

Voorwoord

Nadat ik mijn master Operations Research & Management had afgerond, heb ik zes jaar met veel plezier bij TNO gewerkt, waar ik vooral veel onderzoek heb gedaan op het gebied van beleids- en besluitvormingstrajecten binnen het domein van Defensie. Hier ben ik uiteindelijk, naast mijn inhoudelijke werk, ook steeds meer de leidinggevenden kant op bewogen. Naast mijn werk begeleidde ik als vrijwilliger met heel veel plezier vakanties voor jongeren met een beperking via Stichting Wielewaal. In het voorjaar van 2012 kwamen mijn ambitie en passie samen toen ik de kans kreeg om als locatiemanager bij Reinaerde te gaan werken, een zorgorganisatie die zich richt op mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Uiteraard werd van me verwacht dat ik een opleiding zou gaan volgen op het gebied van management in de zorg. Dat werd de master Zorgmanagement waar ik afgelopen september mee ben gestart. Ik heb ontzettend veel geleerd; het was erg waardevol om kennis zowel vanuit de praktijk als de theorie te halen. De combinatie van een fulltime studie met een bijna fulltime baan in een nieuwe organisatie in een nieuwe functie was pittig, heel pittig, maar toch ben ik blij dat ik het gedaan heb.

Aanvankelijk werd ik tijdens mijn afstudeertraject begeleid door Kees van Wijk, het was onwerkelijk toen hij in januari onverwacht overleed. Daarna was het even zoeken hoe nu verder, gelukkig was Judith van den Broek bereid mij verder te begeleiden in mijn afstudeertraject. Judith, ontzettend bedankt voor je razendsnelle inhoudelijke feedback, eindeloos enthousiasme en onuitputtelijk vertrouwen! Ook Jeroen van Wijngaarden en Bert Huisman wil ik bedanken voor hun kritische blik als meelezers. Reinaerde, dank voor het vertrouwen dat ik dit onderzoek binnen de organisatie mocht uitvoeren. Daarbij was ik aangenaam verrast door de positieve reacties van alle locatiemanagers en directieleden die ik heb geïnterviewd, dank voor jullie tijd en openheid! Jongeren en medewerkers van woonlocatie Wijkersloot en buitenschoolse opvang Tyllette, bedankt voor jullie geduld als ik weer eens druk was met mijn studie.

En tot slot, Andre, eigenlijk zijn er geen woorden voor: het was vaak fijn, het was soms heel moeilijk, je was er altijd, dank, dank, dank voor alles!

Nu ga ik genieten van de zomer en de mensen om me heen!

Sanne Heesmans

Den Haag, juni 2013

Samenvatting

Dit onderzoek gaat in op de vraag in hoeverre leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg een spanningsveld beleven tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg voor cliënten en hoe zij hiermee om gaan. De literatuur geeft aan dat bij organisaties met een focus op kwaliteit van bestaan, de cliënt centraal staat en bij een focus op kwaliteit van zorg processen centraal staan. Het onderzoek heeft een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarbij veertien interviews zijn gehouden bij Reinaerde, een zorgorganisatie binnen de gehandicaptenzorg.

Uit de resultaten blijkt dat leidinggevenden niet zozeer een spanningsveld ervaren tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan, omdat leidinggevenden kwaliteit van zorg onlosmakelijk verbonden zien met kwaliteit van bestaan. Er wordt echter wel een spanningsveld ervaren tussen het voldoen aan prestatie-indicatoren enerzijds en bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds. Leidinggevenden worden vanuit de organisatie voornamelijk gestuurd op het voldoen aan prestatie-indicatoren. Zij vinden echter dat prestatie-indicatoren voornamelijk gericht zijn op het verantwoorden op procedures en processen en maar minimaal bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Dit spanningsveld wordt versterkt door regeldruk die leidinggevenden ervaren rondom het voldoen aan prestatie-indicatoren, maar ook door andere aspecten zoals niet vervulde randvoorwaarden die leidinggevenden tijd kosten om toch hun gestelde doelen voor bepaalde prestatie-indicatoren te halen. Daarnaast voelen leidinggevenden zich niet altijd ondersteund door de organisatie wanneer zij in het belang van de cliënt willen afwijken van de standaard. Dit levert ook een versterking op van het spanningsveld. Leidinggevenden met persoonskenmerken als lef en stevigheid blijken in staat te zijn een deel van het spanningsveld te negeren door hun eigen koers te varen. Pas wanneer leidinggevenden ervaren dat zowel de institutionele omgeving, die prestatie-indicatoren oplegt vanuit wet- en regelgeving, als Reinaerde de cliënt daadwerkelijk centraal stelt, zullen de leidinggevenden mindere mate of geen spanningsveld ervaren tussen hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten en datgene waarover zij verantwoording moeten afleggen.

Mogelijkheden voor organisaties om dit spanningsveld voor leidinggevenden te verkleinen zijn bijvoorbeeld brede beleidskaders op te stellen, waarbinnen leidinggevenden vrij mogen bewegen en meer aandacht geven aan zachte verantwoording in plaats van alleen maar harde verantwoording. Daarnaast is het om frustratie bij leidinggevenden te vermijden belangrijk dat bij het opleggen van prestatie-indicatoren randvoorwaarden goed zijn ingevuld, zodat leidinggevenden voldoende gefaciliteerd zijn worden om daadwerkelijk te kunnen voldoen aan de prestatie-indicatoren.

Summary

This thesis investigates the extent to which managers within disabilities organisations experience a tension between their responsibility for the quality of life and their responsibility for the quality of care of clients, and how the managers cope with this tension. The literature states that companies with a focus on quality of life take the client perspective as a fundamental basis, while processes are taken as a basis with a focus on quality of care. The research question is answered by performing a qualitative study, in which fourteen managers are interviewed who are employed by Reinaerde, a disability organisation in the Netherlands.

The results show that managers don't experience the expected tension between their responsibility for quality of life and quality of care, because according to the managers quality of life is intrinsically linked to quality of care. They do, however, experience a tension between on the one hand, meeting the performance indicators which the organisation requires them to fulfill, and on the other hand, maintaining quality of life and quality of care. Managers believe that performance indicators are mainly focused on justifying procedures and processes, while contributing only marginally to quality of life and quality of care. This tension, managers experience, is emphasized by the pressure caused by rules and regulations, but also by other aspects like preconditions that are not fully met within the organisation. It takes time for managers to achieve the goals set by performance indicators, while these preconditions are not fully met. In addition, managers don't always feel the support of the organisation, when they want to diverge from standard procedures concerning individual clients. This also causes an increase in tension managers experience within their responsibility. Managers with personal characteristics like courage and firmness were able to ignore part of this tension by taking their own course. Unless managers experience that both the institutional environment, which implements performance indicators from law, and Reinaerde are both able to really emphasize the individual client, managers will continue to experience a tension between their contribution to quality of life and quality of care and the performance indicators they are accountable for.

One possibility for organisations to reduce this tension is by creating broad policy frameworks within which managers can move freely. More attention to soft justifications, rather than only hard justifications, is another possibility for reducing this tension. In addition, it is important that preconditions are met in such a way that managers are able to fulfill their performance indicators without too much frustration.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	8
1.1 Aanleiding en doelstelling van het onderzoek.....	8
1.2 Probleemanalyse.....	9
<i>Van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van bestaan.....</i>	<i>9</i>
<i>Verantwoorden via prestatie-indicatoren.....</i>	<i>9</i>
<i>Mogelijk spanningsveld</i>	<i>10</i>
1.3 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader.....	12
2.1 Kwaliteit van bestaan.....	12
2.2 Kwaliteit van zorg	13
2.3 Kwaliteit van bestaan versus kwaliteit van zorg	14
2.4 Prestatie-indicatoren binnen de gehandicaptenzorg	15
2.5 Conclusie	17
2.6 Probleemstelling.....	18
3. Methoden van onderzoek	19
3.1 Onderzoeksopzet	19
3.2 Organisatie.....	19
3.3 Respondenten.....	20
3.4 Wijze van dataverzameling.....	20
3.5 Data analyse	21
3.6 Validiteit.....	22
3.7 Betrouwbaarheid	23

4. Resultaten	25
4.1 Definities beschreven vanuit de praktijk.....	25
<i>Kwaliteit van bestaan</i>	25
<i>Kwaliteit van zorg</i>	27
<i>Kwaliteit van bestaan versus kwaliteit van zorg</i>	28
4.2 Prestatie-indicatoren vanuit de ogen van leidinggeevenden	28
<i>Prestatie-indicatoren in het beleid van Reinaerde</i>	29
<i>Prestatie-indicatoren richten zich voornamelijk op processen en procedures</i>	29
4.3 Ervaren regeldruk rondom prestatie-indicatoren	31
<i>Geen regeldruk binnen cirkel van invloed</i>	31
<i>Wel regeldruk buiten cirkel van invloed</i>	33
4.4 Bijdragen leidinggeevenden aan kwaliteit van bestaan & kwaliteit van zorg	35
<i>Faciliterende rol</i>	36
<i>Ervaren invloed</i>	36
<i>Persoonsgebonden aanpak van leidinggeevenden</i>	37
4.5 Tot slot	37
5. Conclusie & Discussie	38
5.1 Conclusie	38
5.2 Theorie versus praktijk	41
<i>Definitie</i>	41
<i>Verschuiving spanningsveld</i>	41
<i>Discrepantie tussen visie en uitvoering</i>	43
<i>Regeldruk</i>	43
5.3 Reflectie op het onderzoek	44
5.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek	46
5.5 Aanbevelingen voor de praktijk.....	47
6. Literatuurlijst.....	49

Bijlage 1	Topiclijst & vragenlijst	53
Bijlage 2	Axiale codes	55
Bijlage 3	Deel van dataselectie behorende bij de axiale code 'Definitie kvb'	56
Bijlage 4	Antwoorden deelvragen probleemstelling	57

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling van het onderzoek

Leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg dragen enerzijds de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de cliënten. Daarbij is het uiteraard belangrijk dat de cliënten de juiste verzorging krijgen, maar het is ook van belang dat ze zich kunnen ontwikkelen, zelf keuzes kunnen maken en dat ze sociale relaties opbouwen. Om dit voor elkaar te krijgen is het belangrijk dat binnen de organisatie de aanpak en manier van werken wordt afgestemd op de verschillende cliënten en dat alle medewerkers hierop worden gecoacht. Daarbij is het als leidinggevende belangrijk om ook zelf contact te houden met cliënten, weten wat er speelt en leeft. Bij deze verantwoordelijkheid ligt de focus op de cliënt.

Anderzijds zijn leidinggevenden ook verantwoordelijk voor het proces van de zorg, waarbij zowel in- als externe eisen zijn vastgelegd in prestatie-indicatoren. Om te voldoen aan de gestelde prestatie-indicatoren zijn leidinggevenden bezig om te controleren of bepaalde processen (tijdig) zijn uitgevoerd, of medewerkers de juiste diploma's hebben en schrijven ze plannen en evaluaties. Bij deze verantwoordelijkheid ligt de focus op het proces.

Deze waarnemingen zijn gebaseerd op mijn eigen ervaringen als locatiemanager binnen de gehandicaptenzorg. In de literatuur wordt de focus op cliënten gekoppeld aan kwaliteit van bestaan en de focus op processen aan kwaliteit van zorg. Dit betekent dat leidinggevenden enerzijds verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van bestaan voor cliënten en anderzijds voor de kwaliteit van zorg. Steeds vaker verwonderde ik me over de focus op prestatie-indicatoren en de regeldruk die daarmee samenhangt. De prestatie-indicatoren lijken voornamelijk gericht op het verantwoorden van processen en lijken daarmee dus aan te sluiten bij kwaliteit van zorg, terwijl in de strategische beleidsstukken het streven naar optimale kwaliteit van bestaan voor cliënten voorop staat. Hier lijkt een spanningsveld te ontstaan. Door mijn eigen ervaringen vraag ik me af of en in hoeverre andere leidinggevenden dit spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg beleven en hoe zij hiermee omgaan. Hierbij komende de volgende deelvragen naar voren: Hoe definiëren leidinggevenden kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg? Hoe vinden leidinggevenden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg beïnvloedt? Ervaren leidinggevenden regeldruk rondom prestatie-indicatoren en hoe gaan zij hiermee om? Op welke manier vinden leidinggevenden dat zij bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg? Door antwoord te vinden op deze vragen hoop ik aanbevelingen te kunnen doen voor organisaties binnen de gehandicaptenzorg hoe zij er aan kunnen bijdragen dit spanningsveld voor leidinggevenden te verkleinen.

1.2 Probleemanalyse

Deze paragraaf gaat in op het spanningsveld waar leidinggevendenden binnen de gehandicaptenzorg mee te maken en onderbouwt de doelstelling van dit onderzoek aan de hand van de praktische relevantie en wetenschappelijke literatuur.

Van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van bestaan

Goede zorg binnen de gehandicaptensector draait, volgens Schalock (2007), om het creëren van een optimale kwaliteit van bestaan voor cliënten. Het gaat erom dat cliënten zelf keuzes kunnen maken, dat ze de zorg krijgen die nodig is en dat ze in een omgeving wonen die veilig en vertrouwd is. Bij kwaliteit van zorg wordt de nadruk gelegd op het creëren van een veilige en vertrouwde leefomgeving (van Loon 104). Er wordt daarbij juist weinig belang gehecht aan de ontwikkeling van cliënten (ibid.). Bij kwaliteit van zorg is de belangrijkste focus het proces van de zorg (Maes et al. 2000 in van Loon 2006:105), waarbij de organisatie vaak meer invloed heeft dan de cliënt zelf (van Loon 2006:105).

In de afgelopen 10 jaar heeft kwaliteit van bestaan steeds meer de nadruk gekregen in de gehandicaptensector, een fundamentele verandering ten opzichte van de eerdere focus op kwaliteit van zorg (Lyons 2010:103¹). Deze verandering is ingezet nadat de *American Association on Mental Retardation (AAMR)* de definitie voor personen met een verstandelijke beperking heeft herzien, waarbij de nadruk veel meer kwam te liggen op ondersteuning van een persoon (Luckasson 1992 in van Loon 2006:30). Met deze verschuiving naar meer nadruk op de kwaliteit van bestaan is het perspectief verschoven van de zorgaanbieder naar de cliënt zelf (Van Loon 2006:107). Een overgang van de nadruk op controle, gezondheid en veiligheid naar persoonlijk welbevinden van de cliënt zelf (ibid.).

Verantwoorden via prestatie-indicatoren

De afgelopen 30 jaar is de overheid steeds minder gaan bepalen hoe zorginstellingen hun werk moeten doen (van Dalen 2012b:20). Hierdoor is meer marktwerking, concurrentie en ondernemerschap ontstaan (Meurs & van der Grinten (2005) in van Dalen 2012b:20). Zorginstellingen kregen hierdoor zowel meer vrijheid als een grotere verantwoordelijkheid (ibid.). Het 'New Public Management' (NPM) dat in deze periode op kwam, bood een bedrijfsmatig kader om zorginstellingen in te richten en te managen (Stoopendaal 2008 in van Dalen 2012b:21). NPM streeft een overheid na die ruimte geeft aan marktwerking in publieke organisaties en zich daarbij op de achtergrond houdt. Hierbij wil de overheid wel het werk van professionals stevig controleren met metingen (ibid.). Noordergraaf geeft aan dat

¹(De Waele&Van Hove 2005; De Waele et al. 2005; Schalock 2005b in Lyons 2008:103)

met de opkomst van bedrijfsmanagement in de publieke sector *planning & control* een steeds belangrijkere rol is gaan spelen (2004, in van Dalen 2012b:21).

Deze ontwikkeling is ook te zien binnen de gehandicaptenzorg, waar de vele toezichthouders, waaronder de overheid, ministerie van VWS, Inspectie van de Gezondheidszorg en de zorgkantoren, steeds meer inzicht en grip willen krijgen op kwaliteit (van Dalen 2012b:22). Zorginstellingen zijn wettelijk verplicht bepaalde gegevens aan te leveren over de manier waarop zij zorg verlenen. Zij moeten zich altijd kunnen verantwoorden over hun handelen (Rijksoverheid 2005 (Art. 6.3 & Art. 7), RIVM 2012, Art. 2 & Art 16 Wet toelating zorginstellingen). Hiervoor zijn objectief meetbare normen en bijbehorende prestatie-indicatoren ontwikkeld (ibid., VGN 2007 & VGN 2012). Het gebruik van prestatie-indicatoren, waarmee het werk van professionals gecontroleerd kan worden, lijkt door de focus op processen vooral aan te sluiten bij het meten van kwaliteit van zorg. In hoeverre deze prestatie-indicatoren bijdragen aan de kwaliteit van bestaan is niet terug te vinden in literatuur.

De focus op de prestatie-indicatoren heeft geleid tot regeldruk en een administratieve last binnen de gehandicaptenzorg. De overheid is momenteel bezig met het 'Experiment regelarme instellingen' om bureaucratie in de langdurige zorg aan te pakken (Doorn 2011 & In voor Zorg 2013a). Voorlopig blijft de regeldruk rondom prestatie-indicatoren echter nog bestaan. Dit voelen de zorgprofessionals, die nadat ze in de jaren zeventig kritiek kregen op hun autoritaire houding, hun handelingsruimte steeds meer hebben zien inperken door steeds meer protocollen en procedures (van Dalen 2012b:29). Ook leidinggevenden staan onder druk, zij hebben enerzijds de opdracht aan de (veelal administratieve) eisen te voldoen die zijn gedefinieerd in prestatie-indicatoren, maar hebben ze daarmee ook voldaan aan hun taak om de kwaliteit van bestaan van cliënten te optimaliseren (Moen et al. 2000 in van Dalen 2012b:29)?

Mogelijk spanningsveld

Hiermee is enerzijds de beweging te zien van een focus op kwaliteit van zorg naar een focus op kwaliteit van bestaan, waarbij steeds meer wordt gekeken welke ondersteuning een individu nodig heeft om een beter leven te leiden (van Loon 2006:62). Anderzijds is door de toenemende verantwoording die zorginstellingen moeten afleggen juist een tegengestelde beweging te zien richting kwaliteit van zorg. De prestatie-indicatoren die hiervoor worden gebruikt lijken door hun focus op processen veel meer gericht op het meten van de kwaliteit van zorg, waarbij termen als efficiency, beheersing en transparantie kwalitatieve waarden als betrokkenheid, aandacht en vertrouwen lijken te overheersen (van Dalen 2012b:25).

Dit onderzoek richt zich op het meer inzicht krijgen of leidinggevenden deze tegengestelde beweging als spanningsveld beleven en hoe zij hiermee omgaan. Hierbij is onderzocht op welke manier leidinggevenden vinden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg beïnvloed. Daarbij is ook op zoek gegaan naar de beleving van leidinggevenden over hun invloed op de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg.

1.3 Leeswijzer

Dit onderzoek start met een theoretisch kader waarin de definities van kwaliteit van bestaan, kwaliteit van zorg, prestatie-indicatoren en regeldruk zijn beschreven, waarbij ook wordt ingegaan op de relaties tussen deze begrippen binnen de gehandicaptenzorg. Hoofdstuk 3 vermeldt de aard van het onderzoek, de onderzoeksmethoden, de uitvoering van het onderzoek en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. De deelvragen worden aan de hand van de interviews en de beleidsstukken uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 4. Waarna de conclusie, theoretische discussie en aanbevelingen volgen in hoofdstuk 5.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat in op relevante wetenschappelijke literatuur over de begrippen kwaliteit van bestaan, kwaliteit van zorg, prestatie-indicatoren en regeldruk. Er wordt ingegaan op de definities van deze begrippen en de relaties tussen deze begrippen, waarbij de vertaling wordt gemaakt naar de context van de gehandicaptenzorg.

2.1 Kwaliteit van bestaan

Er zijn vele definities van het concept 'kwaliteit van bestaan' (*Quality of Life*). Lyons (2010:78) heeft een overzicht gemaakt van de verschillende manieren waarop de term kwaliteit van bestaan wordt gebruikt in de literatuur. Hierbij gaat de discussie enerzijds om de vraag of kwaliteit van bestaan een verzameling is van verschillende elementen als tevredenheid en psychisch welzijn of dat deze termen eigenlijk hetzelfde zijn als kwaliteit van bestaan. Daarbij is er ook een discussie of kwaliteit van bestaan een subjectief begrip is of dat dit ook objectieve elementen bevat:

Some authors have used terms such as QOL [Quality of Life], life satisfaction, psychological wellbeing, and subjective wellbeing interchangeably². Others have regarded QOL

as a multidimensional concept that encompasses life satisfaction and these other concepts³. (...) Whereas [others] (...) argued that QOL is more than the subjective experience of life satisfaction⁴. The terms subjective wellbeing and subjective QOL are widely used in the literature⁵, and they refer to "the perceptions of the individual"⁶.(Lyons 2010:78-79)

In het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg worden de acht domeinen gebruikt die volgens Schalock (2002: in VGN 2007:16) relevant zijn voor de kwaliteit van bestaan van een persoon. Dit kwaliteitskader is in gezamenlijkheid ontwikkeld door cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroepsorganisaties, de Inspectie voor de gezondheidszorg, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Zorgverzekeraars Nederland (VGN 2007:28). De definitie van Schalock wordt veel gebruikt binnen de gehandicaptenzorg in Nederland, derhalve zal deze definitie dan ook worden gehanteerd in dit onderzoek. Schalock (1994:121) definieert de kwaliteit van bestaan als een concept dat de gewenste condities van

²(Dempsey & Foreman 1997; Dennis et al. 1993; Zhan 1992 in Lyons 2008:78).

³(Abbey & Andrews 1986; Headey & Wearing 1992; Pavot & Diener 1993 in *ibid.*).

⁴(Romney et al. 1994; Cummins 2005a in *ibid.*).

⁵(Brown et al. 1994; Cummins 2005d; Griffin 1998; Parse 1996; Pavot & Diener, 1993 in Lyons 2008:79).

⁶(Andrews 1986; Evans 1994; Horn 1993 in *ibid.*: 79).

leven weergeeft die gerelateerd zijn aan de leefomgeving, werk en gezondheid van een persoon. Na een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder 900 cliënten met een verstandelijke beperking, hun ouders/verwanten en hun begeleiders in tien landen in drie verschillende werelddelen komen Schalock e.a. (2008:182) tot drie overkoepelende factoren die belangrijk zijn voor een optimale kwaliteit van bestaan: onafhankelijkheid, sociale participatie en welbevinden. Deze factoren zijn onder te verdelen naar acht domeinen. Deze domeinen vormen samen persoonlijk welzijn en geven de reikwijdte waarover het concept kwaliteit van bestaan zich uitstrekt en definiëren hiermee het multidimensionale karakter van de kwaliteit van bestaan (Schalock e.a. 2008:183). Deze acht domeinen, zoals zelfbepaling en materieel welbevinden, zijn voor alle personen gelijk. Wel zijn er mogelijk onderlinge verschillen in wat iemand belangrijk vindt of waar iemand meer waarde aan hecht (Schalock & Verdugo 2012:195). Een overzicht van de factoren en domeinen is gegeven in tabel 1.

Factor	Domein
Onafhankelijkheid	Persoonlijke Ontwikkeling Zelfbepaling
Sociale Participatie	Interpersoonlijke Relaties Sociale Inclusie Rechten
Welbevinden	Emotioneel Welbevinden Fysiek Welbevinden Materieel Welbevinden

Tabel 1 Kwaliteit van bestaan: factoren en domeinen (Schalock et al. 2008: 182)

2.2 Kwaliteit van zorg

Historisch was het zo dat het creëren van een veilige en vertrouwde leefomgeving de belangrijkste nadruk was van organisaties binnen de gehandicaptenzorg (van Loon 104). Er werd daarbij weinig belang gehecht aan de ontwikkeling van cliënten (ibid.). Naar deze beschrijving wordt in de literatuur verwezen als kwaliteit van zorg (van Loon 2006:104). Kenmerken van kwaliteit van zorg zijn dat cliënten worden gezien als consumenten en niet als burgers in een maatschappij; de mening van cliënten vaak wordt ondergesneeuwd door die van medewerkers en resultaten vaak op een eenvoudige manier worden gemeten, waarbij een beoordeling gebaseerd op waarden vaak minder gewaardeerd wordt Van Loon (2006:105). De term kwaliteit van zorg geeft al aan dat de focus ligt op het leveren van goede zorg, processen zijn zo efficiënt mogelijk ingericht met veel procedures en protocollen in een veilige omgeving (De Waele & van Hove 2005:629-630). Deze procedures en

protocollen leiden tot een administratieve en gepercipieerde regeldruk binnen de gehandicaptenzorg (Keuning en Wolters 2007: in van Dalen 2012b:23, Doorn 2011, In voor Zorg 2012).

2.3 Kwaliteit van bestaan versus kwaliteit van zorg

Kwaliteit van bestaan heeft in de afgelopen 10 jaar steeds meer de nadruk gekregen in de gehandicaptensector, een fundamentele verandering ten opzichte van de eerdere focus op kwaliteit van zorg (Lyons 2010:103⁷). Door de definitieverandering van de AAMR werd een verstandelijke beperking niet meer gezien als een vast kenmerk van een persoon, maar dat een verstandelijke beperking wijst naar wezenlijke beperkingen in het huidige functioneren (van Loon 2006:30). Het verschil zit voornamelijk in het belang van interactie tussen individu en omgeving en de invloed daarvan op het functioneren van de persoon (ibid.). Er wordt hierdoor veel meer nadruk gelegd op de noodzakelijke ondersteuning voor een persoon, in plaats van op het niveau van functioneren dat is afgeleid van de intelligentiequotiënt (IQ) (ibid.). Het maakt in een organisatie veel verschil of men de focus legt op kwaliteit van zorg of dat men de focus legt op kwaliteit van bestaan (De Waele et al., 2005). Het uitgangspunt van een organisatie die focust op de kwaliteit van bestaan is dat mensen met een verstandelijke beperking dezelfde domeinen belangrijk vinden, die voor iedereen belangrijk zijn; de kwaliteit van bestaan wordt verhoogd als mensen zelf keuzes mogen maken over hun eigen manier van leven en wanneer men op een persoonlijke, individuele manier ondersteuning krijgt (van Loon 2006:106). Een organisatie gefocust op de kwaliteit van zorg richt zich op het verbeteren van het zorgstelsel en richt zich meer op efficiëntie, doeltreffendheid van de kosten en planning (ibid.:107). Tabel 2 geeft een overzicht van de essentiële verschillen tussen een focus op kwaliteit van zorg en een focus op kwaliteit van bestaan (van Loon 2006:107).

	Kwaliteit van zorg focus	Kwaliteit van bestaan focus
Perspectief	Zorgaanbieder	Persoon in zijn natuurlijke netwerk
Belang	Proces	Gewenste resultaten
Inhoud	Management van zorgstelsels	Ondersteuning en de effecten daarvan op iemands persoonlijk leven
Typische criteria voor beoordeling	Efficiëntie, doeltreffendheid van de kosten, planning, gebruikerstevredenheid	Op waarden gebaseerde lange termijn resultaten van inclusie, persoonlijke ontplooiing en zelfbepaling
Structuren	De huidige zorgstelsels moeten slechts verbeterd worden	Ondersteuning moet iemand persoonlijk helpen, zelfs als dit betekent dat er alternatieve structuren moeten worden gevonden

Tabel 2 Verschillen tussen een kwaliteit van zorg vs. kwaliteit van bestaan focus (van Loon 2006:107)

⁷(De Waele & Van Hove 2005; De Waele et al. 2005; Schalock 2005b in Lyons 2008:103)

Van Loon (2006:124) concludeert dat een focus gericht op kwaliteit van zorg een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van bestaan. Wanneer in een organisatie veel aandacht is voor controle en veiligheid, vastgelegd in procedures, is er vaak minder speelruimte voor de behoeftes van de cliënt zelf. Deze tegenstelling benoemt van Loon (2006:124-125) in het volgende citaat:

Kerndimensies van kwaliteit van bestaan (...) kunnen risico lopen als een organisatie of instelling zich alleen richt op kwaliteit van zorg, omdat de procedures (...) hoofdzakelijk te maken hebben met controle, macht, gezondheid en veiligheid(...). In vergelijking, het focussen op kwaliteit van bestaan legt de belangrijkste nadruk op voor de persoon gewenste lange termijnresultaten die samenhangen met onafhankelijkheid, productiviteit en inclusie in de samenleving (...). Dit is een belangrijk verschil. (Van Loon 2006:124-125)

2.4 Prestatie-indicatoren binnen de gehandicaptenzorg

Ondanks dat de kwaliteit van bestaan steeds meer nadruk heeft gekregen binnen de zorg (Lyons 2010: 103), lijkt de kwaliteit van zorg een dominant thema te blijven. Dit komt doordat toezichthouders steeds meer inzicht en grip willen krijgen, waarbij zorginstellingen zich via prestatie-indicatoren, die voornamelijk gericht zijn op processen moeten verantwoorden (van Dalen 2012a: 22, 33; VGN 2007 & VGN 2012). De term prestatie-indicator is een complex begrip dat niet eenduidig wordt gebruikt. Dorr (2000:128) definieert een prestatie-indicator als een “meetbare grootheid die informatie geeft over het functioneren van een bepaald proces en de mate waarin de gestelde doelen worden bereikt”. Deze informatie is nooit zwart-wit, het is een afspiegeling van prestaties of kwaliteit (Harteloh & Casparie 2001 in Hamers 2005:10). Een prestatie-indicator werkt signalerend (Schellekens et al. 2003) en geeft een indicatie voor kwaliteit (Groenewoud & Huijsman 2003 in Hamers 2005:10). De gegeven informatie moet echter altijd geanalyseerd en geïnterpreteerd worden voordat helder is wat er precies aan de hand is (Schellekens et al. 2003). De focus op prestatie-indicatoren lijkt binnen de gehandicaptenzorg te leiden tot regeldruk en administratieve last (Keuning en Wolters 2007: in van Dalen 2012b:23, Doorn 2011, In voor Zorg 2012).

Er wordt in de literatuur geen eenduidige definitie gegeven van het begrip regeldruk (Gestel & Hertogh 2006:114). Een essay geschreven vanuit het Ministerie van Justitie (2006:4) geeft een ruime definitie: “Regeldruk is te definiëren als de investering en inspanning die burgers, bedrijven en instellingen moeten verrichten en de vrijheidsbeperking die ze ondergaan om zich aan de regels te houden”. Aa et al. (2011:17) noemen vier soorten regeldruk: administratieve, feitelijke, potentiële en gepercipieerde regeldruk. Administratieve regeldruk

zijn de administratieve inspanningen die een organisatie moet verrichten “om te voldoen aan de informatieverplichting die voortvloeit uit wet- en regelgeving” (Aa et al. 2011:17). Feitelijke regeldruk is breder dan de administratieve inspanningen, denk hierbij aan het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie (ibid.). Potentiële regeldruk bevat alle regels die zijn vastgesteld en mogelijk van toepassing zijn voor de organisatie (ibid.). De druk die een organisatie ervaart als gevolg van – al of niet bestaande – wetten of regelingen wordt gepercipieerde regeldruk genoemd (ibid.).

Jaarlijks verantwoordden zorgaanbieders zich in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) door middel van een vaste opzet: het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen (JMV) (RIVM 2012). Binnen de gehandicaptensector wordt daarnaast sinds 2011 de kwaliteit gemeten en verbeterd aan de hand van de vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN 2007, VGN 2012). De kwaliteit en financiële kaders worden binnen de zorg onder andere gevangen in prestatie-indicatoren (VGN 2007). Deze prestatie-indicatoren worden opgelegd aan de zorginstellingen, die deze binnen hun organisatie moeten verantwoorden. Zowel de JMV als het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg bestaan onder andere uit vragenlijsten, gebaseerd op prestatie-indicatoren, die door de zorginstellingen moeten worden ingevuld. Daarnaast moeten zorgaanbieders aan een aantal eisen voldoen om basisfinanciering te krijgen. Deze eisen zijn landelijk bepaald (RIVM 2012).

De overheid, toezichthoudende instellingen en verzekeraars proberen volgens Van Dalen (2012a:33) steeds meer zicht en grip te krijgen op kwaliteit van zorg, waarbij men prestatie-indicatoren gebruikt om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg (ibid., VGN 2007 & VGN 2012). Er moet volgens Putters (2009:19) in vele richtingen tegelijk verantwoording worden afgelegd. Waar dat niet adequaat gebeurt, wordt volgens hem opnieuw de oplossing gezocht in betere structuren, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen en dwingende keurmerken (Putters 2009:19). De gebruikte instrumenten belichten volgens Van Dalen (2012:34) slechts een klein aspect van de kwaliteit van zorg, en meten niet altijd wat ze zeggen te meten en hebben ongewenste neveneffecten. Organisaties gaan zich gedragen naar de criteria en de indicatoren en ontwikkelen strategisch gedrag waardoor ze op papier doelen bereiken, maar in de werkelijkheid van de zorgpraktijk de daadwerkelijke doelen niet bereiken (ibid.). Wanneer het om kwaliteit en cliëntveiligheid gaat behoren de zaken op orde te zijn, maar “instrumentalisering en centralisatie leiden in een sociaal en professioneel systeem tot bureaucrativering en angstig gedrag” (Putters 2009: 19).

Deze bureaucrativering gevat in prestatie-indicatoren heeft er toe geleid dat leidinggevendenden in de gehandicaptenzorg onder druk staan (Moen et al. 2000 in van Dalen 2012b:29). Van oudsher blijken leidinggevendenden de medewerkers uit het primaire proces te willen

beschermen tegen (externe) onderzoeken gebaseerd op prestatie-indicatoren (Smith 2002:111). Om binnen een organisatie succesvol met prestatie-indicatoren te werken moet deze instelling van leidinggevenden veranderen (ibid.), leidinggevenden zouden medewerkers moeten betrekken bij de terugkoppeling op prestatie-indicatoren. De regeldruk rondom prestatie-indicatoren wordt zowel gevoeld door zorgprofessionals als leidinggevenden (van Dalen 2012b:29). De administratieve en gepercipieerde regeldruk binnen de gehandicaptenzorg wordt zowel vanuit de praktijk als in de literatuur benoemd (Keuning en Wolters 2007: in van Dalen 2012b:23, Doorn 2011, In voor Zorg 2012).

2.5 Conclusie

Er lijken twee tegengestelde bewegingen plaats te vinden. Enerzijds de beweging van een focus op kwaliteit van zorg naar een focus op kwaliteit van bestaan, waarbij de focus ligt op het individu (van Loon 2006:62). Anderzijds de beweging naar meer prestatie-indicatoren die lijken te leiden tot regeldruk en een administratieve last binnen de gehandicaptenzorg. Deze laatste beweging lijkt door de focus op processen meer aan te sluiten bij de kwaliteit van zorg (van Dalen 2012b:25), omdat deze prestatie-indicatoren gaan over de kwaliteit van dienstverlening in plaats van het individu. Vanuit zowel de literatuur als de praktijk komt de regeldruk naar aanleiding van het gebruik van prestatie-indicatoren naar voren (Keuning & Wolters 2007: in van Dalen 2012b, Doorn 2011 en In voor Zorg 2013a&b). Deze twee tegengestelde bewegingen in combinatie met de gepercipieerde regeldruk lijken binnen de gehandicaptenzorg een spanningsveld te veroorzaken.

Er wordt in de literatuur weinig geschreven over dit mogelijke spanningsveld waarin leidinggevenden zich bevinden door enerzijds verantwoordelijk te zijn voor de kwaliteit van bestaan en anderzijds de kwaliteit van zorg. Dit onderzoek gaat op zoek naar de beleving van leidinggevenden over dit spanningsveld en hoe zij hiermee omgaan. Daarbij wordt ook gekeken op welke manier leidinggevenden vinden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg beïnvloed. Het is belangrijk hier meer inzicht in te krijgen, omdat de resultaten enerzijds helpen te sturen in de balans tussen de focus op kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg binnen een organisatie en hoe prestatie-indicatoren daar volgens managers wel of niet aan bijdragen. Daarnaast helpt het inzicht over de aanpak van managers en hun beleving daarbij de juiste mensen te selecteren voor bepaalde plekken binnen de gehandicaptenzorg.

2.6 Probleemstelling

De hiervoor beschreven inleiding en theoretisch kader hebben geleid tot de volgende probleemstelling:

In hoeverre beleven leidinggevenden⁸ binnen de gehandicaptenzorg een spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en hoe gaan zij hiermee om?

Deze probleemstelling wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- *Hoe definiëren leidinggevenden kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten binnen de gehandicaptenzorg?*
- *Hoe vinden leidinggevenden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg beïnvloedt?*
- *In hoeverre ervaren leidinggevenden regeldruk rondom het voldoen aan prestatie-indicatoren? En hoe gaan zij daarmee om?*
- *Op welke manier dragen leidinggevenden bij aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg? Hoe beleven zij hun invloed hierop en wat vinden zij van de balans hierin?*

⁸ In dit onderzoek zijn zowel locatiemanagers als directeuren betrokken.

3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de aard van het onderzoek, de onderzoeksmethoden, de uitvoering van het onderzoek en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek toegelicht.

3.1 Onderzoeksopzet

De probleemstelling richt zich op het willen begrijpen van de belevingswereld van leidinggevenden (Mortelmans 2009:23). Het begrijpen wat de verschillen zijn in beleving tussen de diverse leidinggevenden en hoe zij daarmee omgaan. Er is in dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet, omdat dit goed aansluit bij het op zoek gaan naar het antwoord op deze 'hoe'-vragen (Silverman 2010:11). De onderzoeksopzet bestaat uit een casestudie, hiervoor is gekozen om de beleving van verschillende leidinggevenden binnen een organisatie te kunnen vergelijken en in samenhang te kunnen zien met de organisatie. Gezien de beperkte omvang van dit onderzoek (vijf maanden) is gekozen voor een single case onderzoek, dit wil zeggen dat één case is bestudeerd en uitgewerkt (Mortelmans 2009:175). Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij Reinaerde, een zorgorganisatie binnen de gehandicaptenzorg. De onderzoeker werkt zelf bij deze organisatie. Dit heeft het voordeel dat de organisatie voor de onderzoeker gemakkelijk toegankelijk was. Echter, de onderzoeker moest zich hierbij continu bewust zijn van haar eigen positie, aangezien zij natuurlijk persoonlijke werkervaringen heeft binnen deze organisatie, maar zich er voor wilde behoeden dit invloed te laten hebben op het onderzoek.

3.2 Organisatie

Reinaerde is een zorgorganisatie binnen de gehandicaptenzorg in de regio Utrecht, die voor een brede groep mensen die ondersteuning nodig heeft een optimale kwaliteit van bestaan wil bereiken. Reinaerde biedt dienstverlening en ondersteuning aan kinderen, jongeren en volwassenen op het terrein van wonen, werken, dag- en vrijetijdsbesteding. De vorm van de begeleiding en ondersteuning is afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Van intensieve verzorging en behandeling tot diverse vormen van begeleiding 'op afstand'. Van 24 uur per dag tot 2 uur in de week. Reinaerde biedt ondersteuning aan 2200 cliënten en hun verwanten. De ondersteuning vindt plaats op 350 locaties. Bij Reinaerde werken 2300 medewerkers en 580 vrijwilligers (Reinaerde 2013a).

3.3 Respondenten

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden is het van belang om met de leidinggevenden zelf in gesprek te gaan. Er is gekozen om dit te doen op basis van interviews met leidinggevenden op het niveau van locatiemanager en het niveau van directeur, omdat vooraf de verwachting was dat er verschillen zouden zijn tussen hun belevingen. In totaal zijn veertien interviews gehouden waarvan tien met locatiemanagers en vier met directeurs. Hierbij zijn de directeurs van de organisatorische eenheden Wonen, Werk- en Dagbesteding en Kinderen & Jeugd geïnterviewd, ook is een adjunct-directeur geïnterviewd deze is in de resultaten meegenomen als directeur. De tien locatiemanagers bestonden ook uit een selectie van de genoemde resultaat verantwoordelijke eenheden. Op deze manier kon worden onderzocht of er verschillen zijn tussen de beleving van leidinggevenden binnen de 24-uurs zorg en leidinggevenden van werk- en dagbestedinglocaties. De managers zijn zo geselecteerd dat een mix ontstond met diverse achtergronden, ervaringsjaren, doelgroep, branche en regio.

3.4 Wijze van dataverzameling

Allereerst is een literatuurstudie uitgevoerd die is opgenomen in het theoretisch kader. Daarnaast zijn organisatiedocumenten binnen Reinaerde bestudeerd, zoals het jaarplan Wonen, waarin alle prestatie-indicatoren genoemd staan en verschillende beleidsdocumenten. De onderzoeker was met de meeste documenten al bekend, aangezien zij zelf werkzaam is binnen de organisatie. Naast het bestuderen van de organisatiedocumenten zijn diepte interviews gehouden met 14 respondenten, zoals benoemd in de vorige paragraaf. Voorafgaand aan de interviews kregen de leidinggevenden geen informatie over het onderwerp, zodat de respondenten niet beïnvloed werden. De enige informatie die ze kregen was dat het ging om een onderzoek over leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg.

Binnen dit onderzoek is gekozen voor interviews met semigestructureerde vragenlijsten. Dit wil zeggen dat de interviews waren voorbereid en in grote lijnen gestructureerd, terwijl er voldoende ruimte overbleef voor de respondent om het interview in te vullen (Mortelmans 2009:216). Deze manier gaf een kapstok om de belangrijke onderwerpen aan bod te laten komen (Mortelmans 2009:217), terwijl het ook mogelijk bleef om verdiepende vragen te stellen. Allereerst is een topiclijst opgesteld aan de hand van de probleemanalyse en het theoretisch kader. Deze topiclijst is gebruikt om de vragenlijst te formuleren. Tijdens de interviews werd gestart met een openingsvraag om de respondent te laten wennen. Vervolgens werden inleidingsvragen gesteld over de definitie van kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Via de transitievragen werd naar de kern van het interview gestuurd: de

sleutelvragen. Het interview werd afgerond met besluitende vragen. De topiclijst en vragenlijst zijn opgenomen in bijlage 1.

De interviews zijn, nadat toestemming was gevraagd, digitaal opgenomen en vervolgens uitgewerkt tot een interviewtranscript. De interviewtranscripts zijn voorgelegd aan de respondenten, de zogenaamde *member checks*, zodat zij deze konden toetsen op herkenbaarheid en correctheid. Van de veertien respondenten hebben er vijf een reactie gegeven akkoord te zijn en twee leidinggevendenden hebben enkele tekstuele aanvullingen gedaan. De overige respondenten hebben geen reactie gegeven op de interviewtranscripten. Ook de uiteindelijk gebruikte quotes zijn ter goedkeuring voorgelegd aan de desbetreffende respondenten, alle respondenten hebben hierop hun akkoord gegeven.

3.5 Data analyse

Het doel van de analyse is om de karakteristieken en regelmatigheden te ontdekken, de betekenis te begrijpen en tot slot te reflecteren (Tesch 1990: in Mortelmans 2009: 349). De uitvoering van de analyse binnen dit onderzoek is geïnspireerd op de analyse methode binnen de *Grounded Theory* (Mortelmans 2009:350). Voor deze analyse methode is gekozen vanwege de gestructureerde aanpak, daarnaast wordt deze analyse methode veelvuldig gebruikt binnen Nederland (ibid.). Hierbij zijn de volgende stappen doorlopen:

- *Open coderen*: Allereerst zijn de interviewtranscripten open gecodeerd, hierbij zijn kleine stukken tekst gelabeld. In totaal werden 1040 open codes gelabeld.
- *Axiaal coderen*: Vervolgens zijn alle open codes met elkaar vergeleken en de open codes die met elkaar samenhangen zijn gecombineerd tot concepten, deze fase heet axiaal coderen (Mortelmans 2009:356)). Hierbij zijn de 1040 open codes met elkaar verbonden tot 51 axiale codes, de axiale codes zijn opgenomen in bijlage 2.
- *Selectief coderen*: Deze concepten (oftewel axiale codes) zijn weer met elkaar verbonden tot de resultaten zoals beschreven in hoofdstuk 4, deze laatste fase heet selectief coderen (ibid.).
- *Quotes selecteren*: Tijdens de diverse fasen in het analyse proces heeft de onderzoeker ook direct stukken tekst uit de interviewtranscripten geselecteerd die mogelijk geschikt konden zijn als quote. De quotes werden gekoppeld aan de axiale codes, zodat deze altijd weer bij elkaar gezocht konden worden.
- *Interpretaties vastleggen*: Daarnaast werden ook interpretaties vastgelegd die bij de onderzoeker opkwamen tijdens het analyse proces, ook deze werden gekoppeld aan de axiale codes.

Door al deze codes, quotes en interpretaties overzichtelijk vast te leggen in Excel was het voor de onderzoeker mogelijk om tijdens de laatste fase van de analyse selecties te maken op basis van axiale codes, functie van respondenten, type (C=code, Q=quote of I=interpretatie), etc. Dit heeft het proces tijdens het selectief coderen erg geholpen.

In bijlage 3 is een screenshot opgenomen van het Excel-bestand, met daarin een selectie van de open codes behorende bij de axiale code 'Definitie kwaliteit van bestaan'. Daarin is ook te zien dat elke open code is gecodeerd met een interviewcode en opmerking nummer, daardoor zijn alle open codes gemakkelijk terug te vinden in het originele interviewtranscript. De quotes in hoofdstuk 4 bevatten een referentie met deze codering van interviewcode en opmerking nummer.

3.6 Validiteit

Deze paragraaf beschrijft hoe de onderzoeker binnen dit onderzoek aan bepaalde kwaliteitseisen heeft voldaan op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid.

Bij validiteit van het onderzoek gaat het erom dat de interpretaties die de onderzoeker maakt overeenstemmen met de verzamelde data, ofwel of de resultaten geloofwaardig zijn (Mortelmans 2009: 436). Silverman (2010:276) voegt daaraan toe dat het belangrijk is om als onderzoeker aan te tonen dat de interpretaties gebaseerd zijn op kritisch onderzoek van alle verzamelde data en niet op basis van een goed geselecteerd voorbeeld. Binnen dit onderzoek is de validiteit door middel van diepgang in de dataverzameling, triangulatie en controle bij respondenten gewaarborgd, dit zijn voorbeelden van interne validiteit (Guba & Lincoln 1989 in Mortelmans 2009:436).

Diepgang in de dataverzameling denkt de onderzoeker te hebben bereikt door diepte interviews te houden, waarbij de onderzoeker goed was voorbereid door middel van een literatuurstudie en kennis van de organisatie. Uit alle locatiemanagers van Reinaerde is een selectie gemaakt van tien locatiemanagers, waar gekeken is naar een brede vertegenwoordiging. De geselecteerde locatiemanagers hebben diverse achtergronden, ervaringsjaren, doelgroep, branche en regio. Daarnaast zijn de directeuren van Reinaerde (Kinderen & Jeugd, Wonen en Werk- & Dagbesteding) geïnterviewd. Deze interviews van een uur zijn opgenomen en uitgewerkt tot een interviewtranscript. Het projectvoorstel is niet vooraf toegestuurd om mogelijke beïnvloeding te voorkomen. Leidinggevenden waar de onderzoeker haar ideeën mee heeft besproken zijn niet uitgenodigd voor een interview, ook managers waar de onderzoeker een coachrelatie mee heeft zijn niet meegenomen.

Om het resultaat van een onderzoek krachtiger te laten zijn wordt binnen kwalitatief onderzoek triangulatie gebruikt (Mortelmans 2009:437), dit betekent dat het onderzoek

vanuit verschillende zijden wordt bekeken. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van de vorm data triangulatie, dit betekent dat gebruik is gemaakt van verschillende typen data (ibid.). De resultaten in dit onderzoek zijn tot stand gekomen door middel van diepte-interviews. Daarnaast zijn door de onderzoeker bij Reinaerde diverse organisatiedocumenten bestudeerd, zoals het jaarplan Wonen, waarin alle prestatie-indicatoren genoemd staan en verschillende beleidsdocumenten.

Door middel van *member check* is feedback gevraagd aan de respondenten (Mortelmans 2009:440). Enerzijds door de interviewtranscripten ter controle voor te leggen aan de respondenten en anderzijds door de uiteindelijke resultaten voor te leggen aan (enkele) respondenten. De feedback die dit opleverde heeft de onderzoeker na zorgvuldige afweging verwerkt. Gedurende het onderzoek heeft de onderzoeker interpretaties bijgehouden, deze zijn gekoppeld aan de axiale codes.

Naast interne validiteit is er binnen kwalitatief onderzoek ook aandacht voor externe validiteit, waarbij het gaat om de generaliseerbaarheid van resultaten (Mortelmans 2009:442). Externe validiteit bijvoorbeeld richting ziekenhuiszorg is niet het doel van dit onderzoek, aangezien de context van de gehandicaptenzorg erg belangrijk is voor de resultaten van het onderzoek.

3.7 Betrouwbaarheid

Binnen kwalitatief onderzoek wordt betrouwbaarheid in de klassieke betekenis, reproduceerbaarheid, niet als kenmerk beschouwd (Mortelmans 2009:433). Het is tenslotte onwaarschijnlijk dat bij een tweede interview met dezelfde respondent exact dezelfde antwoorden worden gegeven. Toch zijn er andere manieren waarop de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek kan worden vergroot. Op het gebied van interne betrouwbaarheid wordt binnen dit onderzoek wanneer er informatie uit literatuur wordt gebruikt verwezen naar de desbetreffende literatuur, hierbij wordt gebruik gemaakt van de Chicagostijl. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, deze is opgenomen in bijlage 1. De onderzoeker is waar nodig van deze vragenlijst afgeweken om verder verdiepende en verduidelijkende vragen te kunnen stellen. Door de verschillende interviews wel op dezelfde manier in te richten waren de resultaten beter te vergelijken in de analyse. Daarnaast hielp de vragenlijst de onderzoeker om scherp te blijven op haar onafhankelijke rol als interviewer, doordat de structuur is vastgelegd. De interviews zijn uitgewerkt tot transcripten, deze zijn niet integraal in het onderzoek opgenomen, maar zijn indien gewenst wel toegankelijk voor andere onderzoekers.

Daarnaast is binnen dit onderzoek aandacht besteed aan externe betrouwbaarheid, bijvoorbeeld door de open en axiale codes die volgden uit het analyseproces op een duidelijke manier te documenteren in een Excel-bestand. Aan alle open codes zijn

referenties gekoppeld, waardoor de open code gemakkelijk terug te vinden is in het originele interviewtranscript. Hierdoor is traceerbaar welke stappen de onderzoeker heeft genomen om tot de uiteindelijke resultaten te komen. Een screenshot van het ontwikkelde Excel-bestand is opgenomen in bijlage 3.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de deelvragen uit de probleemstelling beantwoord om uiteindelijk te kunnen beantwoorden in hoeverre leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg een spanningsveld beleven tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en hoe zij hiermee omgaan. De resultaten komen voort uit veertien interviews die, in het kader van dit afstudeeronderzoek, met leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg zijn gehouden. Daarnaast zijn beleidsstukken van Reinaerde bestudeerd. Een samenvatting van dit hoofdstuk, met de antwoorden op de deelvragen op een rij is te vinden in bijlage 4. In het volgende hoofdstuk volgt de conclusie en worden de opvallende elementen verder ontrafeld in een discussie.

Er zijn zowel locatiemanagers als directeuren geïnterviewd. Enkel daar waar de zienswijze van de twee niveaus niet bij elkaar aansluit, worden deze apart benoemd. Wanneer locatiemanagers en directeuren samen worden genomen wordt de term leidinggevenden gebruikt. De citaten die in dit hoofdstuk zijn gebruikt bevatten een referentie naar het betreffende interview en bijbehorende codering.

4.1 Definities beschreven vanuit de praktijk

Om de probleemstelling goed te kunnen beantwoorden is het allereerst belangrijk om te weten hoe leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg definiëren. Daarom is hen gevraagd in hun eigen woorden een definitie te geven van deze begrippen.

Kwaliteit van bestaan

Er kunnen verschillende aspecten worden onderscheiden in de manier waarop leidinggevenden naar de kwaliteit van bestaan kijken. Als kern zien leidinggevenden kwaliteit van bestaan als dat er naar cliënten geluisterd wordt en dat zij zelf keuzes kunnen maken. Dit houdt volgens hen in dat cliënten hun eigen leven moeten kunnen leiden en daar zelf de regie over hebben. Dit wordt geïllustreerd door het volgende citaat:

Ik denk dat het er om gaat dat je het gevoel hebt dat je je eigen leven leidt, op welke manier dat dan ook is, dat je daar zelf invloed op hebt.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M5:2)

Deze elementen *regie hebben* en *zelf keuzes maken* sluiten aan bij *zelfbepaling*, één van de domeinen die volgens Schalock et al. (2008) de kwaliteit van bestaan bepaalt. Daarnaast noemen leidinggevenden andere elementen die volgens hen ook belangrijk zijn voor de kwaliteit van bestaan van cliënten. Deze zijn te herleiden naar zes andere domeinen van

Schalock (ibid.), namelijk *persoonlijke ontwikkeling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden en materieel welbevinden*. Een tweede aspect dat kan worden opgemerkt is dat leidinggevenden aangeven dat de cliënt een balans moet ervaren tussen deze domeinen. Daarnaast zijn de meesten van mening dat al deze domeinen een bepaald minimaal niveau moeten bereiken om daadwerkelijk kwaliteit van bestaan te ervaren.

Het is vooral van belang dat je op al die domeinen welbevinden hebt...het hebben van vrienden is minstens zo belangrijk als hebben van goede huisvesting.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M8:3/5)

Ook dit sluit aan bij de definitie van Schalock. Echter nuanceert Schalock dit door op te merken dat er onderlinge verschillen zijn in hoeveel waarde een individu hangt aan de diverse domeinen.

Dat de leidinggevenden met hun omschrijving van kwaliteit van bestaan zo dicht tegen de definitie uit de literatuur zitten is te verklaren uit het feit dat Reinaerde ook deze definitie van Schalock hanteert. Deze komt op diverse plekken in de organisatie terug, zo maakt een nieuwe medewerker al tijdens de introductiedag kennis met de domeinen van Schalock, zijn deze vervlochten in hun visie (Reinaerde 2013b) en komen de domeinen ook 1-op-1 terug in het ondersteuningsplan⁹ van iedere cliënt.

Hoewel verschillende leidinggevenden de term *domeinen van Schalock* vaak noemde bij het definiëren van kwaliteit van bestaan, kwam één domein niet expliciet in hun omschrijving naar voren, namelijk *fysiek welbevinden*. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat elementen die bij dit domein passen door leidinggevenden veelal werden genoemd bij het definiëren van kwaliteit van zorg. Dit wordt verder beschreven in de volgende paragraaf.

Tot slot noemden leidinggevenden (voornamelijk) vanuit de organisatorische eenheid Werk- & Dagbesteding een aspect dat niet terug komt in de definitie van Schalock et al. (2008). Namelijk dat kwaliteit van bestaan ook gaat over hoe er door de omgeving naar de cliënt wordt gekeken. Met andere woorden: kwaliteit van bestaan betekent ook dat de cliënt gezien en gehoord wordt, dat hij er mag zijn en dat de cliënt het gevoel heeft dat hij zinvol is en iets bijdraagt aan zijn omgeving.

⁹ In een ondersteuningsplan staat beschreven wie de cliënt is, welke ondersteuning hij of zij nodig heeft en afspraken tussen de cliënt en begeleiding (Reinaerde 2011), alle domeinen van Schalock komen in het ondersteuningsplan aan bod.

Er toe doen. Dat is wat we allemaal graag willen, iets betekenen in de ogen van een ander.

Directeur in de gehandicaptenzorg (M13:2)

Dit element van *er toe doen* komt niet terug in één van de domeinen van Schalock (2007; Schalock et al. 2008). Dat directeuren dit aspect noemen van kwaliteit van bestaan is wellicht te verklaren door het feit dat Reinaerde Werk & Dagbesteding bezig is met diverse projecten waar cliënten echt als werknemer bij reguliere bedrijven aan de slag gaan, waarbij ze ook verantwoordelijkheden krijgen. Het blijkt dat cliënten deze verantwoordelijkheid als enorm prettig ervaren. Dit lijkt voornamelijk voort te komen uit de waardering die cliënten krijgen en het gevoel dat ze echt hebben bijgedragen aan het eindresultaat.

Samengevat sluiten leidinggevenden in hun definiëring van de kwaliteit van bestaan dicht aan bij de definitie van Schalock. Bijna alle domeinen van Schalock worden benoemd, behalve *fysiek welbevinden*, het domein *zelfbepaling* zien leidinggevenden als de kern van kwaliteit van bestaan. Daarnaast komt een extra element terug, namelijk *er toe doen*. De definitie van Schalock wordt binnen Reinaerde veelvuldig gebruikt. Hoe leidinggevenden hun invloed op de kwaliteit van bestaan ervaren, komt terug in paragraaf 4.4.

Kwaliteit van zorg

Leidinggevenden binnen Reinaerde beschrijven kwaliteit van zorg heel duidelijk vanuit het perspectief van de cliënt:

Dat je individueel per cliënt kijkt wat die nodig heeft (...) eigenlijk in de huid kruipen van een cliënt en van daaruit kijken wat heeft iemand nodig, wat zou ik dan zelf willen als ik in zo'n situatie zat.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M3:6)

Dit in tegenstelling tot van Loon (2006:107) die juist stelt dat bij een focus op de kwaliteit van zorg het perspectief van zorgaanbieder centraal staat, waarbij de nadruk wordt gelegd op processen en procedures. Deze tegenstelling met de literatuur kan mogelijk komen doordat kwaliteit van zorg niet een term is die gebruikelijk is binnen Reinaerde. Veel leidinggevenden hoorde deze term voor het eerst tijdens het interview. Het lijkt logisch dat wanneer men op dat moment een beschrijving van kwaliteit van zorg moet geven, men dan dicht bij de praktijk blijft, dus dicht bij de cliënt. Binnen de gehandicaptenzorg gaat zorg volgens de leidinggevenden zowel over lichamelijke verzorging, begeleiding als alle andere ondersteuning die een cliënt nodig heeft. Hier komt dus ook *fysiek welbevinden*, één van de domeinen van Schalock, terug in de vorm van lichamelijke verzorging. Daarnaast staat in de visie van Reinaerde de cliënt centraal. Het is waarschijnlijk dat men dan vanuit deze uitgangspunten kwaliteit van zorg heeft gedefinieerd.

Leidinggevend en definieerden kwaliteit van zorg als het 'inspelen op de specifieke individuele behoeften die cliënten hebben'. De vraag van de cliënt horen, begrijpen en vertalen naar passend aanbod en echt kijken wat iemand nodig heeft. Oftewel zorg op maat. De genoemde kenmerken van kwaliteit van zorg komen terug in onderstaande citaten en zijn typerend voor zowel de uitspraken van locatiemanagers als directeuren.

Volgens mij is kwaliteit van zorg op een verantwoorde en passende manier datgene bieden wat de cliënt nodig heeft om kwaliteit van bestaan vorm te geven.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M5:4)

Kwaliteit van bestaan versus kwaliteit van zorg

Wat betreft kwaliteit van bestaan zijn leidinggevend en het er over eens dat dit vooral gaat over wat de cliënt ervaart. Kwaliteit van zorg zit volgens hen veel meer op het bieden van de juiste ondersteuning aan de cliënt. In beide begrippen staat volgens de leidinggevend en echter, in tegenstelling tot in de literatuur, de cliënt centraal. Leidinggevend en geven aan dat voor hen kwaliteit van bestaan bijna niet los te zien is van kwaliteit van zorg. De volgende uitspraak geeft de verbinding tussen beiden begrippen kernachtig weer:

Als je doel is kwaliteit van bestaan voor cliënten, dan zou kwaliteit van zorg datgene zijn wat je biedt om ervoor te zorgen dat dat ook gerealiseerd wordt.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M4:7)

Van Loon (2006:124-125) geeft juist aan dat er een groot verschil is tussen kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg en concludeert dat een focus gericht op kwaliteit van zorg een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van bestaan. Dit fundamentele verschil heeft invloed heeft op hoe leidinggevend en het spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg beleven, dit blijkt namelijk niet het spanningsveld te zijn waar het om gaat. Dat wordt de komende paragrafen verder beschreven.

4.2 Prestatie-indicatoren vanuit de ogen van leidinggevend en

Prestatie-indicatoren zijn in principe een afspiegeling van kwaliteit (Harteloh & Casparie 2001: in Hamers 2005:10). Er wordt binnen de gehandicaptenzorg dan ook veel belang gehecht aan prestatie-indicatoren om verantwoording af te leggen (van Dalen 2012a:33; VGN 2012). Ook binnen Reinaerde wordt veel met prestatie-indicatoren gewerkt en leidinggevend en zijn binnen hun functie verantwoordelijk voor het voldoen aan prestatie-indicatoren. Aangezien de visie van Reinaerde is dat de dienstverlening zo is georganiseerd dat deze een bijdrage levert aan de kwaliteit van bestaan (Reinaerde 2013a), is de verwachting dat de prestatie-indicatoren binnen Reinaerde zo zijn gedefinieerd dat het

voldoen hieraan bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan. Het blijkt echter dat leidinggevenden binnen Reinaerde dat niet zo ervaren. Deze paragraaf geeft weer op welke manier prestatie-indicatoren terugkomen binnen Reinaerde en hoe het komt dat leidinggevenden het voldoen aan prestatie-indicatoren niet koppelen aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg.

Prestatie-indicatoren in het beleid van Reinaerde

Prestatie-indicatoren zitten verweven in de taken van leidinggevenden, zo is er de *checklist registratie van gegevens door managers* (Reinaerde 2013c), hierin staat beschreven welke gegevens locatiemanagers binnen Reinaerde moeten vastleggen. In de maandrapportage worden de onderwerpen van de checklist vertaald naar prestatie-indicatoren.

Locatiemanagers¹⁰ rapporteren in deze maandrapportage telkens de realisatie van de prestatie-indicatoren ten opzicht van het gestelde doel. Vervolgens worden de resultaten per kwartaal besproken in een zogenaamde Q-rapportage bespreking (Reinaerde 2013d). Tot slot rapporteren de directeuren op basis van de aangeleverde rapportages van de locatiemanagers, weer aan de Raad van Bestuur. Het voldoen aan de gestelde prestatie-indicatoren is een harde afspraak binnen de resultaatafspraken met iedere leidinggevende binnen Reinaerde (Reinaerde 2012).

Prestatie-indicatoren richten zich voornamelijk op processen en procedures

Het blijkt dat de prestatie-indicatoren volgens leidinggevenden, zowel locatiemanagers als directeuren, vaak op het verantwoord van processen of procedures zijn gericht. Zij geven daarmee wel een basis, maar met het voldoen aan de prestatie-indicatoren is niet automatisch voldaan aan de kwaliteit van bestaan¹² en kwaliteit van zorg¹¹.

De prestatie-indicatoren die we nu hanteren binnen Reinaerde zitten veel meer op die procedurele kant. (...) Wordt de feitelijke kwaliteit daar beter van, nee.

Directeur in de gehandicaptenzorg (M2:37)

Ik denk niet dat als ik al mijn prestatie-indicatoren behaald heb, dat het dan automatisch zo is dat de kwaliteit van bestaan optimaal is, nee.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M6:45)

Dit is opvallend aangezien in de visie van Reinaerde juist staat dat de dienstverlening zo is georganiseerd dat deze een bijdrage levert aan de kwaliteit van bestaan (Reinaerde 2013a).

¹⁰ De maandrapportage wordt momenteel (mei 2013) alleen opgeleverd door locatiemanagers van de organisatorische eenheid Wonen, de locatiemanagers van de overige organisatorische eenheden leveren nu alleen een Q-rapportage aan (per kwartaal). De bedoeling is dat het maandelijks rapporteren ingevoerd wordt in de gehele organisatie (Reinaerde 2013g).

¹¹ Hier wordt de definitie bedoeld zoals deze door leidinggevenden werd omschreven.

De leidinggevenden geven aan dat er wel prestatie-indicatoren zijn die zich lijken te richten op de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg, maar de rode draad die terug komt is dat ze aangeven dat bij prestatie-indicatoren de cliënt niet centraal wordt gesteld. Zoals naar voren komt in het volgende citaat:

En als je het hebt over de prestatie-indicator ondersteuningsplannen 100% op orde, het is een recht voor cliënten om zo'n plan te hebben, echter gaat het bij deze prestatie-indicator niet om kwalitatief inhoudelijk 100% op orde, maar gaat het erom dat de komma's allemaal goed staan, dan draagt het niet bij.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M12:36)

De ondersteuningsplannen, die in bovenstaand citaat worden genoemd, worden via een checklist gecontroleerd (Reinaerde 2013f). Een onderdeel van deze checklist is dat alle domeinen van Schalock zijn ingevuld. Hiermee lijken dus aspecten van kwaliteit van bestaan terug te komen, echter wordt met deze checklist niet inhoudelijk ingegaan op de ondersteuningsplannen, maar hoeft alleen te worden aangegeven of alle velden zijn ingevuld. Leidinggevenden zijn positief over het concept ondersteuningsplan, 'het is een recht voor cliënten om zo'n plan te hebben', waarbij het door de verplichte invulling van de domeinen van Schalock lijkt aan te sluiten bij kwaliteit van bestaan. Echter blijkt het vervolgens voornamelijk te gaan over de procedurele kant van het ondersteuningsplan, de 'komma's' zoals in het bovenstaande citaat genoemd wordt. Hierbij noemen ze dat voornamelijk kwalitatieve aspecten worden gemist: hoe draagt het bij voor de cliënt; wat betekent het voor de cliënt. Deze kwalitatieve waarden zijn veel moeilijker te vatten in prestatie-indicatoren maar zijn eigenlijk belangrijker dan die 'zogenaamde procedurele indicatoren', betogen de leidinggevenden. Hier lijkt een spanningsveld te ontstaan, leidinggevenden vinden het niet prettig te worden afgerekend op de procedurele kant rondom ondersteuningsplannen in plaats van de inhoud die daadwerkelijk bij kan dragen aan de kwaliteit van bestaan. De controle op procedures leidt volgens verschillende leidinggevenden tot een toename van de administratieve last:

Ik merk dat we wel in de loop van al die tijd dat ik manager ben, dat we redelijk aan het doorschieten zijn over wat we allemaal moeten registreren als ik zie hoeveel uur ik nu achter mijn pc zit als manager om dingen te registreren of een maandrapportage te maken.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M1:34)

Daarbij vragen zij zich af of bij deze administratieve benadering van de prestatie-indicatoren de cliënt wel daadwerkelijk centraal staat:

Prestatie-indicatoren komen heel erg voort uit wat de buitenwereld van ons vindt, maar als je nou eens kijkt voor wie doen we het: de cliënten. Als je nou bijvoorbeeld eens teruggaat naar wat echt belangrijk is voor de cliënt, dan ben ik benieuwd hoeveel prestatie-indicatoren er echt relevant zijn voor de cliënten.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M8:73)

Samengevat betekent het dat leidinggevenden zich verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg, maar niet het idee hebben dat wanneer er is voldaan aan de prestatie-indicatoren, hun cliënten die kwaliteit ook daadwerkelijk ervaren. Dat betekent dat leidinggevenden ook nog activiteiten moeten ondernemen om hiervoor te zorgen, waarop ze vervolgens niet beoordeeld worden. Deze spagaat die de leidinggevenden ervaren, zorgt voor een spanningsveld in hun werkzaamheden.

4.3 Ervaren regeldruk rondom prestatie-indicatoren

De focus op prestatie-indicatoren lijkt binnen de gehandicaptenzorg te leiden tot regeldruk¹², onder andere door het vele registeren dat bij het voldoen aan prestatie-indicatoren komt kijken. Daarnaast zijn er verschillende aspecten die de regeldruk voor leidinggevenden versterken. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre leidinggevenden deze regeldruk¹³ daadwerkelijk ervaren en hoe zij daarmee omgaan. Dit is relevant omdat het ervaren van regeldruk kan bijdragen aan het versterken van het spanningsveld, zeker als de regeldruk niet bijdraagt aan datgene wat zij belangrijk vinden.

Geen regeldruk binnen cirkel van invloed

Het grootste gedeelte van de locatiemanagers geeft aan dat ze geen regeldruk ervaren, zolang ze zelf invloed kunnen uitoefenen op het voldoen aan de prestatie-indicatoren, oftewel geen vrijheidsbeperking voelen.

Kijk datgene waar ik zelf invloed op heb, dan kom je weer op eigen regie, daar ervaar ik niet zozeer een druk, want dit is aan mij om dat goed te organiseren.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M4:27)

¹² Regeldruk is binnen dit onderzoek gedefinieerd als de investering en inspanning die men moet verrichten en de vrijheidsbeperking die men ondergaat om zich aan de regels te houden (Ministerie van Justitie 2006:4)

¹³ De regeldruk die leidinggevenden ervaren is uiteindelijk te koppelen naar vier typen regeldruk, te weten: administratieve, feitelijke, potentiële en gepercipieerde regeldruk (Aa et al. 2011:17), deze koppeling naar de theorie wordt besproken in de discussie (paragraaf 5.2, *Regeldruk*).

De redenen die locatiemanagers noemen waarom ze geen regeldruk ervaren, zijn te herleiden naar twee tegenstrijdige soorten persoonskenmerken. Ten eerste lijken persoonskenmerken als lef en stevigheid erg belangrijk om geen regeldruk te ervaren. Verschillende leidinggevenden noemen namelijk dat ze zich niet altijd aan de prestatie-indicatoren houden, ze durven af te wijken van de regels:

Ik ervaar geen druk. Maar dat komt ook omdat ik me ook niet altijd helemaal netjes aan de prestatie-indicatoren houd. Moet ik zeggen.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M12:25)

Anderzijds worden redenen genoemd, die neigen naar persoonskenmerken als neutraal en volgzzaam. Locatiemanagers leggen uit dat zij prestatie-indicatoren accepteren zoals ze zijn, en hierin volgend zijn aan de hiërarchie. Ondanks dat men aangeeft dat prestatie-indicatoren niet echt bijdragen aan de kwaliteit, doen ze wel wat er binnen de organisatie is afgesproken. De motivatie om toch met de prestatie-indicatoren aan de slag te gaan lijkt voort te komen uit hun resultaatverantwoordelijkheid, maar niet vanuit intrinsieke motivatie:

Prestatie-indicatoren zijn er gewoon, ik voel dat niet echt als een last. (...) Het is gewoon een onderdeel van mijn werk, (...) al zeggen dat soort regelgevingen of protocollen en processen niet zo heel veel over de kwaliteit. Maar het is wel de manier waarop we dingen doen of de manier waarop we dingen vastleggen en dingen controleren. (...) Dan ben ik nog wel zo gezagsgetrouw, dat ik daar gewoon in mee ga.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M5:37)

Het is opmerkelijk dat wel veelvuldig opgemerkt wordt dat hun collega's wel last hebben van regeldruk:

Collega's ervaren wel regeldruk, ik denk ook wel dat het is hoe je erin staat. Als je erin staat dat je alles moet doen zoals het hoort, volgens alle regeltjes, dan ben je daar heel druk mee. Dat wil niet zeggen dat ik dat nooit doe, hoor. Maar ja, ik weet het niet zo goed. Sommige zijn ook perfectionistisch en dat ben ik ook op bepaalde onderwerpen, maar op andere weer helemaal niet.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M12:49/50)

Daarbij noemen de leidinggevenden dat deze collega's waarschijnlijk te perfectionistisch zijn en niet durven af te wijken van de prestatie-indicatoren. Als redenen dat ze zelf wel durven af te wijken van de prestatie-indicatoren, noemen ze dat het voornamelijk zit in persoonlijkheid,

zich niet verliezen in de inhoud en enkele noemen ook hun opleidingsniveau¹⁴. De omvang van dit onderzoek was te beperkt om daadwerkelijk iets te kunnen zeggen over de relatie tussen deze aspecten en het durven af wijken van regels.

Wel regeldruk buiten cirkel van invloed

Ook blijken er geregeld situaties voor te komen waarin leidinggevendenden wel regeldruk ervaren. Voor locatiemanagers speelt dit wanneer zij afhankelijk zijn van anderen om te voldoen aan prestatie-indicatoren. Een voorbeeld van de afhankelijkheid die veel locatiemanagers noemden is wanneer randvoorwaarden niet zijn vervuld, terwijl er wel een norm wordt gesteld. Dan wordt vanuit de organisatie extra regeldruk gecreëerd, omdat het (onnodig) veel tijd kost hiermee om te gaan. Dit leidt tot frustratie en motivatie- en energieverlies:

Wanneer wel een norm wordt gesteld, maar randvoorwaarden niet zijn gefaciliteerd, ligt frustratie gewoon op de loer.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M4:29/31)

Er worden ook andere voorbeelden genoemd die leiden tot motivatie- en energieverlies, deze zijn samen te vatten als praktische problemen, die de regeldruk vanuit de organisatie versterken. Bijvoorbeeld als de registratie niet klopt. Dit speelt bijvoorbeeld wanneer hun bijdrage aan een prestatie-indicator niet goed of (te) laat wordt geregistreerd in een systeem, de verwerking hiervan ligt bij ondersteunende diensten en niet bij de leidinggevendenden. Of dat de registratie wordt bijgehouden per kalenderjaar, terwijl de afspraken lopen in een jaarcyclus. Dit geldt bijvoorbeeld bij functioneringsgesprekken die 1x per jaar gehouden moeten worden, wanneer deze in december zijn gehouden staat het percentage in januari weer op 0%. Of dat 100% in de praktijk niet haalbaar is, ook dit is bij functioneringsgesprekken het geval wanneer een medewerker uit dienst gaat voor het functioneringsgesprek is gevoerd. Door deze praktische problemen zijn leidinggevendenden tijd kwijt om het op de juiste manier geregistreerd te krijgen of energie kwijt om hun leidinggevendenden uitleg te geven, het is waarschijnlijk dat dit het gevoel van regeldruk versterkt. Het volgende citaat geeft de emotie weer die leidinggevendenden hierbij ervaren:

Ik vind wel dat ik met alle medewerkers een functioneringsgesprek moet hebben, maar je haalt nooit de 100%. En daar kan ik dan echt kwaad over worden, die dommigheid. 100% kan gewoon niet, dat kan je uitrekenen, daar gaan we dus alleen maar in teleurgesteld worden met elkaar.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M8:22)

¹⁴ Dit zijn locatiemanagers die direct na de middelbare school een HBO of HBO+ opleiding hebben gevolgd.

Anderen geven aan dat ze meer regeldruk ervaren wanneer een ander deel van organisatie nodig is om iets voor elkaar te krijgen. Zeker wanneer locatiemanagers iets willen dat afwijkt van de standaard, terwijl de reden dat ze willen afwijken in de ogen van de locatiemanagers juist bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van cliënten. Hierbij werd regelmatig aangegeven dat ondersteunende diensten vasthouden aan de vastgestelde procedures. Dit komt ook naar voren in het volgende citaat:

Binnen Reinaerde hebben we gestandaardiseerd hoe iets werkt en waar je vanaf mag kijken en vooral waar je niet van af mag kijken. Dan wordt het hier blijkbaar ingewikkeld. En als ik dan merk hoeveel energie ik erin moet stoppen om toch je doel te bereiken.(...) Dat frustriert me.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M4:25)

De directeuren geven allen aan, naast regeldruk vanuit de organisatie, ook regeldruk te ervaren vanuit de institutionele omgeving, veroorzaakt door de wet- en regelgeving vanuit onder andere het zorgkantoor, kwaliteitskader gehandicaptenzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het gaat dan om zogenaamde externe prestatie-indicatoren waaraan voldaan moet worden om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg (van Dalen 2012a:33; VGN 2007 & VGN 2012). Een directeur verwoordde de beleving rondom 'institutionele' regeldruk als volgt:

Ik ervaar regeldruk vanuit externe instanties, die niet helpt voor het doel namelijk kwaliteit van bestaan van cliënten verbeteren. (...) Wat we binnen Reinaerde doen is dat we zelf ook nog een interne regeldruk organiseren. (...) We maken onvoldoende gebruik van de mogelijkheid om intern eenvoudiger te organiseren. (...) Regelarm: dat zijn we nu niet.

Directeur in de gehandicaptenzorg (M7:18/19)

Er is duidelijk een discrepantie te zien tussen deze institutionele omgeving die er vanuit gaat dat wanneer voldaan wordt aan de prestatie-indicatoren de kwaliteit in een instelling goed is, terwijl directeuren zich afvragen in hoeverre ze daadwerkelijk relevant zijn voor de cliënt. Er bleek maar een enkeling te zijn die (beperkte) mogelijkheden zag om invloed uit te oefenen op de institutionele omgeving. Het overgrote merendeel van zowel de locatiemanagers als directeuren geeft aan absoluut geen mogelijkheden te zien iets te doen aan de externe wet- en regelgeving. Hier lijken afhankelijkheid, machteloosheid en volgzaamheid kenmerken te zijn die de boventoon voeren.

Enkele locatiemanagers en alle directeuren geven aan dat een laatste reden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren regeldruk oplevert komt doordat ze niet zelf hun prioriteit mogen bepalen, maar er van bovenaf een korte termijn doel wordt gesteld, waar aan voldaan móet worden:

Er wordt redelijk topdown gecommuniceerd, met korte termijn deadlines. En zonder inzicht in de aanpassingen in systemen en de termijn waarop. Met andere woorden: wat je hoort is, is van dit is niet op orde, zorg dat het volgende week op orde is, punt. Mijn wens zou zijn dat er gezegd wordt, dit is niet op orde, zorg dat het volgende week in orde is, we weten dat dit en dit niet lekker loopt, we zijn bezig dit en dit te doen en naar verwachting is het dan klaar en zal het gemakkelijker gaan.

Directeur in de gehandicaptenzorg (M2:30)

Dit valt ook weer samen met frustratie, verklaarbaar vanuit dat leidinggevenden niet voelen dat ze invloed kunnen uitoefenen, zich bijna niet serieus genomen door voelen.

Samengevat lijkt het dat leidinggevenden geen regeldruk ervaren wanneer zij het gevoel hebben zelf invloed uit te kunnen oefenen op de prestatie-indicatoren. Hetzij dat zij vanuit lef zich niet aan alle prestatie-indicatoren houden of vanuit volgzzaamheid gewoon doen wat hen wordt opgedragen. In de praktijk blijkt dat toch zeer regelmatig regeldruk wordt ervaren wanneer het voldoen aan prestatie-indicatoren (onnodig) veel tijd kost, bijvoorbeeld wanneer randvoorwaarden niet zijn ingevuld of wanneer men wil afwijken van de standaard in het belang van de cliënt. Echter, wanneer topdown wordt gecommuniceerd en leidinggevende niet betrokken of geïnformeerd is, wordt regeldruk extra versterkt vanuit frustratie. Dit is opmerkelijk aangezien wanneer de organisatie de cliënt zo nadrukkelijk centraal zet in haar visie, de verwachting zou dan zijn dat er veel meer bottom-up wordt gewerkt. Waarbij de cliënt gefaciliteerd wordt door begeleiders, begeleiders door locatiemanagers en locatiemanagers door directie. De beleving van leidinggevenden is echter dat op verschillende momenten de organisatie centraal lijkt te staan en niet de cliënt. Juist op die momenten ervaren leidinggevenden regeldruk.

4.4 Bijdragen leidinggevenden aan kwaliteit van bestaan & kwaliteit van zorg

In de voorgaande paragrafen kwam al naar voren dat prestatie-indicatoren volgens leidinggevenden minimaal bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten. Daarnaast kwam naar voren dat leidinggevenden op diverse momenten regeldruk ervaren, voornamelijk wanneer de organisatie centraal wordt gesteld in plaats van de cliënt. Deze paragraaf gaat in op hoe leidinggevenden tegen deze achtergrond hun bijdrage zien om te voldoen aan hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten. Ook hier zijn een aantal thema's te destilleren uit de reacties van leidinggevenden: hun faciliterende rol, de invloed die ze ervaren en de persoonsgebonden aanpak bij praktische dilemma's. Deze drie thema's komen achtereenvolgens aan bod in deze paragraaf.

Faciliterende rol

Leidinggevenden zien de manier waarop zij bijdragen aan zowel kwaliteit van bestaan als kwaliteit van zorg van cliënten vooral indirect in het creëren van een voorwaardenscheppende sfeer, waarin zij faciliterend zijn. Hierbij worden praktische zaken genoemd, maar vooral het gesprek met medewerkers staat centraal. Voor locatiemanagers betekent dit het faciliteren van begeleiders, voor directeuren betekent dit het faciliteren van locatiemanagers. Leidinggevenden, zowel locatiemanagers als directeuren, zien de begeleiders als degene die daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van bestaan van cliënten.

Ik zie mezelf in deze functie puur als faciliterend, (...) dat begeleiders hun werk goed kunnen doen.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M14:12)

Die medewerker moet dat doen, dus ik moet er voor zorgen dat wat hij nodig heeft om dat te kunnen doen, dat dat er is.(...) zo probeer ik heel erg in de faciliterende zin, dat die begeleider de zorg zo efficiënt mogelijk kan leveren, zodat hij daarmee kwaliteit kan leveren.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M9:17/18)

Hieruit klinkt een benadering waarin de cliënt centraal staat. De vraag is echter of de leidinggevenden dit vanuit de organisatie ook zo ervaren. Uit de vorige paragraaf bleek al dat leidinggevenden regeldruk ervaren bij het voldoen aan prestatie-indicatoren, een aantal van die oorzaken zijn hier waarschijnlijk ook van toepassing. Dit zou verder uitgediept kunnen worden in een volgend onderzoek.

Ervaren invloed

Over het algemeen vinden leidinggevenden binnen Reinaerde dat ze in principe voldoende invloed hebben op de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg van cliënten, dit geldt zowel voor directeuren als locatiemanagers. Dat ze hier de ruimte wel voelen zit waarschijnlijk in het feit dat Reinaerde op dit gebied veel minder procedures en richtlijnen heeft vastgelegd. Ook hier geven leidinggevenden aan dat ze hun invloed op deze onderwerpen voornamelijk inzetten via de medewerkers:

Ik kan zowel op kwaliteit van bestaan als op kwaliteit van zorg veel invloed uitoefenen, want ik ben diegene die mijn medewerkers aanstuurt. En als ze het niet goed doen, heel gechargeerd, dan kan ik daar iets van vinden. En ik kan daar ook invloed op uitoefenen, dat ze zich daarin ontwikkelen.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M9:25)

Echter wanneer ze deze invloed niet ervaren, door top-down gestuurde opdrachten, afhankelijkheid van anderen of dat randvoorwaarden niet zijn vervuld zal er minder tijd, energie en motivatie overblijven voor hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan.

Persoonsgebonden aanpak van leidinggevenden

Als derde thema komt naar voren dat de organisatie niet altijd een gezamenlijk antwoord heeft op een praktische dilemma's rondom cliënten die dicht tegen kwaliteit van bestaan of kwaliteit van zorg aan zitten. Daardoor worden vaak individuele oplossingen bedacht door leidinggevenden:

Er zijn heel veel thema's binnen Reinaerde waar cliënten mee te maken krijgen in hun leven. Waarbij wij als Reinaerde niet een gezamenlijk antwoord op hebben, die dus bijna individueel gekoppeld zijn aan de visie of de kijk van de manager. Dus we maken dingen behoorlijk persoonsafhankelijk.

Locatiemanager in de gehandicaptenzorg (M1:95)

Bij het bedenken van oplossingen lijken alle leidinggevenden lef en stevigheid te tonen. Toch geven leidinggevenden aan dat dit kwetsbaarheid is voor de organisatie. Reinaerde heeft wel een gezamenlijk antwoord op bijna alle mogelijke procedures en processen, maar op thema's die belangrijk zijn voor cliënten is er in verschillende gevallen geen beleid. Leidinggevenden missen hier kaders vanuit Reinaerde, waarbij ze direct aangeven dat het niet helemaal dichtgetimmerd hoeft te worden. Ze hebben echter wel behoefte aan bepaalde kaders van waaruit ze de autonomie krijgen om hiermee aan de slag te gaan, zonder dat elke locatiemanager zelf zijn persoonlijke koers uitzet.

Samengevat blijkt dus dat leidinggevenden voornamelijk zelf bepalen wat zij, naast het voldoen aan de prestatie-indicatoren, doen aan de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan. Op dit vlak zien leidinggevenden niet zozeer een spanningsveld, mits het binnen hun beïnvloedingssfeer ligt. Leidinggevenden missen echter bepaalde handvatten rondom praktische dilemma's rondom cliënten.

4.5 Tot slot

Uit de voorgaande paragrafen komt duidelijk het spanningsveld naar voren waar leidinggevenden binnen Reinaerde mee te maken hebben. Namelijk het spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor prestatie-indicatoren enerzijds en hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds. Er lijkt een duidelijke oorzaak die dit spanningsveld creëert en verschillende aspecten die dit spanningsveld versterken. Leidinggevenden gaan hier op verschillende manieren mee om. De conclusies die hier uitgetrokken kunnen worden staan beschreven in hoofdstuk 5.

5. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling beantwoord aan de hand van de belangrijkste resultaten uit het vorige hoofdstuk. De antwoorden op de deelvragen zijn verweven in de resultaten in hoofdstuk 4, een overzichtelijke samenvatting van deze antwoorden is te vinden in bijlage 4.

Na de conclusie vindt een discussie plaats op basis van de resultaten in relatie met het theoretisch kader van dit onderzoek, gevolgd door een kritische reflectie op het onderzoek zelf. Tot slot worden aanbevelingen voor verder onderzoek en de praktijk gegeven.

5.1 Conclusie

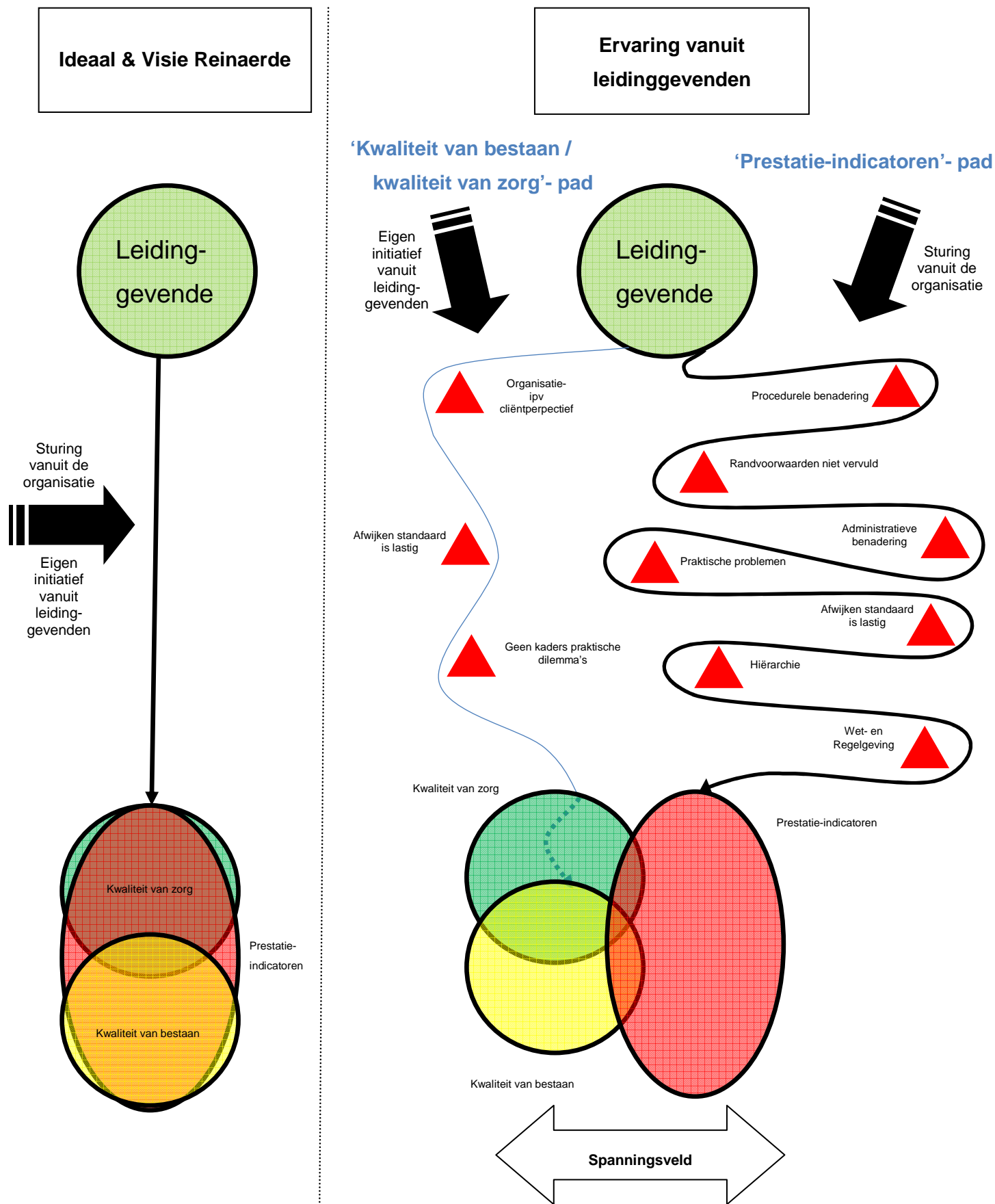
De probleemstelling van dit onderzoek is: *“In hoeverre beleven leidinggevenden binnen de gehandicaptenzorg een spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en hoe gaan zij hiermee om?”* Met behulp van verschillende deelvragen is in dit onderzoek getracht een antwoord op deze probleemstelling te vinden.

Leidinggevenden ervaren niet zozeer een spanningsveld tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan, omdat leidinggevenden kwaliteit van zorg onlosmakelijk verbonden zien met kwaliteit van bestaan. Er wordt echter wel een spanningsveld ervaren tussen het voldoen aan prestatie-indicatoren enerzijds en bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds. Leidinggevenden worden vanuit de organisatie voornamelijk gestuurd op het voldoen aan prestatie-indicatoren. Zij vinden echter dat prestatie-indicatoren voornamelijk gericht zijn op het verantwoorden op procedures en processen en maar minimaal bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Dit levert een spanningsveld op omdat leidinggevenden naast het voldoen aan prestatie-indicatoren ook nog (op eigen initiatief) activiteiten moeten ondernemen om bij te dragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten. Dit spanningsveld wordt versterkt door regeldruk die leidinggevenden ervaren rondom het voldoen aan prestatie-indicatoren, maar ook door andere aspecten zoals niet vervulde randvoorwaarden die leidinggevenden tijd kosten om toch hun gestelde doelen voor bepaalde prestatie-indicatoren te halen. Daarnaast voelen leidinggevenden zich niet altijd ondersteund door de organisatie wanneer zij in het belang van de cliënt willen afwijken van de standaard. Dit levert ook een versterking op van het spanningsveld. Leidinggevenden met persoonskenmerken als lef en stevigheid blijken in staat te zijn een deel van het spanningsveld te negeren door hun eigen koers te varen. Pas wanneer leidinggevenden ervaren dat zowel de institutionele omgeving, die prestatie-indicatoren oplegt vanuit wet- en regelgeving als Reinaerde de cliënt daadwerkelijk centraal

stelt, zullen de leidinggevenden geen of in mindere mate een spanningsveld ervaren tussen hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten en datgene waarover zij verantwoording moeten afleggen.

Figuur 1 geeft een visualisatie van het antwoord op de probleemstelling. De linker figuur geeft aan dat in de visie van Reinaerde leidinggevenden zo zouden worden aangestuurd dat alles wat zij doen en waarop zij verantwoording moeten afleggen direct bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg van cliënten; dit is een ideaalbeeld. De rechter figuur geeft de visie van de leidinggevenden weer: hierin blijkt dat volgens hen de prestatie-indicatoren minimaal bijdragen aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg.

Leidinggevenden worden gestuurd om te voldoen aan de prestatie-indicatoren, op hun pad hier naar toe komen ze verschillende aspecten tegen die er voor zorgen dat niet zomaar voldaan kan worden aan de prestatie-indicatoren. Deze aspecten zijn in de figuur aangegeven met rode driehoeken, de 'omwegen' die de leidinggevenden moeten maken leveren frustratie op en zorgen voor energie- en motivatieverlies. Leidinggevenden met persoonskenmerken als lef en stevigheid voelen ruimte om enkele 'bochten' af te snijden, hierdoor creëren zij een korter pad, maar bereiken hoogstens dat zij minder frustratie ervaren, zodat zij meer energie overhouden voor hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten. Naast het pad richting de prestatie-indicatoren volgen leidinggevenden namelijk op eigen initiatief het pad om bij te dragen aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg, ook hier komen ze enkele obstakels tegen. In ieder geval is duidelijk dat hoe meer tijd leidinggevenden kwijt zijn aan het 'prestatie-indicatoren'-pad, hoe minder tijd overblijft voor het 'kwaliteit van bestaan / kwaliteit van zorg'-pad. Het spanningsveld voor leidinggevenden ontstaat doordat wanneer zij zich op het 'prestatie-indicatoren'-pad bevinden zij niet voelbaar bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten. Wanneer Reinaerde (en ook de institutionele omgeving) in staat is de genoemde obstakels te limiteren, zal de motivatie en energie van leidinggevenden waarschijnlijk toenemen. Indien Reinaerde (en de institutionele omgeving) daarbij ook meer gaat sturen op het 'kwaliteit van bestaan / kwaliteit van zorg'-pad, sluiten zij meer aan op hun eigen visie om de cliënt daadwerkelijk centraal te stellen.



Figuur 1 Visualisatie van het spanningsveld vanuit de visie van Reijnders en vanuit de ervaring van leiding-gevenden

5.2 Theorie versus praktijk

Deze paragraaf beschrijft een discussie tussen het theoretisch kader en de gevonden resultaten binnen dit onderzoek.

Definitie

De definitie die de geïnterviewde leidinggevenden hanteren voor kwaliteit van bestaan sluit over het algemeen aan bij de definitie van Schalock (1994:121). Wat niet verwonderlijk is aangezien deze definitie op veel plekken binnen Reinaerde terugkomt, zoals beschreven in paragraaf 4.1. De kern van kwaliteit van bestaan is voor leidinggevenden dat de cliënt zelf keuzes kan maken, dit sluit aan bij één van de domeinen van Schalock, namelijk *zelfbepaling*. Het domein *fysiek welbevinden* noemen leidinggevenden niet als onderdeel van kwaliteit van bestaan, een reden hiervoor zou kunnen zijn dat elementen die bij dit domein passen door leidinggevenden veelal werden genoemd bij het definiëren van kwaliteit van zorg. Er wordt ook een aspect benoemd dat niet terugkomt in de domeinen van Schalock. Het iets betekenen in de ogen van een ander, ofwel ertoe doen, dit zou wellicht een extra domein kunnen zijn, bijvoorbeeld *waardering*.

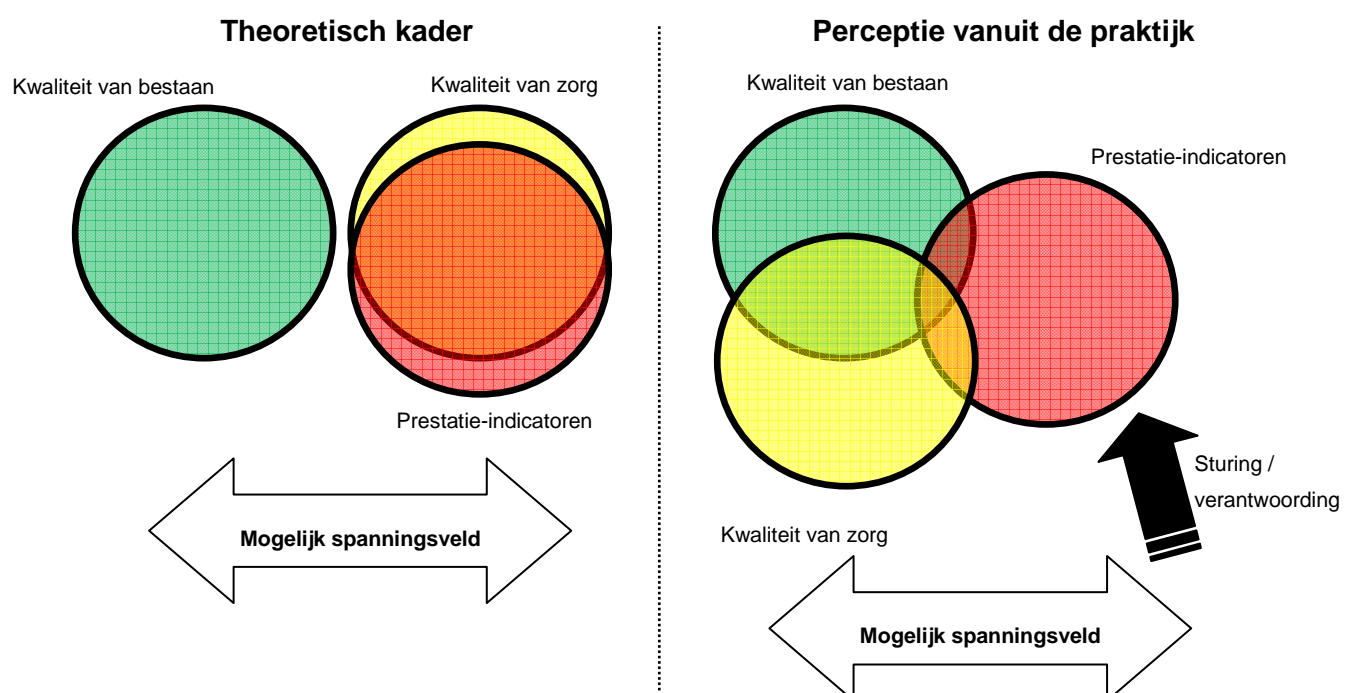
De door de geïnterviewden gegeven definitie van kwaliteit van zorg wijkt echter af van de literatuur. De leidinggevenden geven aan dat voor hen kwaliteit van zorg is om datgene te bieden waardoor de cliënt kwaliteit van bestaan ervaart. De leidinggevenden stellen hier dus de cliënt centraal, in tegenstelling tot van Loon (2006:107), die juist stelt dat bij een focus op kwaliteit van zorg de zorgaanbieder centraal staat. Hieruit blijkt dat er een discrepantie zit tussen praktijk en literatuur, uiteindelijk blijkt dit verschil alleen in woorden te zitten. De nadruk op processen en procedures die De Waele & van Hove (2005:629-630) noemen bij een focus op kwaliteit van zorg, noemen de leidinggevenden bij het voldoen aan prestatie-indicatoren. Dus uiteindelijk wordt hetzelfde bedoeld, maar wordt een andere term gebruikt. Dat betekent dat goed moet worden opgelet wat waarmee bedoelt wordt, er kan snel verwarring ontstaan wanneer niet goed wordt doorgevraagd.

Verschuiving spanningsveld

Lyons (2010:103) geeft aan dat in de gehandicaptensector kwaliteit van bestaan in de afgelopen 10 jaar steeds meer de nadruk gekregen, ten opzichte van de eerdere focus op kwaliteit van zorg. Daarnaast is binnen de gehandicaptenzorg de ontwikkeling te zien dat de vele toezichhouders, met behulp van prestatie-indicatoren steeds meer inzicht en grip willen krijgen op kwaliteit (van Dalen 2012b:22). Vanuit de literatuur wordt een focus op kwaliteit van zorg gekoppeld aan het voldoen aan prestatie-indicatoren, die voornamelijk focussen op procedures en processen (De Waele & van Hove 2005:629-630). Hiermee is enerzijds de beweging te zien van een focus op kwaliteit van zorg naar een focus op kwaliteit van

bestaan, waarbij de cliënt steeds centraler komt te staan (van Loon 2006:62). Anderzijds is juist een tegengestelde beweging naar een focus op kwaliteit van zorg te zien door het moeten verantwoorden op prestatie-indicatoren. Dit lijkt voor leidinggevenden in de gehandicaptenzorg een spanningsveld te veroorzaken tussen de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van bestaan enerzijds en kwaliteit van zorg anderzijds. Dit blijkt echter niet het spanningsveld te zijn waar het om gaat in de praktijk. Dit komt omdat leidinggevenden kwaliteit van zorg anders definiëren en niet koppelen aan prestatie-indicatoren. Zij zien kwaliteit van zorg veel meer verbonden met kwaliteit van bestaan waar in beiden gevallen de cliënt centraal staat. Prestatie-indicatoren zien zij als een los element waar zij aan moeten voldoen. Zij sluiten wel bij de literatuur aan met de opvatting dat prestatie-indicatoren zich voornamelijk richten op procedures en processen. Hiermee ligt het spanningsveld voor leidinggevenden veel meer op het voldoen aan prestatie-indicatoren enerzijds en bijdragen aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds.

In figuur 2 is het verschil tussen de uitgangspunten van het theoretisch kader en de praktijk aangegeven. In de linker figuur is te zien dat de prestatie-indicatoren voornamelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg en dat er een mogelijk spanningsveld is tussen het voldoen aan de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg. De rechter figuur laat zien hoe leidinggevenden vinden hoe prestatie-indicatoren bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. De prestatie-indicatoren leveren wel een basis, maar er is volgens de leidinggevenden meer nodig om te voldoen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Dit moet komen vanuit henzelf, aangezien voornamelijk gestuurd wordt op het voldoen van de prestatie-indicatoren.



Figuur 2 Spanningsveld: Theorie versus praktijk

Discrepantie tussen visie en uitvoering

Binnen de zorgorganisatie Reinaerde is dit spanningsveld tussen prestatie-indicatoren enerzijds en kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds terug te zien. In de visie van Reinaerde staat dat ze haar dienstverlening zo organiseert, dat deze een bijdrage levert aan de kwaliteit van bestaan (Reinaerde 2013a). Anderzijds geven de leidinggevenden binnen Reinaerde aan dat zij voornamelijk afgerekend worden op het voldoen aan prestatie-indicatoren. Hier zit een discrepantie aangezien leidinggevenden vinden dat met het voldoen aan de prestatie-indicatoren voornamelijk wordt voldaan aan het verantwoorden van processen of procedures. De leidinggevenden geven aan dat ze zelf bepalen op welke manier ze vervolgens verder bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg, hiermee is dit persoonsgebonden. De spagaat die leidinggevenden hier tussen ervaren, zorgt voor een spanningsveld en daarmee ook voor regeldruk in hun werkzaamheden.

Regeldruk

Het verschil in regeldruk dat de locatiemanagers en directeuren ervaren lijkt te kunnen worden verklaard aan de hand van de vier soorten regeldruk: administratieve, feitelijke, potentiële en gepercipieerde regeldruk (Aa et al. 2011:17), die eerder genoemd zijn in paragraaf 2.4. De locatiemanagers hebben voornamelijk te maken met de feitelijke regeldruk zoals het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie (ibid.). Deze locatiemanagers delegeren een groot deel van deze feitelijke regeldruk naar bijvoorbeeld de coördinerend begeleider. De directeuren moeten direct verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur, waarbij ze te maken hebben met de informatieverplichting die voortvloeit uit wet- en regelgeving, de administratieve regeldruk (ibid.), maar ook met de potentiële regeldruk die alle regels die zijn vastgesteld en mogelijk van toepassing zijn voor de organisatie bevat (ibid.). Daarnaast zijn zij er ook verantwoordelijk voor dat op locatieniveau alles op orde is, zodat zij ook te maken hebben met de feitelijke regeldruk. Hierdoor is mogelijk te verklaren dat de directeuren de regeldruk in heftigere mate ervaren dan de locatiemanagers. Dit onderscheid in de soorten regeldruk die locatiemanagers en directeuren ervaren geeft ook aan dat directeuren directer te maken hebben met regeldruk die afkomstig is van externe partijen, zoals wet- en regelgeving en daarmee ook met de institutionele omgeving. De locatiemanagers hebben voornamelijk te maken met interne regeldruk, hoe de externe wet- en regelgeving is vertaald naar de organisatie. Daarmee hebben zowel de locatiemanagers als de directeuren te maken met een gepercipieerde regeldruk, de druk die een organisatie ervaart als gevolg van – al of niet bestaande – wetten of regelingen (ibid.). Vervolgens is het weer persoonsafhankelijk hoe men daar mee om gaat.

5.3 Reflectie op het onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Dit type onderzoek sluit goed aan bij de probleemstelling vanwege het feit dat er bij weten van de onderzoeker niet eerder onderzoek was gedaan naar dit onderwerp, daardoor was het onderzoek exploratief van aard. Doordat op zoek werd gegaan naar de beleving van leidinggevenden is het kiezen voor interviews een passende vorm gebleken. Op deze manier kon worden doorgevraagd naar de bedoeling achter een antwoord, of verder worden ingegaan op een bepaald onderwerp of voorbeeld.

De onderzoeker moest tijdens het uitvoeren van het onderzoek een andere rol aannemen, namelijk die van onderzoeker in plaats van medewerker. Dit heeft de onderzoeker gedaan door voorafgaand de interviews geen uitgebreide informatie over het onderzoek te verstrekken aan de geselecteerde leidinggevenden. Op deze manier behoeft de onderzoeker zich om sturend te zijn. Daarnaast hielpen de vooraf opgestelde interviewvragen als kapstok voor het interview, en door het hele interview er bewust van te zijn niet een eigen visie te geven is het gelukt neutraal te blijven als onderzoeker. Tekenend hiervoor was dat er verschillende leidinggevenden waren die na afloop van het interview vroegen: 'Maar dat vind jij toch ook wel?' of 'Zie jij dat dan anders?'. Dat geeft aan dat ze niet uit het interview konden halen hoe de onderzoeker in het onderwerp stond. Dat de onderzoeker werkzaam was binnen de zorgorganisatie heeft ook een aantal zaken opgeleverd. Zo was de zorgorganisatie voor de onderzoeker gemakkelijk toegankelijk, dit blijkt ook uit het feit dat binnen 1,5 maand alle interviews waren gepland en uitgevoerd. Daarnaast heeft de onderzoeker het gevoel dat door haar kennis over de zorgorganisatie meer diepgang werd bereikt in de interviews. De onderzoeker is namelijk bekend met het werkveld van de geïnterviewden, op de hoogte van de prestatie-indicatoren en kent de betekenis van termen die gebruikt werden.

Het is de onderzoeker opgevallen dat de meeste leidinggevenden na afloop van de interviews aangaven nooit te hebben gesproken over de discrepantie tussen prestatie-indicatoren en kwaliteit van bestaan/kwaliteit van zorg. Dat het eigenlijk een onderwerp is wat redelijk in de taboesfeer zit. Daarbij werd ook genoemd dat het onderwerp hen zeker aan het denken had gezet. Ook werd een aantal keren opgemerkt of ze het interview over een aantal weken nog eens over mochten doen, dan hadden ze er nog iets verder over kunnen nadenken. Binnen dit onderzoek was dit helaas niet mogelijk, maar wellicht in een vervolgonderzoek.

Daarnaast bleek uit de interviews ook dat er binnen Reinaerde een bepaalde cultuur heerst waarin het niet gebruikelijk om snel toe te geven dat iets niet lukt. Er moest veel worden

doorgevraagd om gevoelige punten boven water te krijgen. Wanneer er eenmaal vertrouwen was, dan werd er ook wel voluit gepraat. Dit sluit ook aan bij opmerkingen van leidinggevenden voorafgaand aan de interviews, dat ze zeker wilde weten dat hun uitspraken niet te herleiden zouden zijn naar henzelf. Hiermee lijkt er een gevoel van onveiligheid te bestaan bij de leidinggevenden, waarin het belangrijk is zich sterk voor te doen. Het effect hiervan op het onderzoek is lastig in te schatten, maar zou wel pleiten voor een onderzoek waar deze factor onveiligheid wordt meegenomen, eventueel in combinatie met langdurig onderzoek met meerdere gesprekken om zo nog meer vertrouwen te winnen van de respondenten.

Nadat de interviews waren uitgewerkt tot transcripten zijn *member checks* gedaan, door deze transcripten voor te leggen aan de respondenten. Ook de quotes die uiteindelijk zijn opgenomen in dit onderzoek zijn voorgelegd aan de respondenten. Dit werd de respondenten voorafgaand aan de interviews al verteld, dit gaf de respondenten een gevoel van vertrouwen.

Doordat de onderzoeker al de codes, quotes en interpretaties die ze uit de interviews filterde heeft vastgelegd in Excel, zie bijlage 3 voor een screenshot, was het voor de onderzoeker mogelijk om tijdens de laatste fase van de analyse selecties te maken op basis van axiale codes, functie van respondenten, type (C=code, Q=quote of I=interpretatie), etc. Dit gaf een voordeel bij het schrijven van het resultaten hoofdstuk, doordat de 1040 codes nu overzichtelijk gesorteerd konden worden om te komen tot de resultaten.

Ondanks deze gestructureerde aanpak was het voor de onderzoeker lastig om zich te beperken tot het beantwoorden van de probleemstelling. De interviews gaven veel interessante informatie, waardoor de neiging bestond om het resultaten hoofdstuk te breed te maken. Ondanks dat het soms lastig was voor de onderzoeker om te horen dat er meer focus moest worden aangebracht, heeft dit zeker geleid tot een beter eindresultaat.

Er is voor dit onderzoek een beperkte groep respondenten geïnterviewd. Binnen deze groep zijn leidinggevenden geselecteerd met verschillende achtergrond, ervaring, opleiding en soort locatie. Voor het exploratieve karakter van dit onderzoek was het waardevol om deze variatie binnen de respondenten te kiezen. Het aantal geïnterviewden per subgroep was in dit onderzoek te klein om daadwerkelijk verschil aan te kunnen tonen tussen leidinggevenden op basis van achtergrond, opleiding of ervaring. Wel geven de resultaten aanknopingspunten voor verder onderzoek. Deze en andere aanbevelingen worden in de volgende paragraaf benoemd.

5.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De resultaten die binnen dit exploratieve onderzoek zijn gevonden geven diverse aanleidingen voor eventuele vervolgonderzoeken. Zo geven de resultaten aanleiding om verder in te gaan op wat de invloed is van persoonskenmerken, bijvoorbeeld bepaalde karaktereigenschappen of competenties, van de leidinggevenden op hun beleving rondom het spanningsveld waar zij zich in bevinden. Dit onderzoek beperkte zich tot één zorgorganisatie, herhaling van dit onderzoek bij meerdere zorgorganisatie binnen de gehandicaptenzorg maakt het mogelijk om inzicht te krijgen of er onderlinge verschillen zijn. Bijvoorbeeld met organisaties die een andere werkwijze hebben geïntroduceerd om de cliënt meer centraal te stellen, zoals 'Regie op locatie met Lean' bij zorgorganisatie 'Vanboeijen' (Vanboeijen 2013). De koppeling naar andere sectoren binnen de zorg is ook mogelijk, bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg. Daar zal kwaliteit van zorg hoogstwaarschijnlijk weer anders gedefinieerd worden en ervaren leidinggevenden daar het spanningsveld tussen kwaliteit van zorg en prestatie-indicatoren wellicht weer anders. En vinden leidinggevenden kwaliteit van bestaan voor patiënten wel of niet van belang binnen de ziekenhuiszorg? Een andere onderzoeksrichting zou kunnen ingaan op het feit dat leidinggevenden heel stellig waren over het feit dat collega's wel regeldruk ervaren, bij een vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn, zeker in combinatie met de onveiligheid die leidinggevenden lijken te ervaren, om te onderzoeken of de ingeschatte regeldruk van een leidinggevende overeenkomt met zijn ervaren regeldruk. Ook de onveiligheid zelf is een onderwerp wat zeker meegenomen moet worden bij een vervolgonderzoek.

In de resultaten komt naar voren dat prestatie-indicatoren volgens leidinggevenden vaak op verantwoording van processen of procedures gericht zijn, waarbij ze aangeven dat met het voldoen aan prestatie-indicatoren niet automatisch voldaan wordt aan de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan. Dit geeft aanleiding om in verder onderzoek deze beleving van leidinggevenden te vergelijken met de resultaten uit onderzoek dat gericht is op de invloed van prestatie-indicatoren binnen de gehandicaptenzorg. Dit onderzoek heeft zich gericht op de beleving van leidinggevenden en vanwege het exploratieve karakter was kwalitatief onderzoek zeer geschikt. Wellicht kan in vervolgonderzoek met behulp van vragenlijsten met kwantitatief onderzoek meer inzicht worden verkregen in bepaalde relaties rondom het spanningsveld waar leidinggevenden zich binnen de gehandicaptenzorg in bevinden. Bijvoorbeeld door te onderzoeken wat de invloed van verschillende achtergronden, opleiding, ervaring en soort locatie van de leidinggevenden is op dit spanningsveld en of er verschillen zijn in de tijdsverdeling van leidinggevenden binnen de uitvoering van hun functie en hoe dat invloed heeft op hun beleving.

5.5 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek komen naar aanleiding van de resultaten verschillende aanbevelingen naar voren voor Reinaerde. Verschillende leidinggevenden hebben aangegeven zelf niet zo gevoelig te zijn voor de regeldruk rondom prestatie-indicatoren, hierbij noemden ze onder andere hun achtergrond en opleiding. Het aantal respondenten was binnen dit onderzoek te beperkt om harde uitspraken te kunnen doen, maar naar aanleiding van deze uitspraken raadt de onderzoeker aan hier dieper op in te gaan. Hierbij wordt aangeraden om breder te kijken wat de precieze verschillen zijn tussen locatiemanagers op het gebied van regeldruk. Zit dit nu op opleidingsniveau of meer op persoonskenmerken (ofwel competenties)? Het lijkt in ieder geval zo dat locatiemanagers die zich sterk genoeg voelen om dingen niet te doen en in staat zijn taken rondom prestatie-indicatoren te delegeren meer balans voelen in hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg. Hierbij is het vanuit de organisatie van belang dat de locatiemanagers ook de kans wordt gegeven deze keuzes te kunnen maken, hiervoor moet de organisatie bereid zijn beslissingsbevoegdheden en autonomie bij de locatiemanagers neer te leggen.

Een ander punt dat naar voren komt is dat frustratie voorkomen kan worden wanneer duidelijk gecommuniceerd wordt over prestatie-indicatoren. Leidinggevenden vinden het prettig dat ze weten waarom aan bepaalde prestatie-indicatoren moet worden voldaan, wat de consequentie is als het niet gebeurt. En ze willen graag dat de randvoorwaarden zijn ingevuld om aan de prestatie-indicatoren te voldoen. De onderzoeker doet een aanbeveling dat de organisatie bij het opleggen van prestatie-indicatoren goed kijkt op welke manier leidinggevenden gefaciliteerd kunnen worden om hier ook aan te kunnen voldoen. Waarschijnlijk scheelt dit tijdens het proces veel tijd en frustratie.

Daarnaast is het opvallend dat leidinggevenden aangeven dat met het voldoen aan de prestatie-indicatoren slechts een basis wordt gelegd voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten. Terwijl leidinggevenden wel voornamelijk worden afgerekend op het voldoen aan prestatie-indicatoren, dit lijkt een discrepantie te zijn met het streven van Reinaerde om bij te dragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten. Nu is het persoonsgebonden hoe er wordt bijgedragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg van cliënten binnen Reinaerde. Geadviseerd wordt om er over na te denken hoe hier als Reinaerde meer grip op te kunnen houden, zonder te vervallen in nog meer prestatie-indicatoren. Een mogelijkheid kan zijn om brede beleidskaders op te stellen vanuit Reinaerde, waarbinnen locatiemanagers en directeuren vrij mogen bewegen. Een ander mogelijkheid zou zijn meer aandacht te geven voor zachte verantwoording in plaats van alleen maar harde verantwoording. Leidinggevenden geven namelijk aan dat prestatie-indicatoren voornamelijk gericht zijn op verantwoording afleggen over procedures en

processen. Men mist hier de meer zachte, kwalitatieve waarden, die volgens de leidinggevenden veel meer aansluiten bij de definitie van kwaliteit van bestaan. Wat juist als visie centraal staat binnen Reinaerde. Een benadering gekleurd door het betrokkenheidsparadigma van Vinkenburg (2006) of de zachte verantwoording Meurs & van der Grinten (2005) beschreven door van Dalen (2012), zou Reinaerde hiervoor invalshoeken kunnen bieden.

Leidinggevenden gaven bijna unaniem aan dat zij geen mogelijkheden zien om iets te doen aan de externe wet- en regelgeving. Toch zijn er inmiddels verschillende voorbeelden waaruit blijkt dat er mogelijkheden zijn. Zoals zorgorganisatie Edégé-Reigersdaal die zonder HKZ-certificering toch financiering krijgt van het zorgkantoor (van Dalen 2012b:140). Of zorgorganisatie Siza die een Kwaliteitshandvest heeft ontwikkeld, dat kaders en voorwaarden creëert waarbinnen alle medewerkers de verantwoordelijkheid nemen om kwaliteit te verbeteren, naar tevredenheid van medewerkers, cliënten en externe stakeholders (van Dalen 2012a:35). De onderzoeker raadt Reinaerde aan om te kijken naar wat er wel mogelijk is en te leren van collega-organisaties.

6. Literatuurlijst

- Aa R. van der. et al. 2011. *Regeldruk voor OCW-instellingen 2004-2010* [onderzoeksrapport] 30-03-2011 [Aangehaald 2-2-2013] Bereikbaar op <http://www.ecorys.nl/nl/projects/ervaren-regeldruk-onderwijs-cultuur-en-wetenschap/53?t=regeldruk>
- Aryee, S. 2012. 'Transformational Leadership, Innovative Behavio, and Task Performance: Test of Mediation and Moderation Processes' *Human Performance* 25(2012): 1-25
- Bass, B.M. 1985. 'Leadership: Good, better, best' *Organizational Dynamics*, 13(3):26-40
- Corrigan P.W. et al. 2000. 'Mental Health Team Leadership and Consumers' Satisfaction and Quality of Life' *Psychiatric Services* 51(6): 781-785
- Dalen A. van. 2012a. 'Zin en onzin van kwaliteitsindicatoren in de Zorg'. [Essay] In: Lecina N. (Ed), *Verkenning Nieuw Nederland*.06-01-2013 [Aangehaald 06-01-2013]. Bereikbaar op: http://www.verkenningnieuw nederland.nl/Verkenning_Nieuw_Nederland/Essays.html
- Dalen A. Van. 2012b. 'Zorgvernieuwing: Over anders besturen en organiseren' Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Dalton D.R. et al. 1998. 'Meta-analytical reviews of board composition, leadership structure, and financial performance'. *Strategic Management Journal*19: 269–290
- De Waele I.en G. Van Hove (2005): 'Modern times: an ethnographic study on the quality of life of people with a high support need in a Flemish residential facility', *Disability & Society*, 20(6): 625-639
- De Waele, I. et al. 2005. 'Quality of Life versus Quality of Care: Implications for People and Programs'. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2 (3/4) 229-239
- Doorn E. Van et al. 2011. *Op weg naar minder administratieve lasten: Standaardisatie van informatievragen van concessiehouders voor de vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders* [Internet] 28-11-2011 [Aangehaald 06-01-2013]. Bereikbaar op <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-literatuur/Rapport-Op-weg-naar-minder-administratieve-lasten.html>
- Dorr D.C. 2000. 'Presteren met processen, procesmanagement voor dienstverlenende organisaties' Deventer: Uitgeverij Kluwer
- Firth-Cozens, J. en D. Mowbray. 2001. 'Leadership and the quality of care' *Quality in Health Care* 10(Suppl II):ii3–ii7
- Forsberg E. et al. 2004. 'The relative importance of leadership and payment system: Effects on quality of care and work environment'. *Health Policy* 69 (2004): 73–82

- Garman A.N. et al. 2003. 'Factor structure of the transformational leadership model in human service teams' *Journal of Organizational Behavior* 24: 803-812
- Gestel R.A.J. en M.L.M. Hertogh. 2006. *Wat is regeldruk? Een verkennende internationale literatuurstudie* [Literatuurstudie] juni 2006 [Aangehaald 2-2-2013] Bereikbaar op http://wodc.nl/images/volledige-tekst_tcm44-59385.pdf
- Hamers E. 2005. 'De zin en onzin van prestatie-indicatoren' Rotterdam: IBMG
- Heifetz, R.A. & R.M. Sinder. 1988. Political leadership: Managing the public's problem solving'. In: R.B. Reich (Ed.), *The power of public ideas*. Cambridge: Ballinger.
- (In voor Zorg). 2013a. *Regelarm* [Internet] 24-01-2013 [Aangehaald 29-01-2013] Bereikbaar op <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/experimentregelarm.html>
- (In voor Zorg). 2013b. *Experiment regelarme instellingen* [Nieuwsbrief] 29-01-2013 [Aangehaald 29-01-2013] Bereikbaar op http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/Regelarm/flyer_erai_20120206.pdf
- Ittner C.D. & D.F. Larcker. 2003. 'Coming up short on nonfinancial performance measurement'. *Harvard business review* november 2003
- Loon J. van. 2006. 'Arduin: Van zorg naar ondersteuning' Antwerpen-Apeldoorn: Garant
- Lyons G. 2010. 'Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: A Review of the Literature' In: Kober R. (ed.) *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities*, 73-125. Dordrecht, Heidelberg, London, New York: Springer.
- Meurs, P. & T. van der Grinten. 2005. 'Publieke verantwoording in de zorg: noodzaak en valkuil'. *ZM Magazine* 9:10-15
- (Ministerie van Justitie et al.). 2006. *In regels gevangen? Een verkenning van mogelijke oorzaken van regeldruk* [Essay] februari 2006 [Aangehaald 2-2-2013] Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2006/02/01/essay-in-regels-gevangen.html>
- Mortelmans D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* Leuven: Acco
- Mumford M.D. et al. 2008. 'Charismatic, ideological, and pragmatic leadership: Multi-level influences on emergence and performance'. *The Leadership Quarterly* 19 (2008): 144-160
- O'Brien, J. 1989. 'What's worth working for? Leadership for better quality human services' Lithonia, Georgia: Responsive Systems Associates.
- Peterson, S.J. et al. 2012. 'The relationship between authentic leadership and follower job performance: The mediating role of follower positivity in extreme contexts' *The Leadership Quarterly* 23(2012):502-516
- Putters K. 2009. 'Besturen met duivelselastiek' [Rede] Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam

- (Reinaerde). 2011. [Internet]. *Ondersteuningsplan voor volwassenen* [Aangehaald 29-05-2013]. Bereikbaar op <http://www.duidelijkreinaerde.nl/pdf/ondersteuningsplan.pdf>
- (Reinaerde). 2012. *3.04 Verslagformulier functioneringsgesprek*
- (Reinaerde). 2013a. [Internet]. 27-01-2013 [Aangehaald 27-01-2013] Bereikbaar op: <http://www.reinaerde.nl>
- (Reinaerde). 2013b. [Internet]. 12-05-2013 [Aangehaald 15-05-2013] Bereikbaar <http://www.reinaerde.nl/home/organisatie/visie-missie/>
- (Reinaerde). 2013c. *9.01.06 Checklist registratie van gegevens door managers*, intern document
- (Reinaerde). 2013d. *Format Q-rapportage Wonen*, intern document (Reinaerde). 2013e. *2.04.01.02 Procedure Resultaat Ontwikkel Cyclus*, intern document
- (Reinaerde). 2013f. *1.02.01.25 Checklist ondersteuningsplan in PlanCare*, intern document
- (Reinaerde) 2013g. *Persoonlijke communicatie: Management Overleg LG/NAH*. 28-05-2013
- (Rijksoverheid). 2005. *Uitvoeringsbesluit WTZi* [Internet]. 3-11-2005 [Aangehaald 19-01-2013]. Bereikbaar op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018983/geldigheidsdatum_19-01-2013#Hoofdstuk1_Artikel12
- (Rijksoverheid). 2012. *Bruggen slaan Regeerakkoord VVD-PVDA* [Internet] 29-10-2012 [Aangehaald 06-01-2013]. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/regering/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>
- (RIVM). 2012. *Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 05-03-2012 [Aangehaald 06-01-2013]. Bereikbaar op: <http://www.zorggegevens.nl/zorg/jaardocument-maatschappelijke-verantwoording-zorginstellingen/>
- Samad S. 2012. 'The Influence of Innovation and Transformational: Leadership on Organizational Performance'. *Social and Behavioral Sciences* 57 (2012): 486 - 493
- Savage R. et al 2012. 'Program Evaluation and Quality Management' In: H.K. McQuiston et al. (Eds.), *Handbook of Community Psychiatry*, 551-560. New York: Springer-Verlag.
- Schalock, R.L. 1994. 'Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities'. *Evaluation and Program Planning* 17 (2):121-131
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. 2007. *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, systems, and communities*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

- Schalock R.L. et al. 2008. 'The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities'. *Evaluation and Program Planning* 31 (2008) 181-190.
- Schalock R.L en M.A. Verdugo. 2012. *A leadership guide for Today's Disabilities Organizations: Overcoming Challenges and Making Change Happen*, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Schellekens W. et al. 2003. 'Vliegen en gevlogen worden: Mythen en onmogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieder' *Medisch contact* 58(8):291-294
- (Sherpa). 2013. *Persoonlijk ondersteuningsplan* [Internet] 20-01-2013 [Aangehaald 20-01-2013]. Bereikbaar op: <http://www.sherpa.org/extra-ondersteuning/consult-kenniscentrum/persoonlijk-ondersteuningsplan>
- Silverman, D. 2010. *Doing qualitative research*, London: SAGE Publications
- Smith P.C. 2002. 'Performance Management In British Health Care: Will It Deliver?' *Health Affairs* 21(3):103-115
- (Vanboeijen). 2013. *Regie op locatie met lean* 07-06-2013 [Aangehaald 07-06-2013]. Bereikbaar op <http://www.vanboeijen.nl/1363/regie-op-locatie-met-lean/>
- (VGN) (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland). 2007. *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument*. Utrecht: VGN.
- (VGN) (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland). 2012). *Drieluik Kwaliteit Inzicht* [Nieuwsbrief]. 06-12-2012 [Aangehaald op 06-01-2013]. Bereikbaar op <http://www.vgn.nl/artikel/14922>
- (Vilans). 2012. *Zorgkantoren en het ondersteuningsplan*. [Internet] 23-12-2012 [Aangehaald 06-01-2013]. Bereikbaar op <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Home-Informatiecentrum-clinten/Home-Informatiecentrum-clinten-Zorgkantoren-en-het-ondersteuningsplan.html>
- Vinkenburg, H. 2006. 'Dienstverlening: paradigma's, deugden en dilemma's'. *Kwaliteit in praktijk* Feb. 2006:B1-5
- Yin R.K. 2003. *Case study research: Design and Methods*, California: SAGE Publications
- Art. 7 Wet toelating zorginstellingen

Bijlage 1 Topiclijst & vragenlijst

Topiclijst

- Standaard vragenlijst
- Kwaliteit van bestaan
 - Acht domeinen van Schalock: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel, fysiek en materiaal welbevinden. Geeft de gewenste condities van leven weer gerelateerd aan de leefomgeving, werk en gezondheid van een persoon.
- Kwaliteit van zorg
 - Focus ligt op het leveren van goede zorg, processen zijn zo efficiënt mogelijk ingericht met procedures en protocollen in een veilige omgeving.
- Spanningsveld
- Rol als leidinggevende
- Omgang/aanpak
- Medewerkers
- Cliënten
- Onderbelichte onderwerpen
- Ervaring delen?
- Bedanken

Vragenlijst interviews

Openingsvraag 5 min

- Kan je kort iets over je achtergrond vertellen?

Inleidingsvragen 5 min

- Wat is in je eigen woorden de definitie van de kwaliteit van bestaan?
- Wat is in je eigen woorden de definitie van de kwaliteit van zorg?

Transitievragen 15 min

- Op welke manier draag jij als leidinggevende bij aan de kwaliteit van bestaan?
- Hoe beleef je jouw invloed op de kwaliteit van bestaan?
 - Blij/gefustreerd, genoeg/te weinig, jij/of een ander
- Op welke manier draag jij als leidinggevende bij aan de kwaliteit van zorg?
- Hoe beleef je jouw invloed op de kwaliteit van zorg?
 - Blij/gefustreerd, genoeg/te weinig, jij/of een ander
- Hoe beleef je jouw invloed op de kwaliteit van zorg?
- In hoeverre ervaar je regeldruk rondom prestatie-indicatoren?
- En zoja, wat houdt die regeldruk voor jou in? En hoe ga je daarmee om?
- En zonee, hoe ga je om met prestatie-indicatoren?

Sleutelvragen 25 min

- Op welke manier vind je dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan beïnvloed?
- Op welke manier vind je dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van zorg beïnvloed?
- Wat vindt je van de balans van jouw bijdrage aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg?
- Ervaar je een spanningsveld?
- Zoja, waar bestaat dat spanningsveld voor jou uit?
- Zonee, vertel eens...

- Hoe merk jij hoe jouw leidinggevende omgaat met dit spanningsveld?
- Wat merken medewerkers van jouw aanpak?
- Wat merken cliënten van jouw aanpak?

Besluitende vragen 10 min

- Als je helemaal zelf mocht bepalen hoe je het zou doen, hoe zou je dan je aandacht verdelen tussen kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg?
- Zijn er nog bepaalde onderwerpen niet aan bod gekomen die je wel belangrijk vindt?
- Is er nog iets dat je wilt vertellen over je ervaringen als leidinggevende binnen de gehandicaptenzorg?

Bijlage 2 Axiale codes

- Achtergrond
- balans
- beleving
- bijdrage aan kvb
- bijdrage aan kvb/kvz
- bijdrage aan kvz
- certificeringen
- cliënten
- definitie kvb
- definitie kvz
- definitie zorg
- focus
- frustratie
- functie zelf bepalen
- intervisie
- invloed
- invulling functie
- kaders
- leiderschap
- leidinggevende
- medewerkers
- methodiek
- ondersteunende diensten
- onveiligheid
- organisatie
- organisatieontwikkeling
- PI
- PI bijdragen
- PI bijdragen aan kvb
- PI bijdragen aan kvb/kvz
- PI bijdragen aan kvz
- PI bijdragen aan kwaliteit
- procedures
- protocollen
- protocollen begeleiders
- protocollen cliënten
- regeldruk
- regeldruk PI
- regels doorbreken
- regie
- registratie
- rol manager
- snelheid
- spanningsveld
- stijlen
- veiligheid
- verantwoord
- verbinding kvb/kvz
- verschil kvb/kvz
- visie
- voorbereiding

Bijlage 3 Deel van dataselectie behorende bij de axiale code

‘Definitie kvb’¹⁵

	B	C	D	E	G	H
I	Functie	Interview code	Opmerking nr	Type	Axiale code	Open code
3	Manager	M 10	2	I	definitie kvb	deze manager bekijkt kvb vanuit verschillende doelgroepen, dat zou kunnen betekenen dat hij vindt dat voor verschillende doelgroepen andere dingen belangrijk zijn, terwijl schalock zijn alle domeinen zijn voor iedereen belangrijk
30	Directeur	M11	2	C	definitie kvb	dat wat zij beleven als kwaliteit, als goed als een goed leven
31	Directeur	M13	2	C/Q	definitie kvb	Er toe doen. Dat is wat we allemaal graag willen, iets betekenen in de ogen van een ander.
32	Manager	M14	2	C	definitie kvb	dat ze mens mogen zijn, 9 schalock domeinen is hele goede omschrijving
140	Directeur	M2	2	C	definitie kvb	kvb is subjectief begrip
141	Manager	M3	2	C	definitie kvb	Door de client te laten zijn wie hij is, met al zijn eigenaardigheden
142	Manager	M4	2	C	definitie kvb	datgene wat ze nodig hebben om zich gelukkig te voelen
143	Manager	M5	2	Q	definitie kvb	ik denk dat het er om gaat dat je zelf het gevoel hebt dat je je leven leidt, op welke manier dat dan ook is, dat je daar zelf invloed op hebt
158	Directeur	M7	2	Q	definitie kvb	De eigen regie in je leven en in de breedste zin van het woord. Dat is op alle domeinen, dat geldt voor werk, vrije tijd of voor wonen of voor sociale contacten.
171	Manager	M8	2	C	definitie kvb	domeinen opgesteld door schalock, kvb is op een hele hoop terreinen, gezondheid, financiën, welzijn, niet in 1 woord te vatten, breed begrip
172	Manager	M9	2	C	definitie kvb	dat je mag zijn wie je bent en dat wij je ondersteunen in de keuze die jij wilt maken.
173	Manager	M10	3	C	definitie kvb	eigenheid voor iedere persoon, dat je mag zijn wie je bent, iedere persoon als individu zien
174	Directeur	M11	3	Q	definitie kvb	Maar wat ik echt het allerbelangrijkste vind is dat mensen gewoon naar je luisteren dat je er toe doet. En ik zie wel dat het daar vaak misgaat
229	Manager	M12	3	C	definitie kvb	een prettig leven leiden op de manier zoals zij dat willen. met de keuzes die ik ook heb

¹⁵ Kvb=Kwaliteit van bestaan

Bijlage 4 Antwoorden deelvragen probleemstelling

In deze bijlage is een samenvatting van de antwoorden op de vier deelvragen opgenomen.

Hoe definiëren leidinggevenden kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg voor cliënten binnen de gehandicaptenzorg?

Leidinggevenden geven aan dat cliënten op verschillende domeinen een bepaald minimaal niveau moeten bereiken om daadwerkelijk kwaliteit van bestaan te ervaren. De domeinen die leidinggevenden voor cliënten relevant vinden bij de omschrijving van kwaliteit van bestaan zijn terug te voeren naar 7 van de 8 domeinen die Schalock et al. (2008) hebben gedefinieerd, namelijk *zelfbepaling, persoonlijke ontwikkeling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden en materieel welbevinden*. Waarbij het domein *zelfbepaling*, dominant is voor de leidinggevenden. Het domein *fysiek welbevinden* komt terug bij de definitie van kwaliteit van zorg. De aansluiting bij de definitie van Schalock is te verklaren omdat Reinaerde deze als uitgangspunt gehanteerd en op diverse plekken in de organisatie terug komt. Buiten de bekende domeinen van Schalock werd ook *iets betekenen in de ogen van een ander, ofwel ertoe doen* genoemd als een onderdeel van kwaliteit van bestaan.

Leidinggevenden beschrijven kwaliteit van zorg heel duidelijk vanuit het perspectief van de cliënt, in tegen stelling tot van Loon (2006:107) die juist stelt dat bij een focus op de kwaliteit van zorg het perspectief van zorgaanbieder centraal staat, waarbij de nadruk wordt gelegd op processen en procedures. In dit onderzoek definieerde leidinggevenden kwaliteit van zorg als het 'inspelen op de specifieke individuele behoeften die cliënten hebben' genoemd. Oftewel zorg op maat.

In beide begrippen staat volgens de leidinggevenden, in tegenstelling tot in de literatuur, de cliënt centraal. Leidinggevenden geven aan dat voor hen kwaliteit van bestaan bijna niet los te zien is van kwaliteit van zorg, waarbij kwaliteit van zorg datgene is wat geboden moet worden om de cliënt kwaliteit van bestaan te laten ervaren. Van Loon (2006:124-125) geeft juist aan dat er een groot verschil is tussen kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg en concludeert dat een focus gericht op kwaliteit van zorg een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van bestaan. Dit fundamentele verschil heeft invloed heeft op hoe leidinggevenden het spanningsveld tussen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg beleven.

Hoe vinden leidinggevenden dat het voldoen aan prestatie-indicatoren de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg beïnvloedt?

Prestatie-indicatoren richten zich volgens leidinggevenden binnen Reinaerde vaak op het verantwoorden van processen of procedures. Zij geven daarmee wel een basis, maar met het voldoen aan de prestatie-indicatoren is niet automatisch voldaan aan de kwaliteit van bestaan¹⁶ en kwaliteit van zorg¹⁶. Dit is opvallend aangezien in de visie van Reinaerde juist staat dat de dienstverlening zo is georganiseerd dat deze een bijdrage levert aan de kwaliteit van bestaan (Reinaerde 2013a). Veel van de prestatie-indicatoren worden opgelegd door de institutionele omgeving. Er is duidelijk een discrepantie te zien tussen deze omgeving die er vanuit gaat dat wanneer voldaan wordt aan de prestatie-indicatoren de kwaliteit in een instelling goed is, terwijl leidinggevenden zich afvragen in hoeverre de opgelegde prestatie-indicatoren daadwerkelijk relevant zijn voor de cliënt.

Leidinggevenden voelen zich verantwoordelijk voor de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg, maar zij hebben niet het idee dat wanneer er is voldaan aan de prestatie-indicatoren, hun cliënten die kwaliteit ook daadwerkelijk ervaren. Dat betekent dat leidinggevenden ook nog activiteiten moeten ondernemen om hiervoor te zorgen, waarop ze vervolgens niet beoordeeld worden. Deze spagaat die de leidinggevenden ervaren, zorgt voor een spanningsveld in hun werkzaamheden.

In hoeverre ervaren leidinggevenden regeldruk rondom het voldoen aan prestatie-indicatoren? En hoe gaan zij daarmee om?

In de praktijk blijkt dat er zeer regelmatig regeldruk wordt ervaren wanneer het voldoen aan prestatie-indicatoren (onnodig) veel tijd kost, bijvoorbeeld wanneer randvoorwaarden niet zijn ingevuld of wanneer men wil afwijken van de standaard in het belang van de cliënt.

Daarnaast wanneer topdown wordt gecommuniceerd en leidinggevenden niet betrokken of geïnformeerd zijn, wordt regeldruk extra versterkt vanuit frustratie. Dit is opmerkelijk aangezien de organisatie in haar visie de cliënt zo nadrukkelijk centraal zet, de verwachting zou dan zijn dat er veel meer bottom-up gewerkt zou worden. Waarbij de cliënt gefaciliteerd wordt door begeleiders, begeleiders door locatiemanagers en locatiemanagers door directie. De beleving van leidinggevenden is echter dat op verschillende momenten de organisatie centraal lijkt te staan, juist op die momenten ervaren leidinggevenden regeldruk wat het spanningsveld dat zij ervaren versterkt. Locatiemanagers gaan hier op verschillende manieren mee om, dit lijkt terug te voeren naar twee tegengestelde soorten persoonskenmerken, enerzijds lef en stevigheid, anderzijds neutraal en volgzaam.

¹⁶Hier wordt de definitie bedoeld zoals deze door leidinggevenden werd omschreven.

Daarnaast ervaren directeuren regeldruk door wet- en regelgeving opgelegd vanuit de institutionele omgeving. Deze wet- en regelgeving draagt volgens hen niet bij aan het doel van het bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van cliënten. Toch voelen de meeste leidinggevenden geen mogelijkheden om hier iets aan te doen. Hier lijken afhankelijkheid, machteloosheid en volgzzaamheid de boventoon te voeren.

Op welke manier dragen leidinggevenden bij aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg? Hoe beleven zij hun invloed hierop en wat vinden zij van de balans hierin?

Leidinggevenden geven aan hun invloed voldoende te vinden, dat ze hier ruimte voelen komt waarschijnlijk doordat kwaliteit van bestaan en kwaliteit van bestaan volgens leidinggevenden minder is vastgelegd in strakke richtlijnen. Leidinggevenden missen echter bepaalde handvatten rondom praktische dilemma's rondom cliënten, waardoor dit nu op vanuit een persoonlijke koers wordt uitgezet. Ze hebben dan wel veel invloed, maar zouden graag kaders zien zodat ze gezamenlijk een Reinaerde visie neerzetten, zonder dat dit wordt dichtgetimmerd in strakke richtlijnen. Leidinggevenden worden niet beoordeeld op hun (inhoudelijke) bijdrage aan kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg, wat opvallend is gezien bijdragen aan de kwaliteit van bestaan centraal staat in de visie van Reinaerde.

Leidinggevenden bepalen zelf wat zij, naast het voldoen aan de prestatie-indicatoren, doen aan de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan. Omdat zij deze keuze zelf maken speelt voor de leidinggevenden niet zozeer een spanningsveld tussen kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Voor de leidinggevenden zit het spanningsveld in hun verantwoordelijkheid voor prestatie-indicatoren enerzijds en hun bijdragen aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg anderzijds.