectie van de volledige vragenlijst. Alleen de voor het onderzoek relevante onderdelen van de vragenlijst zijn overgenomen. Onderdelen zoals instructie en algemene gegevens zijn weggelaten.

Lichamelijk welbevinden

De volgende vragen gaan over **de zorg voor u** in de afgelopen 12 maanden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om hulp bij het douchen/wassen, aankleden, haren kammen, scheren of opmaken, de gebitsverzorging en nagelverzorging.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
7. Gebeurt uw verzorging wanneer u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heeft u vaak hulp nodig als u naar het toilet moet?					
<input type="checkbox"/> nee → <i>Indien nee: <u>ga naar vraag 13</u></i>					
<input type="checkbox"/> ja					
	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	
11. Wordt u op tijd geholpen als u naar het toilet moet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Heeft u voldoende privacy als u naar het toilet gaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Gebruikt u dagelijks incontinentiemateriaal?					
<input type="checkbox"/> nee → <i>Indien nee: <u>ga naar vraag 15</u></i>					
<input type="checkbox"/> ja					
	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
14. Wordt incontinentiemateriaal op tijd verschoond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deskundigheid zorgverleners

De volgende vragen gaan over de **deskundigheid** en **beschikbaarheid** van zorgverleners in dit huis in de afgelopen 12 maanden. Het gaat hierbij om de verzorgenden en verpleegkundigen.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
15. Werken de zorgverleners vakkundig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Is er genoeg personeel in huis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zorginhoudelijke veiligheid

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
17. Zijn uw zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat u zelf wel en niet kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Krijgt u genoeg informatie over nieuwe medicijnen? (over de naam, werking en eventuele bijwerkingen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zorg- en leefplan / behandelplan

De volgende vragen gaan over de **afspraken** en het **overleg** met de zorginstelling over de zorg, bij uw opname of in de afgelopen 12 maanden.

21. Heeft u <<**TERM VAN ZORGINSTELLING**>> van de zorginstelling met daarin schriftelijke afspraken over de zorg die u krijgt? (over welke zorg en activiteiten, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.)
- nee, alleen mondelinge afspraken
 - nee, geen afspraken → *Indien geen afspraken: ga naar vraag 23*
 - ja
 - weet niet → *Indien weet niet: ga naar vraag 23*

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
22. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communicatie en informatie

De volgende vragen gaan over de **communicatie en informatie**. Eerst gaat het over de informatie die u van de zorginstelling heeft ontvangen.

	<i>nee</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
25. Geeft het huis u genoeg informatie over wat zij voor u kan doen? (over de mogelijkheden van het wonen, de zorg, de activiteiten, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Geeft de zorginstelling u genoeg informatie over uw rechten? (bijv. dat u mag meebeslissen over de zorg en behandelingen, en dat u kunt klagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Heeft de zorginstelling u genoeg informatie gegeven over haar beleid bij beslissingen over de zorg rond het levenseinde? (reanimatiebeleid, beleid rond euthanasie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Is er een cliëntenraad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Weet u bij wie u met uw vragen of problemen terecht kunt in het verpleeg-/verzorgingshuis?			
	<input type="checkbox"/> nee		
	<input type="checkbox"/> ja		

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
30. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Vindt u dat de leiding goed reageert op uw vragen of suggesties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over de manier waarop **verzorgenden/verpleegkundigen** met u omgaan.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
32. Zijn de zorgverleners beleefd tegen u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Zijn de zorgverleners bereid met u te praten als iets niet goed is gegaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Luisteren zorgverleners aandachtig naar u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Geestelijk welbevinden

De volgende vragen gaan over **hoe u zich voelt** en over de **ondersteuning** die u in de afgelopen 12 maanden ontving.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
37. Hebben de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bent u wel eens ongerust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Voelt u zich eenzaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Kunt u bij een geestelijk verzorger in het huis terecht? (bijvoorbeeld een dominee/pastor, humanistisch raadsman/-vrouw of maatschappelijk werker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Woon- en leefomstandigheden

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het **wonen** in de afgelopen 12 maanden.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
41. Is de temperatuur in uw woonruimte aangenaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wordt uw woonruimte goed schoongehouden? (uw woon-/slaapkamer, toilet en douche/ badkamer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ weet niet</i>
43. Zijn de algemene ruimten zoals huiskamer, gang en hal, prettig om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Voelt u zich hier thuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. Kunt u zelf bepalen hoe uw kamer of woonruimte is ingericht? (met eigen spullen, enz.) (NB: deze vraag geldt ook bij gedeelde woonruimte)					
<input type="checkbox"/> nee					
<input type="checkbox"/> ja					

Privacy en zelfstandigheid

De volgende vragen gaan over uw **privacy en zelfstandigheid** in de afgelopen 12 maanden.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t.</i>
47. Kunt u zich met bezoek op een rustige plek terug trekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Kunt u alleen zijn als u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Laten de verzorgenden en medewerkers u met rust als u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51. Kunt u komen waar u wilt in het verpleeg-/verzorgingshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Kunt u komen waar u wilt buitenshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veiligheid wonen en verblijf

De volgende vragen gaan over uw **veiligheid** in dit verpleeg-/verzorgingshuis.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t.</i>
53. Voelt u zich veilig in huis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Reageert een medewerker binnen vijf minuten als u belt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Is u uitgelegd wat u bij brand moet doen?					
<input type="checkbox"/> nee					
<input type="checkbox"/> ja					

Participatie en dagstructurering

De volgende vragen gaan over uw **activiteiten en dagelijkse bezigheden** in de afgelopen 12 maanden.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t./ niet nodig</i>
56. Heeft u genoeg mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Wordt u goed op de hoogte gehouden van de activiteiten in huis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Organiseert het huis genoeg activiteiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Vindt u de activiteiten die georganiseerd worden leuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Heeft u genoeg mogelijkheden voor contact met anderen (medebewoners, buurtgenoten, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Is er hulp van verzorgenden, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maaltijden

De volgende vragen gaan over de **maaltijden** in de afgelopen 12 maanden.

	<i>nooit</i>	<i>soms</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>	<i>n.v.t.*</i>
62. Zijn de maaltijden lekker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Kunt u kiezen wanneer u de warme maaltijd eet ('s middags of 's avonds)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Is de sfeer tijdens het eten goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* bij maag-/neussonde en vloeibare voeding zijn vragen *n.v.t.*; als bewoner *altijd* alleen eet, is vraag 64 *n.v.t.*