

Organiseren van optimale zorg in het verpleeghuis



Maaïke Planting

358276

Mei 2014

Instituut Beleid & Management gezondheidszorg

Begeleider: prof.dr. R. Huijsman MBA

Meelezer: dr. J.M. Cramm

Na een aantal maanden hard werken ligt mijn bachelorscriptie voor de opleiding Beleid en Management voor de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit voor u.

Het onderwerp van deze scriptie, *Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg*, zijn veelgehoorde begrippen die ook veel lijken te omvatten. Waarom dan toch de keuze voor dit onderwerp? Met name doordat mijn persoonlijke interesse naar de ouderenzorg uitgaat. Zij verdienen naar mijn mening waardige laatste jaren. Wat daarvoor nodig is, kunt u in deze scriptie lezen.

Deze scriptie is het resultaat van een intensief proces, wat mij zonder de hulp van anderen zeker niet gelukt was. Dit voorwoord wil ik dan ook gebruiken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst natuurlijk mijn begeleider Robbert Huijsman voor zijn kritische blik en goede aanwijzingen, waardoor ik toch weer op weg werd geholpen als ik het zelf even niet meer wist. Daarnaast ben ik hem erg dankbaar voor zijn tijd en snelle reacties op mijn vragen ondanks zijn eigen drukke agenda. Ook mijn meelezer Jane Murray Cramm wil ik bedanken voor haar feedback. Uiteraard ben ik ook de organisaties waar ik interviews heb mogen houden dank verschuldigd. Zij hebben mij allen hartelijk ontvangen en wat van hun kostbare tijd voor mij vrijgemaakt. Tot slot nog de mensen in mijn naaste omgeving die altijd in mij bleven geloven, dank!

Maaïke Planting

Samenvatting

In de ouderenzorg spelen ontwikkelingen zoals vergrijzing, stijging van zorgkosten en toename van chronische ziekten, waardoor ouderen zwaardere zorg nodig hebben. Dat zet de kwaliteit van zorg binnen verpleeghuizen onder druk. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt: “Hoe kan de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor verpleeghuispatiënten zo goed mogelijk gewaarborgd en waar mogelijk verbeterd worden, gegeven de middelen die het management tot zijn beschikking heeft?”

Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen en hoe het management beter om kan gaan met de groeiende discrepantie tussen zorgvraag en middelen. Daarbij is de kwaliteit zowel vanuit het management als de professional bekeken.

Kwaliteit van leven wordt voornamelijk bereikt door de cliënt de eigen regie te laten behouden. Deze zijn ze deels kwijt doordat ze vanwege gezondheidsproblematiek afhankelijk zijn van de professional. Om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden moet de scholing naar een hoger niveau. Bovendien is verbetering mogelijk in de bejegening richting de cliënt.

Kwaliteit van zorg wordt vooral geborgd door te werken volgens de normen en eisen van het kwaliteitssysteem. Daarover is op dit moment nog weinig kennis bij professionals. Daarom is het belangrijk om professionals meer te informeren over en te betrekken bij het kwaliteitssysteem. Ook wordt niet altijd volgens de normen gewerkt vanwege de hoge werkdruk. Het management heeft beperkte middelen om dit op te lossen en moet de professional beter inzicht geven in de beschikbare middelen, zodat deze reële verwachtingen heeft over wat wel en niet haalbaar is.

Het is belangrijk dat verpleeghuizen hun strategie aanpassen om goede zorg te kunnen blijven bieden ondanks de genoemde ontwikkelingen. In de onderzochte organisaties is het dan ook belangrijk dat professionals hoger geschoold worden. Het management moet professionals meer betrekken bij zaken als het kwaliteitssysteem en regelgeving. Daarnaast moet de professional de cliënt zoveel mogelijk de eigen regie laten behouden.

In dit onderzoek ligt focus op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in het verpleeghuis. Dit zijn brede begrippen, waardoor er over veel onderwerpen conclusies gedaan zijn, maar verdieping soms mist. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de oorzaken en mogelijke oplossingen van de hoge werkdruk die professionals ervaren in de verpleeghuizen.

Summary

Developments such as aging of the population, raise of healthcare costs, and an increase of chronic diseases are developments that require more intensive care for the elderly in nursing homes. These developments put a lot of pressure on the quality of care in nursing homes, and consequently on the quality of life. Therefore, the primary research question of this study is: “How can the management of the nursing home – given its resources – guarantee and improve the quality of life and the quality of care for nursing home patients?”

The objective of the study was to gain insight into the quality of life and the quality of care in nursing homes, and to gain insight in how the management can deal with the discrepancy between the demand of health care and the available resources. To study the quality of care both the perspectives of the management and the perspectives of professionals have been examined.

Promoting quality of life is primarily achieved by letting the client have control over their own life. However, part of the control is lost due to health problems and dependency on the professional. To provide the highest level of quality of life, professionals should be educated at a higher level. Moreover, the manner of treating the client should and can be improved.

Furthermore, quality of care can be guaranteed by providing care according to the standards and requirements of the quality system. Professionals, however, have insufficient knowledge of the quality system. Therefore, it is important to inform them of the quality system, and to get them involved in it. This will lead them to recognize the importance of the system. Besides insufficient knowledge, another problem is that professionals do not always work according to the standards due to the high workload. The management has limited resources to solve this problem, and therefore should inform the professionals about the resources that are available. By doing this, they can create realistic expectations among the professionals of what can and what cannot be achieved.

In order maintain the quality level of healthcare, nursing homes should take the future developments into account, and adapt their strategies to these developments. This study showed that – in light of the future developments – it is important that professionals will be educated at a higher level, and try to let the clients take control of their own life as much as possible. Furthermore, the management needs to involve professionals in the quality system and legislation.

To conclude, this study focused on quality of life and quality of care in nursing homes. These are broad concepts, which make it hard to give in depth conclusions. Future research should focus on the causes of the high workload of the professional in the nursing home, and on how the workload could be lowered.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Summary	4
1. Inleiding.....	7
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Deelvragen	9
1.3 Doelstelling	10
2. Literatuurstudie	11
2.1 Context.....	11
2.2 Kwaliteit van leven.....	12
2.3 Kwaliteit van zorg	15
2.4 Management.....	19
3. Onderzoeksopzet.....	24
3.1 Onderzoekspopulatie	24
3.2 Interviews.....	25
3.3 Analyse	25
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	26
4. Analyse.....	28
4.1 Kwaliteit van leven.....	28
4.2 Kwaliteit van zorg	30
4.3 Toekomst	32
4.4 Middelen management.....	34
4.5 Verantwoordelijkheid	36
4.6 Rol management	37
4.7 Communicatie.....	39
4.8 Borging en verbetering kwaliteit	41
5. Reflectie	45
5.1 Kwaliteit van leven.....	45

5.2 kwaliteit van zorg	46
5.3 Toekomst	48
5.3 Middelen management.....	50
5.4 Verantwoordelijkheid	51
5.6 Rol management	52
5.7 Communicatie.....	53
5.8 Borging en verbetering kwaliteit	54
6. Conclusie en discussie	56
6.1 Beantwoording onderzoeksvragen.....	56
6.2 Discussie	59
6.3 Aanbevelingen	60
7. Literatuurlijst.....	63
8. Bijlagen.....	71
8.1 Topiclijst.....	71

1. Inleiding

'Leven toevoegen aan de jaren en niet slechts jaren aan het leven' (Gerritsen 2010). Deze uitspraak over verpleeghuizen geeft een mooi streven weer, maar is dit haalbaar? In de huidige situatie vinden een aantal ontwikkelingen plaats waardoor het voor verpleeghuizen moeilijker kan worden een goede kwaliteit van zorg en een goede kwaliteit van leven te bieden aan verpleeghuisbewoners.

Ten eerste is de verwachting dat het aantal ouderen in Nederland zal blijven stijgen. De verwachting is dat in 2041 het aantal 65 plussers bijna verdubbeld is. Ook zal de groep 80-plussers sterk toenemen. Door het stijgend aantal ouderen zal de grijze druk op de beroepsbevolking toenemen, wat inhoudt dat de beroepsbevolking een steeds grotere last door de vergrijzing moet opvangen (RIVM 2013a). Gegeven de sterke stijging van het aantal ouderen zullen er ook meer verpleeghuizen nodig zijn of zullen verpleeghuizen meer ouderen moeten gaan verzorgen (Finucane et al. 2013). Hiervoor is extra personeel nodig, terwijl de beroepsbevolking in de komende jaren niet zosnel zal stijgen als het aantal ouderen (RIVM 2013a).

Een tweede oorzaak is dat de zorgkosten de afgelopen jaren zijn gestegen. De totale kosten van basisvoorzieningen voor ouderen waren in 2010 15 miljard euro. In 1990 was dit 5 miljard euro en in 2000 was dit bijna 8 miljard euro. 40% van alle kosten van de gezondheidszorg in Nederland wordt besteed aan ouderen (Huijsman 2013). In 2012 waren de totale zorgkosten voor ouderen al 18 miljard euro (CBS 2013). Er lijkt dus een stijgende lijn in de zorgkosten te zitten. Er kan echter wel worden gesteld dat een van de doelen van de ouderenzorg kostenbeheersing is. Hierbij wordt zorg bijvoorbeeld ingedeeld naar noodzakelijk, effectief en doelmatig. Tot nu toe is dit niet altijd even effectief gebleken, maar wellicht kan dit in de toekomst voor enige kostenbeheersing zorgen (Huijsman 2013).

Een derde punt is dat steeds meer ouderen aan chronische aandoeningen lijden. Dit komt doordat voorheen dodelijke ziektes nu te behandelen zijn, waardoor vaak een chronische aandoening ontstaat. Dit zorgt ervoor dat de zorgvraag van ouderen complexer wordt doordat de multimorbiditeit snel toeneemt (Nies 2012). Uit onderzoek komt naar voren dat een multidisciplinair zorgmodel om in te spelen op deze complexe behoefte aan zorg in een verzorgingshuis resulteert in een betere kwaliteit van zorg (Boorsma et al. 2012). Een voorbeeld van een dergelijk model is het chronic care model, wat al in een aantal verpleeghuizen is ingevoerd en wat is gericht op chronische ziekten. Het model bestaat uit zes onderling samenhangende onderdelen. Dit zijn beleid en middelen, het gezondheidszorgsysteem, zelfmanagement, het zorgproces, besluitvorming en ICT. Dit mondt uit in een beter geïnformeerde en proactieve patiënt, en een voorbereid proactief team van zorgverleners (Nieboer 2013). De proactieve patiënt is van cruciaal belang in het

model, omdat patiëntgeoriënteerde zorg wordt aangeboden waarbij patiënten en hun families geïntegreerd zijn als leden van het care team. Zelfmanagement vaardigheden, zoals het nemen van medicijnen en gezond leefgedrag, zijn namelijk sterke voorspellers voor fysieke gezondheid en depressieve gevoelens van patiënten (Cramm & Nieboer 2012a). Zeker bij ouderen resulteert het verbeteren van zelfmanagement vaardigheden in het beter kunnen omgaan met functieverlies (Cramm et al. 2012a). Goede kwaliteit van zorg kan dus alleen geleverd worden als naast goede zorgverlening de patiënt goed meewerkt (Hibbard 2004). Zonder een gemotiveerde, geïnformeerde en geactiveerde patiënt werkt het chronic care model niet goed. Ons huidige zorgstelsel is nog niet goed ingericht om in te spelen op deze complexe problematiek. Er is nog te weinig sprake van multidisciplinaire samenwerking tussen professionals om met deze complexe zorgvraag om te gaan (Nieboer 2013). Uit onderzoek komt echter naar voren dat indien met programma's gebaseerd op het chronic care model wordt gewerkt, de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken verbetert. Hiervoor moeten professionals alle elementen uit het chronic care model effectief toepassen en moeten ze goed met elkaar samenwerken (Cramm & Nieboer 2012b).

Een vierde punt is dat zorg in een verpleeghuis meer inhoudt dan alleen zorgtaken. Dit komt doordat ouderen in het verpleeghuis vaak niet alleen met ziekte te maken hebben, maar ook met andere problemen. Zo zijn ze weg uit hun vertrouwde omgeving, zijn ze sneller eenzaam en hebben snel de neiging om te gaan piekeren (Van der Burgt 2006). Het welzijn van mensen in het algemeen wordt niet alleen door ziekte beïnvloed, maar ook door lichamelijke conditie en sociale relaties (Nieboer & Lindenberg 2002). Indien mensen hun belangrijke activiteiten kunnen blijven ondernemen, zullen hun beperkingen minder leiden tot een lager niveau van welzijn (Nieboer 2013). Als de zorg onvoldoende wordt afgestemd op sociale, fysieke en cognitieve problemen van de cliënt, zal dit leiden tot functieverlies en een slechtere kwaliteit van leven (Moyle et al. 2008). Uit bovenstaande voorbeelden komt duidelijk naar voren dat welzijn van een oudere in het verpleeghuis uit meer bestaat dan alleen zorg behorend bij ziekte, en dat zorg moet worden afgestemd op zowel sociale, fysieke als cognitieve problemen van de cliënt. Dit kan door bijvoorbeeld een zorgprogramma aan te bieden. Deze beschrijft de relatie tussen hulpvraag en het zorgaanbod voor een specifieke groep cliënten en omvat zowel woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden als ook gezondheidszorg. Dit soort programma's zijn er nog lang niet genoeg om te voldoen aan de complexe zorgvraag van ouderen (Salari 2008).

Inmiddels is duidelijk geworden welke oorzaken meespelen die het lastig maken om kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in het verpleeghuis te waarborgen. Om toch goede kwaliteit te blijven bieden is innovatie belangrijk. Door te blijven innoveren kunnen teams beter

omgaan met een hogere werkdruk, kunnen ze goed blijven werken in een veranderende omgeving en gaat de effectiviteit van de zorgverlening omhoog (Fay et al. 2006). Teamwork zorgt ervoor dat in tijden van financiële krapte financieel effectiever gewerkt wordt en dat de kwaliteit en efficiëntie in de organisatie omhoog gaan (West et al. 2003). Support van het management in de vorm van coachen, feedback en openstaan voor kritiek zorgen ervoor dat werknemers intrinsieke motivatie ervaren om creatief te zijn en dat ze ook creatieve vrijheid ervaren. Deze kenmerken zijn bevorderlijk voor een innovatieve organisatie (Amabile & Conti 1999, Amabile et al. 2004). De manager moet aangeven wat wordt verwacht van de professionals binnen het zorgproces, de professionals geven daarop hun mogelijkheden en middelen om aan deze verwachtingen te voldoen. De manager moet ook het belang van integrale kwaliteit duidelijk maken aan het personeel. Dit kan op verschillende manieren. Zo kan de manager positieve waardering uiten voor kwaliteitsacties die door de professional ondernomen worden. Ook kan hij zorgen voor opleidingen om teamgericht en met een hoge kwaliteit als doel te leren werken. Ten derde kan hij voorbeelden van andere organisaties aanhalen waar hoge kwaliteit tot positieve resultaten heeft geleid (Walburg 1997). Het management is dus een belangrijke schakel binnen een organisatie, omdat deze ervoor kan zorgen dat een team gemotiveerd is tot innovatie en werkt met als doel een hoge kwaliteit van zorg te bieden. Bovendien zijn professionals meer afhankelijk van coördinatie en communicatie met andere professionals dan medisch specialisten in de ouderenzorg (Hartgerink et al. 2013). Eerder is al naar voren gekomen dat om goede zorg te bieden aan patiënten met chronische aandoeningen, bijvoorbeeld door middel van het chronic care model, goede samenwerking tussen professionals van belang is (Cramm et al. 2013). In dit geval kan het management inzicht creëren in de manier waarop verschillende zorgprocessen op elkaar ingrijpen en hoe in dat geval goed teamwork geleverd kan worden (Walburg 1997).

1.1 Probleemstelling

Hoe kan de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor verpleeghuispatiënten zo goed mogelijk gewaarborgd en waar mogelijk verbeterd worden, gegeven de middelen die het management tot zijn beschikking heeft?

1.2 Deelvragen

Om te kunnen beantwoorden hoe kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg gewaarborgd kunnen worden moet eerst duidelijk worden wat de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg precies inhoudt.

1. Wat houdt de kwaliteit van leven en een goede kwaliteit van zorg in voor verpleeghuispatiënten en welke zaken beïnvloeden de kwaliteit van leven?

Voor kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg worden door de jaren heen verschillende definities gegeven. Theorie en praktijk zijn dynamisch en niet statisch. Daarom is het

belangrijk om in het achterhoofd te houden aan welke veranderingen deze kwaliteit onderhevig is.

2. Met welke trends van de komende jaren moet het verpleeghuis als voorziening voor ouderen rekening houden?

Omdat uit de literatuur nu duidelijk is wat de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg inhoudt, is het de vraag welke middelen het management heeft om aan deze kwaliteit te werken.

3. Wat zijn de huidige middelen van het management en hoe beïnvloeden de trends de beschikbaarheid van deze middelen voor het verpleeghuis?

De volgende deelvraag richt zich vervolgens op de betrokkenheid van de manager bij de verschillende zaken die spelen in het verpleeghuis. Dus eigenlijk hoe de manager zijn middelen inzet.

4. Hoe ziet het management van verpleeghuizen zijn rollen en taken voor de verpleeghuisorganisatie?

Nu kan worden bepaald in hoeverre deze middelen kwaliteitsverhogend zijn, en hoe de manager dit controleert. Ook wordt duidelijk in hoeverre ze naast waarborging van kwaliteit bezig zijn met kwaliteitsverbetering.

5. Hoe zorgt het management dan uiteindelijk voor de borging en eventuele verbetering van een goede kwaliteit van leven en zorg voor verpleeghuispatiënten?

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om een conclusie te kunnen trekken en aanbevelingen te kunnen doen over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen en hoe het management om kan gaan met de groeiende discrepantie tussen zorgvraag en middelen.

De relevantie van dit onderzoek kan worden onderscheiden in enerzijds de wetenschappelijke relevantie en anderzijds de maatschappelijke relevantie.

De wetenschappelijke relevantie is een bijdrage aan de wetenschap over de visie van het management over de huidige kwaliteit van zorg in verpleeghuizen en hoe het management de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven kan blijven waarborgen, rekening houdend met de trends waarmee het verpleeghuis komende jaren mogelijk te maken krijgt. Uit de probleemanalyse is namelijk al naar voren gekomen dat het management invloed kan uitoefenen door middel van coördinatie en innovatie. Er is al veel bekend in de wetenschappelijke literatuur over de kwaliteit van leven, de kwaliteit van zorg en over management middelen. De combinatie van management middelen en een goede kwaliteit van zorg is echter minder vaak onderzocht (Ormel et al. 1997, Lindenberg 1996, Nieboer et al. 2005, Harteloh & Casparie 1998, Doelen & Weber 2006, Walburg 1997).

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is dat de uitkomsten relevant kunnen zijn voor de toekomst. Er ontstaat namelijk inzicht in de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis bekeken vanuit verschillende niveaus in de organisatie. Hierdoor wordt de kwaliteit van twee kanten bekeken, waardoor er verschillende inzichten worden gesignaleerd. Deze verschillende inzichten zouden verhelderend kunnen zijn omdat op deze manier de kwaliteit vanuit verschillende oogpunten wordt bekeken.

2. Literatuurstudie

2.1 Context

Omdat verpleeghuisorganisaties werken in een veranderende omgeving zullen ze met deze veranderingen rekening moeten houden en zich hier aan moeten aanpassen. De context waarin verpleeghuisorganisaties werken wordt duidelijk gemaakt aan de hand van onderstaande ontwikkelingen.

Zoals genoemd in de probleemanalyse leven steeds meer mensen met een chronische ziekte. Deze toename is vooral ontstaan door drieontwikkelingen (Mackenbach 2010). Een eerste oorzaak is de vergrijzing. Het hoogtepunt van de vergrijzing wordt verwacht over dertig jaar. In 2040 zal een op de vier Nederlanders ouder dan 65 jaar zijn. Hierbij is de toename van het aantal 80-plussers het sterkst, waardoor er een zogenoemde dubbele vergrijzing ontstaat. Juist bij ouderen is er vaak sprake van chronische ziekten, waardoor een groot beroep wordt gedaan op de zorg (Huijsman 2013, CBS 2012). Ten tweede zijn er trends zichtbaar in het vóórkomen van risicofactoren van een chronische aandoening. Zo zijn er steeds meer mensen met obesitas, wat bijvoorbeeld een grote risicofactor is voor het krijgen van diabetes. Door deze toename van chronische ziekten is er meer focus ontstaan op preventiezorg. Zo zijn verschillende preventieprogramma's opgezet om mensen bewust te maken van de risicofactoren die horen bij chronische aandoeningen (Zonmw 2013). Ten derde wordt de gezondheidszorg steeds beter. Door de verbeterde gezondheidszorg worden ziekten vaak vroegtijdig opgespoord, waardoor deze beter te behandelen zijn. Hierdoor overlijden mensen niet aan de ziekte, maar wordt het een chronische aandoening (Mackenbach 2010).

Een tweede trend is dat er meer differentiatie ontstaat in zorgconsumenten. Tegenwoordig worden mensen steeds mondiger. Ze verwachten zorg die is aangesloten op hun eigen specifieke wensen en behoeften. Om hier op in te kunnen spelen is een logistieke inspanning vereist. Dit komt doordat enerzijds efficiëntie (of kostenminimalisatie) is gewenst, terwijl anderzijds wordt gestreefd naar klantenservice ofwel effectiviteit (Moeke & Verkooijen 2010).

De ouderen van dit moment behoren tot de zogenoemde 'stille generatie' en zijn dus minder mondig. De volgende generatie ouderen zijn de zogenoemde 'babyboomers'. Deze groep zal dus weer meer specifieke behoeften en wensen hebben, waar de zorg op aangepast zal moeten worden (Idenburg & van Schaik 2010). Naar verwachting zal de allochtone bevolking in Nederland blijven stijgen. Zo zal de niet-westerse allochtone bevolkingsgroep van 11% in 2006 stijgen naar 16% in 2050 (CBS 2006). Deze allochtonen kennen een andere cultuur en hebben vaak andere ziekten. Daardoor hebben zij een andere zorgbehoefte dan autochtonen. Hierdoor ontstaat meer differentiatie in de zorgbehoefte van ouderen (Idenburg & van Schaik 2010).

Een derde trend is dat ouderen langer thuis blijven wonen. Van 2006 tot 2012 is een afname te zien van het aantal ouderen dat in een verpleeghuis woont. De zorgvraag van deze ouderen wordt echter wel complexer door multimorbiditeit en doordat de zorg uit steeds meer bestaat dan alleen zorgtaken, omdat ook mentaal welbevinden belangrijk is (Nies 2012, Nieboer & Lindenberg 2002). In de periode van 2006 tot 2012 is een toename te zien van het aantal ouderen dat thuis blijft wonen in voor hen geschikte woningen. Deze thuiswonende ouderen hebben dan wel intensieve zorg nodig die zij anders via intramurale zorg zouden ontvangen. Deze trend zal nog verder doorzetten doordat de AWBZ-zorg verder hervormd wordt vanaf 2013. Deze hervorming houdt in dat de huidige lichtere intramurale zorg geleidelijk minder zal worden aangeboden. Ouderen zullen hierdoor meer in hun eigen omgeving worden geholpen en langer thuis blijven wonen (Rijksoverheid 2012). Gevolgen hiervan zijn dat er meer zorgsteunpunten en woonzorgservices zullen ontstaan, van waaruit zorg op maat voor ouderen kan worden geleverd in hun eigen omgeving (Rijksoverheid 2012).

2.2 Kwaliteit van leven

In de psychologie worden verschillende definities voor de kwaliteit van leven gegeven. Een veelgebruikte definitie van de World Health Organization (WHO) luidt als volgt: 'toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken' (Callahan 1973). Deze definitie is echter al sterk verouderd, en de discussie rondom de definitie over kwaliteit van leven is dan ook altijd actief. Omdat er tegenwoordig in plaats van infectieziekten steeds meer sprake is van chronische ziekten is er een nieuwe definitie ontwikkeld door Huber (2013) die beter past bij deze ontwikkeling: 'het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Deze laatste definitie zal dan ook gebruikt worden in dit onderzoek.

Om een inzicht te bieden in de kwaliteit van leven van ouderen in een verpleeghuis zal welbevinden in de volgende alinea's worden uitgewerkt aan de hand van de social-production-function theory (SPF theorie). De theorie veronderstelt dat mensen hun eigen welbevinden creëren door hun basale behoeften te verwezenlijken ondanks de beperkingen waarmee zij geconfronteerd worden (Ormel et al 1997). Een beperking kan volgens de 'international classification of functioning, disability and health' gedefinieerd worden als moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten (RIVM 2002). Psychisch of subjectief welbevinden is het hoogst haalbare welbevinden volgens de theorie. Hiervoor zijn fysiek- en sociaal welbevinden basale behoeften. Om fysiek en sociaal welbevinden te ervaren zijn voor beide weer drie instrumentele doelen realiseerbaar. Een belangrijk kenmerk van de theorie is dat de doelen hiërarchisch geordend zijn, met subjectief welbevinden bovenaan (Ormel et al. 1997). Fysiek en sociaal welbevinden kunnen elkaar maar in beperkte mate vervangen, dus een zeker niveau van zowel fysiek als sociaal welbevinden zijn nodig om subjectief welbevinden te ervaren. Ook is er altijd een minimale hoeveelheid instrumentele doelen nodig om fysiek en sociaal welbevinden te ervaren. Hoe lager in de hiërarchie de doelen zich bevinden, des te makkelijker zijn ze door elkaar vervangbaar (Nieboer 2013, Nieboer et al. 2005).

Voor fysiek welbevinden zijn de instrumentele doelen intern comfort, extern comfort en stimulatie van belang. Intern comfort houdt in dat er geen sprake is van somatisch discomfort en er dus afwezigheid van pijn is. Extern comfort houdt in dat de omgeving waarin iemand woont veilig en prettig is. Stimulatie omvat mentale activatie, gevoelsactivatie en fysieke inspanning. Indien deze drie doelen gerelateerd aan lichamelijk welbevinden zo hoog mogelijk zijn, is de kans op subjectief welbevinden groter.

Doordat voorheen dodelijke ziektes nu vaak behandelbaar zijn, lijden steeds meer mensen aan chronische aandoeningen en is er vaak sprake van comorbiditeit bij ouderen. Mensen met multimorbiditeit waarderen hun gezondheid minder dan de mensen die lijden aan een chronische aandoening. Fysiek welbevinden is vooral toe te schrijven aan individuele verschillen tussen ouderen. Leeftijd, sekse of verblijfsduur hebben hierop geen invloed (Poortvliet et al. 2007). Uit interviews met ouderen komt naar voren dat de kwaliteit van leven afneemt als ze slechte gezondheid ervaren en minder mobiel zijn (Farquhar 1995).

Naast fysiek welbevinden is de andere basale behoefte sociaal welbevinden. Ook bij sociaal welbevinden horen drie instrumentele doelen die moeten worden nagestreefd: status, affectie en gedragsbevestiging. Status houdt in dat je controle hebt over schaarse middelen. Affectie houdt in dat je vriendschap, liefde en emotionele steun ervaart. Gedragsbevestiging houdt in dat personen het gevoel krijgen van anderen dat ze het 'juiste' hebben gedaan. Sociaal welbevinden is belangrijk omdat uitonderzoek blijkt dat social support van professionals belangrijk is voor ouderen, en dat zij zich hierdoor gelukkiger voelen

(Carpenter 2002). Uit onderzoek onder ouderen blijkt dat op de vraag wat hen kwaliteit in het leven geeft, op nummer één familie staat en op nummer drie sociale contacten (Farquhar 1995). Een sociaal netwerk bestaat meestal uit de familie van de oudere en uit professionals. Het is van belang dat zij worden betrokken bij het dagelijks leven van de verpleeghuisbewoners (Royers 2009).

Naast de bovengenoemde doelen van lichamelijk en sociaal welbevinden, zijn voor het algemeen welzijn ook metadoelen van belang. Dit zijn kwaliteitsaspecten van sociale productiefuncties. Er is dan een streven om de eigen situatie te verbeteren door twee metadoelen: Efficiëntie en ontwikkeling van productiecapaciteit door de tijd heen. Deze doelen geven aan hoe mensen hun welzijn creëren met de middelen die zij hebben en de activiteiten die zij ondernemen om welbevinden te ervaren. Het is voor het welzijn namelijk belangrijk dat zorg die mensen ontvangen efficiënt is en ook bijdraagt aan het welzijn over een langere periode (Lindenberg 1996, van Bruggen 2004, Nieboer 2013). Psychisch welbevinden is van groot belang omdat ouderen die emotioneel instabieler zijn en daardoor eerder somatische problemen ervaren, zich vaker zorgen maken over hun gezondheid. Ook is deze groep mensen minder therapietrouw, waardoor zij lager lichamelijk welbevinden ervaren en meer zorg nodig zullen hebben (Friedman et al. 2013). De mate waarin ouderen zich gesteund voelen om zoveel mogelijk zelf te functioneren en zelf keuzes te maken is een belangrijke factor voor hoog psychisch welbevinden. Dit zorgt ervoor dat depressieve gevoelens uitblijven en het gevoel van tevredenheid toeneemt (Kasser & Ryan 1999).

Nieboer et al. Hebben een meetinstrument ontwikkeld voor de verschillende dimensies van welbevinden van de SPF-theorie. De zogenoemde SPF-IL is een multi- dimensionaal instrument om de belangrijkste doelen te meten die mensen helpen bij het realiseren van welbevinden. Door middel van verschillende vragen in de volgende categorieën wordt welbevinden gemeten: affectie, gedragsbevestiging, status, comfort en stimulatie. De overall meting van welbevinden is uitgevoerd door middel van een Cobb Douglas nutsfunctie, wat inhoudt dat een verband bestaat tussen de hoeveelheid nut, in dit geval hoog welbevinden, die ervaren wordt en de moeite die in de bijbehorende doelen wordt gestoken. De reden is dat de eerste orde doelen benodigdheden zijn. Dit wil zeggen; als je laag comfort ervaart, zal je welbevinden ook laag zijn ondanks je score op de andere vier doelen is (Lindenberg 1996). Tot slot is ook een veelgebruikte meting voor subjectief welbevinden toegevoegd, zodat het instrument meer valide is. Onderzoek van het SPF-IL instrument wijst uit dat het model goed de onderliggende SPF theorie reflecteert en dat de overall validiteit van het instrument goed is. Hierdoor kan de theorie gebruikt worden om daadwerkelijk het welbevinden van mensen te meten via dit instrument (Nieboer et al. 2005).

Indien de SPF-theorie en de praktijk worden gekoppeld zijn er overeenkomsten en verschillen op te merken. In de SPF-theorie is lichamelijk welbevinden te bereiken door intern comfort, extern comfort en stimulatie. In de praktijk blijkt echter dat het intern comfort voor ouderen moeilijk te bereiken is. Dit komt doordat veel ouderen kampen met meerdere ziektes en lichamelijke klachten, waardoor een afname in de kwaliteit van leven wordt ervaren (Farquhar 1995).

Sociaal welbevinden is voor ouderen erg belangrijk omdat zij zich gelukkiger voelen indien ze social support ervaren (Carpenter 2002). Dit komt terug in de SPF-theorie in de vorm van gedragsbevestiging. Ook affectie blijkt in de praktijk van groot belang te zijn. Het is belangrijk dat familie bij het dagelijks leven van verpleeghuisbewoners wordt betrokken en dat verpleeghuisbewoners genoeg sociale contacten ervaren (Royers 2009).

Uit onderzoek komt naar voren dat ouderen meer somatische problemen ervaren als ze emotioneel instabieler zijn en dus een lager psychisch welbevinden ervaren (Friedman et al. 2013). Voor volledig psychisch welbevinden is ook in de theorie het lichamelijk welbevinden een essentiële factor.

Tot slot is er een interactie tussen psychisch en lichamelijk welbevinden; ze beïnvloeden elkaar wederzijds. In de theorie is lichamelijk welbevinden een essentiële factor voor psychisch welbevinden en in de praktijk blijkt een lager psychisch welbevinden eerder voor lichamelijke problemen te zorgen (Farquhar 1995).

2.3 Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van zorg kan vanuit verschillende perspectieven worden bekeken. Een voorbeeld hiervan is het zorginhoudelijke perspectief. Hierbij staat het handelen van de professional centraal, waarbij kwaliteit als een kenmerk van zorg wordt beschouwd. Een tweede perspectief is het organisatorische perspectief, dit houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van verbetercycli, kwaliteitssystemen en indicatoren om de kwaliteit van zorg te optimaliseren (Nieboer 2013). Een derde perspectief is het bedrijfskundig perspectief. Hier staat beïnvloeding en sturing van de praktijk van de zorgverlening centraal (Harteloh & Casparie 1998). Dit laatste perspectief zal samen met het organisatorisch perspectief worden uitgewerkt, omdat in dit onderzoek wordt gekeken vanuit de managementhoek en deze perspectieven hier het beste bij passen. Allereerst is het van belang kwaliteit van zorg te definiëren. Hierna komen het bedrijfskundig en organisatorisch perspectief aan bod. Tot slot volgt de kwaliteit van zorg in de praktijk met een korte confrontatie tussen theorie en praktijk.

Voor de kwaliteit van zorg bestaan talloze definities. Een voorbeeld hiervan is: kwaliteit van zorg is de mogelijkheid van toegang tot effectieve gezondheidszorg met het doel de benodigde zorg te bieden en zo de gezondheid te maximaliseren. Van belang is dus dat

individuele de benodigde zorg ook daadwerkelijk krijgen en dat deze effectief is (Campbell et al. 2000). In deze definitie komen gelijke toegang en effectiviteit naar voren als concepten voor kwaliteit van zorg. Het IOM onderscheidt naast effectiviteit ook: veiligheid, tijdigheid, efficiency, gelijkheid en patiëntgerichtheid als voorwaarden voor een goede kwaliteit van zorg (Beattie et al. 2013). Kwaliteit van zorg kan ook aan de hand van indicatoren worden beschreven. Donabedian onderscheidt hierin drie indicatoren, namelijk: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (Lawrence et al. 1997). Kwaliteitsindicatoren worden in de gezondheidszorg veel gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarvoor bewijs of waarover consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te evalueren (Grol & Wensing 2011). Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten, bijvoorbeeld het aantal beschikbare professionals. Procesindicatoren richten zich op de daadwerkelijk geleverde zorg aan de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het aantal verpleeghuisbewoners dat een griepvaccinatie ontvangt. Uitkomstindicatoren specificeren de doelen van de geleverde zorg. Een voorbeeld hiervan is de tevredenheid van verpleeghuisbewoners over de ontvangen zorg (Grol & Wensing 2011).

Om het bedrijfskundig perspectief van de kwaliteit van zorg uit te werken, wordt gebruik gemaakt van het Service Quality model (Parasuraman et al. 1988). Dit is een model uit de dienstverlenende sector van het bedrijfsleven waarmee de kwaliteit van diensten kan worden gemeten. De klant staat in dit model centraal. De kwaliteit van dienstverlening kan worden gemeten aan de hand van een standaard vragenlijst waarin de volgende determinanten worden gemeten: tastbaarheden, betrouwbaarheid, dienstverlening, vertrouwen en empathie. De eerste determinant is tastbaarheden. Dit bestaat uit de aanwezige faciliteiten. Belangrijk hierbij zijn de materiële en financiële toegankelijkheid. Materiële toegankelijkheid houdt in dat een patiënt gemakkelijk toegang heeft tot een zorgverlener en de juiste zorg. De financiële toegankelijkheid is in hoeverre een persoon toegang heeft tot de zorg doordat deze verzekerd is en dus geen financiële barrière ondervindt. Betrouwbaarheid bestaat uit veilige zorg en het uitblijven van medische fouten. Het gaat hierbij om goed werkende apparatuur, maar ook over alerte professionals. Dienstverlening houdt in dat patiënten continue zorg ontvangen, dus dat deze ononderbroken plaatsvindt in overeenstemming met de behoefte aan zorg. Op deze behoefte wordt ingespeeld door middel van het zorgleefplan. Het uitgangspunt van het zorgleefplan is om voorkeuren, vragen, behoeften en doelen van de patiënt goed na te kunnen leven (Zorgleefplanwijzer 2013). Continuïteit houdt in dat patiënten steeds dezelfde professionals zien en dat er anders goede informatieoverdracht plaatsvindt tussen professionals waarbij coördinatie een vereiste is. De laatste twee determinanten zijn vertrouwen en empathie. Dit zijn begrippen die zich richten op de relatie

tussen de professional en de cliënt. Indien een cliënt een goede vertrouwensrelatie met de professional heeft en de professional een groot empathisch vermogen heeft, zal hij beter in staat zijn goede zorg te bieden (Harteloh & Casparie 1998). De kwaliteit van dienstverlening kan ook worden gemeten door middel van een kwalitatieve diagnose. In dit model worden vijf 'gaps' onderscheiden. Dit houdt in dat er een 'gap' bestaat tussen wat de klant verwacht van de dienstverlening en wat de werkelijke dienstverlening inhoudt. Het gaat om de volgende gaps. De gap tussen de wensen van de cliënten wat het management denkt dat de wensen van de cliënt zijn. De gap tussen kwaliteitsstandaarden van de dienstverlening en de cliëntwensen. De gap tussen daadwerkelijk verleende service en de service die volgens het management verleend zou moeten worden. De gap tussen de daadwerkelijk verleende dienst en wat is beloofd aan de cliënt. De gap tussen de verwachtingen en percepties van de cliënt. Indien deze gaps gedicht zijn, zou de dienstverlening al een stuk beter zijn (Ladhari 2009).

In de vorige alinea's is duidelijk geworden wat kwaliteit van zorg is en hoe het gemeten kan worden. Volgens art. 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen en art. 40 van de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg, moet de omvatte zorgverlening en beroepsuitoefening ook de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg omvatten (Buijsen 2009). Om dit te realiseren bestaan kwaliteitssystemen. Een kwaliteitssysteem houdt in dat er afspraken zijn gemaakt over de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures en de middelen die moeten bijdragen aan kwaliteitsborging en verbetering van de zorg (Wagner 1999). Veel zorginstellingen laten hun kwaliteitssysteem certificeren. Zo is voor de buitenwereld duidelijk hoe de kwaliteit van de instelling is (Coppen et al. 2007). De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) geeft deze certificaten uit indien een instelling voldoet aan vooraf vastgestelde HKZ-normen. Deze certificaten mogen niet zomaar worden uitgegeven. Organisaties die certificeren, moeten hiervoor geaccrediteerd zijn. De Raad van Accreditatie (RvA) accrediteert certificatiebureaus. Accreditatie houdt de erkenning in door een gezaghebbende organisatie dat een andere organisatie of persoon competent is om een bepaalde taak uit te voeren (HKZ 2013). Indien een instelling een certificaat heeft ontvangen, zal de kwaliteit regelmatig opnieuw worden getest door middel van visitatie; dit zijn bezoeken aan de zorginstelling. Naast certificaten bestaan er keurmerken voor verpleeghuizen. De Stichting Perspekt verleent gouden, zilveren en bronzen keurmerken in de zorg aan instellingen voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor goud en zilver zijn gebaseerd op de certificeringschema's van HKZ. De beoordelingscriteria voor het bronzen keurmerk zijn meer gericht op de daadwerkelijk verleende zorg (Rijksoverheid 2013, Keurmerkinstituut 2013). Een ander keurmerk is het Passiviteit Dagelijks Leven keurmerk,

waarbij instellingen een juiste aanpak moeten hebben van passiviteitsproblemen. Indien aan de basisdoelstellingen is voldaan, ontvangt een instelling dit keurmerk (Stichting PDL 2013, Rijksoverheid 2013). Sinds 2008 worden instellingen ook met sterren gewaardeerd. Het aantal sterren geeft aan hoe de instelling door cliënten wordt beoordeeld. Dit is opgezet door het ministerie van VWS om beter inzicht te bieden in de waardering van verschillende zorginstellingen. Zij hebben op de site van Kiesbeter een lijst samengesteld van het aantal sterren per instelling (Kiesbeter 2013).

Om de kwaliteit in instellingen hoog te houden hebben de instellingen een systematisch proces nodig om de praktijk te blijven verbeteren. Dit gebeurt vaak door de PDCA-cyclus van Deming te volgen (Coppen et al. 2007). Deze staat voor Plan, do, check act. Het doel hiervan is kwaliteitsverbetering van de praktijk en het ontwikkelen van lokale kennis van de resultaten. Allereerst worden kwaliteitsnormen vastgesteld (plan). Vervolgens worden deze normen in de praktijk ingevoerd (do). Hierna wordt nagegaan of voldaan wordt aan de vastgestelde normen (check). Tot slot worden de vastgestelde normen indien nodig bijgesteld (act) (Munten et al. 2011).

In eerdere alinea's is duidelijk geworden wat voor manieren er zijn om een goede kwaliteit van zorg te bieden. In deze alinea worden een aantal uitkomsten genoemd over hoe de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen in de praktijk is.

Uit onderzoek van de Inspectie van de gezondheidszorg is gebleken dat de werkelijke verpleeghuiszorg nog niet altijd op niveau is. In de dagelijkse verzorging van verpleeghuisbewoners wordt vaak nog tekort geschoten. Dit komt doordat de zorgzwaarte is toegenomen, maar de personeelsbezetting niet (IGZ 2004). Een ander negatief punt is dat de implementatie van bijvoorbeeld kwaliteitssystemen erg langzaam gaat. Vaak blijven organisaties in de verbetercyclus hangen bij de 'plan'-fase. Dit komt omdat deze implementatie vaak van bovenaf gebeurt. Een grotere betrokkenheid van het management is hierbij dus wenselijk (Klein Ikkink & Wagner 2000, Wagner 2006). Daarnaast is het kwaliteitssysteem vaak onbedoeld bureaucratisch geworden. Ook is het kwaliteitssysteem moeilijk levend te houden, doordat ze vaak weinig inspirerend en levend zijn (Ahaus 2008).

Toch zijn er ook positieve aspecten van de verpleeghuiszorg te noemen. Zo blijken de afspraken die worden vastgelegd in het zorgleefplan altijd of meestal te worden nagekomen. Omdat het uitgangspunt van het zorgleefplan de voorkeuren, vragen, behoeften en doelen van de cliënt naleven is, wordt de zorg goed afgestemd op de patiënt (Zorgleefplanwijzer 2013). Ook zorgen wetten ervoor dat er altijd wordt voldaan aan een minimale kwaliteitsnorm. Indien kwaliteitssystemen al geïmplementeerd zijn dragen ze ook bij aan een betere kwaliteit van zorg. Bovendien zorgen deze elementen ervoor dat verpleeghuizen blijven verbeteren (Rijksoverheid 2013). Ook wordt vaak tijdige zorg geboden. Tussen het

moment dat een oudere verpleeghuiszorg nodig heeft en het moment dat de oudere daadwerkelijk in het verpleeghuis terecht kan zit gemiddeld 6 weken. 79 procent van de wachttijden valt hierdoor binnen de Treeknorm. Dit is een afspraak tussen zorgaanbieders en verzekeraars over maximaal aanvaardbare wachttijden voor zorg (RIVM 2013b).

In deze alinea wordt een vergelijking gemaakt tussen de kwaliteit van zorg in theorie en de kwaliteit van zorg in de praktijk, die in bovenstaande alinea's aan bod zijn gekomen. In de theorie zijn kwaliteitssystemen een goede manier om goede kwaliteit te bieden. In de praktijk blijkt deze implementatie van het kwaliteitssysteem echter erg lastig en moeizaam te gaan. Bovendien worden de determinanten uit het Service Quality model niet allemaal goed nageleefd. Zo blijkt dat verpleeghuisbewoners niet altijd tijdig geholpen worden, waarmee de dienstverlening dus tekort schiet. Het is bovendien de vraag of de zorg betrouwbaar is. Door de lage personeelsbezetting bestaat er een hogere werkdruk waardoor de kans op fouten kan toenemen. Door middel van het zorgleefplan is de zorg die geleverd wordt in overeenstemming met de behoeften van de cliënt (Zorgleefplanwijzer 2013).

2.4 Management

Het management speelt een belangrijke rol in het leveren van een goede kwaliteit van zorg voor ouderen in het verpleeghuis. De rol van het management zal in de hierop volgende alinea's worden uitgewerkt. Allereerst zullen de verschillende managementniveaus worden benoemd. Vervolgens worden de hoofdtaken van het management benoemd. Ten slotte zal het 7s-model worden uitgewerkt. Dit is een model van waaruit een manager zijn strategie voor de organisatie bepaalt (Doelen & Weber 2006).

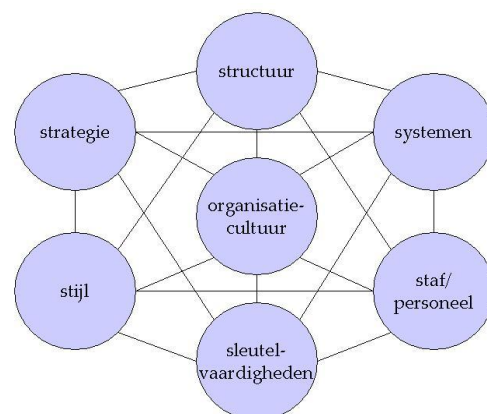
Er bestaan managers op drie verschillende niveaus. Ten eerste is het topmanagement verantwoordelijk voor strategische zaken. De leiding dient erop toe te zien dat de organisatie haar doelen effectief uitvoert en dat wordt voldaan aan de behoeften van degenen die controle hebben over de organisatie, zoals een overheidsinstantie. Ten tweede is het middenkader verantwoordelijk voor organisatorische of tactische zaken. Deze managers onderhouden contacten met de andere managers en anderen die belangrijk zijn voor de organisatie. Ten slotte is het eerstelijnsmanagement verantwoordelijk voor operationele zaken. Zij staan in contact met de professionals en sturen hen aan (Doelen & Weber 2006, Mintzberg 2011). Uit onderzoek komt naar voren dat 56% van de professionals weinig waardering ervaart vanuit de directie. Van de direct leidinggevende, dus de eerstelijnsmanager, ervaart maar 11% weinig waardering. Dus hoe hoger het management, hoe minder affiniteit ze hebben met de professionals en het daadwerkelijke zorgproces (De Veer et al. 2009).

Er zijn drie hoofdtaken voor het management te benoemen. Dit zijn externe afstemming, structurering en interne afstemming. Bij externe afstemming moet worden bepaald welke ontwikkelingen voor het management van belang zijn. Hierbij moet rekening worden gehouden met de kansen en bedreigingen in de externe omgeving en met de sterke en zwakke kanten van de eigen organisatie. Op deze manier kan de organisatie zijn strategie afstemmen op partijen en situaties in de omgeving. Bij structurering moeten de bestaande middelen zoveel mogelijk passen bij de doelen die de organisatie heeft. Bovendien moet er een duidelijke structuur zijn. Het is van belang dat duidelijk is wie welke beslissingen neemt en hoe de taken binnen de organisatie zijn verdeeld. Interne afstemming houdt in dat medewerkers op de hoogte moeten zijn van de gekozen strategieën en doelen van de organisatie. Doelstellingen moeten dus vertaald zijn in uitvoeringsnormen. Medewerkers moeten gemotiveerd zijn en er moet een voortdurende controle op de kwaliteit, processen en resultaten plaatsvinden (Keuning & Eppink 2000).

Een manager moet de organisatie leiden en heeft hiervoor een strategie nodig. Er bestaan talloze modellen voor managers om strategieën te ontwikkelen. In het 75 managementmodellenboek van Mulders (2007) staan verschillende modellen om de strategie voor een organisatie te bepalen. Veel van deze modellen zijn erg gericht op de concurrentie en op strategieën om met deze concurrentie om te gaan, terwijl in dit onderzoek meer van belang is hoe de organisatie zelf in elkaar zit. Een bekend model dat alle onderdelen binnen een organisatie goed belicht is het 7S-model. Dit model is hier goed toepasbaar omdat het relatief simpel is, maar toch alle factoren van een organisatie omvat die voor de manager belangrijk zijn (Mulders 2007).

Het uitgangspunt van het 7S-model zijn de zeven dimensies. In figuur 1 is te zien dat al deze dimensies met elkaar samenhangen. Deze zullen hieronder worden uitgewerkt. Voor dit onderzoek zijn structuur, systeem, staf, 'shared values' en sleutelvaardigheden het meest van belang.

Bij strategie gaat het om afstemming tussen de organisatie, de klanten en de concurrentie. Het gaat om de doelen die een organisatie heeft en hoe deze doelen bereikt kunnen worden. Een SWOT-analyse kan hierbij helpen. Deze geeft inzicht in de sterke en zwakke punten van een organisatie, maar ook in de kansen en bedreigingen van een organisatie (Hill & Westbrook 1997). De strategie van verpleeghuizen heeft de laatste



1: 7S-model

jaren vooral betrekking gehad op modernisering en op schaalvergroting, terwijl kwaliteit hoger op de strategische agenda zou moeten staan in verpleeghuizen (Boekholdt 2005).

De structuur is de vormgeving van de organisatie. Er zijn verschillende organisatiestructuren mogelijk. Mintzberg (2011) onderscheidt 5 verschillende structuren. De eenvoudige structuur heeft weinig ondersteunend personeel, een losse arbeidsverdeling en een kleine hiërarchie van managers. Deze structuur is vooral toepasbaar in kleine, jonge organisaties. De machinebureaucratie is juist vooral van toepassing in oude en grote organisaties. De organisatie draait vooral op sterk gespecialiseerde routinewerkzaamheden, sterk geformaliseerde procedures en veel regels. De professionele bureaucratie is vooral gericht op training en indoctrinatie van het personeel, waardoor standaardisatie van vaardigheden ontstaat. Deze structuur past bij ingewikkelde organisaties in een instabiele omgeving. De divisiestructuur bestaat in een organisatie waarin verschillende elementen losjes met elkaar verbonden zijn. Het bedrijf bestaat uit verschillende divisies die elk hun eigen structuur kennen. Hierdoor kunnen de uitvoerende functies verspreid worden. Dit is vooral van toepassing in oude en grote organisaties. De adhocratie tot slot is een structuur die van toepassing is in organisaties die erg complex en innovatief zijn. Er wordt in kleine gespecialiseerde groepen aan nieuwe producten gewerkt (Mintzberg 2011). Verpleeghuizen kennen verschillende structuren. De eerste verpleeghuizen waren vooral organisaties die probeerden de zorg zo goed mogelijk te organiseren door bijvoorbeeld differentiatie. Zo werden cliënten ingedeeld naar zorgzwaarte en was efficiënter werken mogelijk. Tegenwoordig richten meer verpleeghuizen de zorg kleinschalig in. Zo zijn er verschillende locaties gelegen in de omgeving van de moederlocatie, waar zorg op kleine schaal in huiselijke sfeer wordt aangeboden (Geelen 2005).

Alles wat is geregeld, valt binnen het 7S-model onder 'systemen'. In de zorg komt dit erop neer dat het zorgproces wordt vastgelegd. Dit gebeurt op verschillende manieren. Een voorbeeld dat al eerder aan bod is gekomen is een kwaliteitssysteem. Dit omvat alle benodigde elementen, om er zeker van te zijn dat een product aan de eisen die gesteld zijn voldoet. Deze kwaliteitssystemen kunnen vervolgens gecertificeerd worden. Een andere manier waarop het zorgproces vastgelegd kan worden is aan de hand van richtlijnen en protocollen. Richtlijnen geven in algemene termen aan hoe de zorgverlening behoort te verlopen. Een protocol is een verdergaande vorm hiervan, die de aangewezen handelwijze verplicht stelt (Walburg 2003). Het zorgproces kan ook tussen verschillende disciplines worden vastgelegd. Dan wordt er gebruik gemaakt van klinische paden. Dit is te definiëren als: methoden en hulpmiddelen om de taken van de leden van een multidisciplinair team op elkaar af te stemmen (NKP 2000). De inhoud van het klinische pad berust op vier pijlers: De beschikbare wetenschappelijke evidentie, de klinische expertise van de medewerkers, de verwachtingen van de cliënt en de beschikbare middelen (Goossens & van Kampen 2002).

Volgens Walburg verschillen klinische paden op een aantal punten van richtlijnen en protocollen. Klinische paden zijn meer volledig, want ze gaan over de interactie tussen ieder die bij het proces betrokken is, en over de besluitvorming. Ook geeft een klinisch pad een tijdsplanning en wordt hij gezamenlijk ontwikkeld door verschillende betrokkenen uit meerdere disciplines. Tot slot managet iemand de gang van de patiënt in een klinisch pad, deze persoon heeft de regiefunctie (Walburg 1997).

Staf verwijst naar personeel. In de gezondheidszorg vindt de ontwikkeling plaats dat het lijnmanagement een toenemende rol krijgt in het personeelsbeleid. Dit komt doordat er steeds grotere werkeenheden ontstaan, zoals divisies. Hierdoor is een managementlaag ontstaan die aan verschillende disciplines leiding geeft. Hierbij wordt het aanbod aangepast op wat de cliënt nodig heeft, in plaats van welke deskundigheid beschikbaar is. Ook ontstaan er steeds meer kleinere afdelingen en teams binnen deze grote werkeenheden, waarin voor de cliënt multidisciplinaire zorg wordt aangeboden. Dit wordt vaak aangestuurd door een teamleider die hierdoor veel met personeelsbeleid te maken krijgt. Tegenwoordig is deze teamleider steeds vaker een medicus. Om strategisch personeelsbeleid te kunnen voeren moet een organisatie gericht zijn op het motiveren en opleiden van medewerkers, zodat zij de doelen van de organisatie kunnen verwezenlijken. Hiervoor kunnen verschillende instrumenten worden ingezet. Een voorbeeld hiervan is een wervingsbeleid dat in overeenstemming is met het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Dit is belangrijk omdat elke 5 jaar een groot deel van de medewerkers is vervangen, waardoor nieuw personeel met de juiste vaardigheden werven een goede manier kan zijn om kwaliteit te verbeteren. Hieruit volgt, om te zorgen dat het personeel de juiste vaardigheden heeft, een opleidingsbeleid. Er moet worden gezorgd dat het opleidingsniveau van medewerkers altijd op niveau blijft, waarvoor tijdig bijscholing en nascholing moet worden aangeboden (Walburg 1997). Voor professionals die in een verpleeghuis werken is het specifiek van belang dat zij goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden binnen hun werk met de beperkte middelen die er vaak zijn. Op dit moment komt het in verpleeghuizen nog te vaak voor dat er wisselingen en tekorten zijn in het geschoold personeel, waardoor zij een onstabiele factor vormen (Boekholdt 2005). Zo blijkt dat maar 27% van de professionals in verpleeghuizen scholing ontvangt indien er een nieuwe wet is waarmee zij te maken krijgen. Ook ontvangt maar 44% scholing in samenwerking, zodat personeel een onstabiele factor blijft (De Veer et al. 2009).

De stijl van een manager is de manier waarop een manager zijn team leiding geeft. Er zijn verschillende typen managers te onderscheiden die elk eigen kenmerken hebben. Zij verschillen in de manier waarop ze met hun personeel omgaan. Zo kan de ene manager bijvoorbeeld goed teams vormen en is een andere manager erg goed in het coördineren van personeel. Welk type manager het beste is, hangt af van de organisatie (Doelen & Weber 2006).

De 'shared values' zijn een onderdeel van de cultuur van de organisatie. Medewerkers handelen naar de normen en waarden die een bedrijf uitdraagt. Wat wel en niet past in een organisatie verschilt. Dit komt doordat verschillende organisaties verschillende doelen nastreven. In het verpleeghuis zijn de normen en waarden vertaald in een zorgvisie. Een zorgvisie zegt iets over de normen en waarden van het verpleeghuis en over de uitgangspunten voor zorgverlening. Op deze manier is de zorgvisie een leidraad voor het dagelijks handelen van professionals, bewoners, familie en bezoekers (Hinfelaar 2007). Vaak geeft de leiding aan wat wordt verwacht van een team met betrekking tot de visie. Voor de professionals moet deze visie passen bij hun eigen visie en overeenkomen met de visies van andere professionals in de organisatie. Zo kan een gemeenschappelijke visie van de organisatie uitgedragen worden (Walburg 2003).

Skills of sleutelvaardigheden zijn belangrijk op het niveau van zowel de hele organisatie als dat van de individuele medewerkers. Op organisatieniveau gaat het om de sterke punten van een organisatie. Deze sterke punten ontstaan doordat medewerkers goede vaardigheden hebben of ontwikkelen, waardoor de organisatie sterker komt te staan. Hierbij is weer bij- en nascholing van belang (Doelen & Weber 2006). Bij de dimensie staf is al naar voren gekomen dat een goed opleidingsbeleid ervoor zorgt dat betere kwaliteit van zorg geleverd kan worden. 51% van de professionals in het verpleeghuis krijgt een vaardigheidscursus aangeboden, waaruit blijkt dat er nog lang niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de vaardigheden van de professionals (De Veer et al. 2009).

3. Onderzoeksopzet

Het doel van dit onderzoek was om een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen en hoe het management ervoor kan zorgen dat deze kwaliteit zo hoog mogelijk is en eventueel verbeterd.

Dit onderzoek was exploratief van aard. Het was niet de bedoeling om te voorspellen of om theorieën te toetsen, maar juist om de visie en werkwijze van het management en de professional over de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven in het verpleeghuis te onderzoeken. Omdat er sprake was van een kwalitatieve aanpak van het onderzoek, kende het een interpretatieve benadering. Dit wil zeggen dat ieder kijkt vanuit een bepaalde visie en verschillende achtergronden, waardoor meerdere realiteiten zijn gecreëerd.

3.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit verschillende personen die werken binnen twee verschillende zorgorganisaties. Er werd hierbij een onderscheid gemaakt tussen een verpleeghuis in de stad en een verpleeghuis in een dorp. Er werd voor deze zorgorganisaties gekozen om een vergelijking te kunnen maken tussen de zorgorganisatie in een stad en die in een dorp. Zo kon onderzocht worden welke organisatie de meeste mogelijkheden heeft om goede kwaliteit te bieden.

Organisatie X is een zorgorganisatie in Zuid-Holland die in de stad gevestigd is. De organisatie heeft verschillende locaties, waaronder een revalidatiecentrum voor ouderen, dagcentra, zorgcentra en geriatrie centra. Bovenaan de organisatie staat de raad van commissarissen, gevolgd door de raad van bestuur. Hieronder volgt de bestuurder behandeling en zorg, de algemeen directeur en de bestuurder vastgoed informatisering en facilitair bedrijf. De bestuurder behandeling en zorg stuurt de volgende drie divisies aan: medische zaken, revalidatie- en verpleeghuiszorg en zorgcentrumzorg en thuiszorg. Bij dit onderzoek is ingezoomd op de divisie verpleeghuiszorg. De respondenten zijn de secretaris raad van bestuur en een lid van de raad van bestuur. Daarnaast zijn er interviews gehouden in een geriatrie centrum met de locatiemanager, een teamleider en twee professionals. De teamleider werkt in organisatie X ook een aantal uren mee in de zorg.

Organisatie Y is een zorgorganisatie die gevestigd is in Brabant in verschillende dorpen. De stichting biedt verschillende soorten zorg namelijk: thuiszorg, zorgcentrumzorg en verpleeghuiszorg. Bovenaan de organisatie staat de raad van bestuur. Vervolgens is de organisatie verdeeld in drie divisies: Intramuraal, extramuraal en bedrijfsvoering. De divisie intramuraal bestaat uit verschillende locaties waar intramurale zorg wordt aangeboden. Zij worden aangestuurd door de locatiemanager. Deze locatiemanager ondersteunt en stuurt de

teamleiders aan, die vervolgens de professionals aansturen. Deze teamleiders werken zelf ook deels mee in de zorg. De organisatie heeft verschillende locaties. Voor dit onderzoek lag de focus op een locatie, waar zelfstandig wonen binnen de instelling en somatische en geriatrische verpleeghuiszorg wordt aangeboden. De respondenten werkzaam op deze locatie betreffen een locatiemanager, twee teamleiders en twee professionals.

Doordat bij beide organisaties de verschillende lagen binnen de organisatie geïnterviewd zijn, werd duidelijk wat voor middelen het management wel of juist niet heeft om de kwaliteit te verbeteren. Bovendien werd duidelijk in hoeverre dit overeenkomt of botst met hoe de professionals dit zien. Het contrast tussen deze twee organisaties is groot, waardoor onderzocht kon worden of een organisatie in een dorp of in een stad meer mogelijkheden heeft om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de cliënten te optimaliseren.

3.2 Interviews

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden zijn interviews gehouden met bovengenoemde elf personen. Wie dit zijn is schematisch weergegeven in tabel 1. De organisaties en respondenten zijn benaderd via email en telefoon.

De interviews hebben plaatsgevonden aan de hand van vooraf bepaalde topics. Dit zijn de begrippen van het onderzoek, vertaald naar onderwerpen die een topiclijst vormen. Ieder topic kende een aantal vaste vragen. Daarnaast zijn er onder elke vraag een aantal aandachtspunten genoemd waarop doorgevraagd kon worden. Het interview is in fasen verlopen. Allereerst is het onderzoek gepresenteerd, waarbij anonimiteit en resultaat zijn gegarandeerd. Vervolgens heeft het daadwerkelijke interview aan de hand van de topics plaatsgevonden. De drie hoofdt topics hierbij waren management, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Nadat alle topics aan bod waren geweest, werd ter afsluiting een korte samenvatting gegeven. Omdat de verschillende respondenten verschillende functies binnen de organisatie vervullen, is er op de verschillende topics per interview meer of juist minder ingegaan. Alle interviews zijn opgenomen en later uitgewerkt tot transcripten. De transcripten van de interviews zijn teruggestuurd naar de geïnterviewden voor eventuele aanvullingen of bijstellingen ('member check').

3.3 Analyse

Om goed te kunnen analyseren zijn de interviews eerst uitgewerkt tot transcripten. De interviews zijn globaal en chronologisch uitgeschreven. Dit houdt in dat aarzelingen en dergelijke niet mee zijn genomen in het uittypen. Hierdoor was er soms wel sprake van spreektaal in de citaten. Hierna is het uitgeschreven materiaal geordend aan de hand van open codes. Hierdoor werd elk stukje van het interview vastgelegd door middel van codes. Deze codes zijn nogmaals doorgenomen om te bepalen of deze eventueel aangepast of

geschrapt dienden te worden omdat ze te globaal waren of niet passend. Van de open codes is vervolgens een selectie gemaakt van de codes die het meest belangrijk leken te zijn voor het onderzoek. Hierbij is dus gericht (axiaal) gecodeerd. De open codes en bijbehorende hoofdcodes zijn in tabellen opgenomen in Word. Onder deze hoofdcodes zijn de fragmenten behorende bij de open codes geplaatst. Op deze manier is per hoofdcodes een goed beeld ontstaan wat elke respondent hier over heeft gezegd. Bij de fragmenten onder de hoofdcodes zijn vervolgens memo's geschreven. Dit heeft ervoor gezorgd dat de data nog eens goed bestudeerd zijn en er in een aantal gevallen verbanden zichtbaar werden. De codes en bijbehorende fragmenten onder de hoofdcodes zijn hierna vergeleken, waar onderscheid kon worden gemaakt naar verschillende visies en opvattingen. Hierna is nog een vergelijking gemaakt tussen de hoofdcodes om te bekijken waarin deze overeenkwamen of juist verschilden. De laatste fase was het selectief coderen. Hierbij zijn de probleemstelling en deelvragen goed bekeken, zodat het onderwerp niet uit het oog verloren werd. Hierna is er een verhalende analyse geschreven waarin gebruik is gemaakt van citaten. Vervolgens is het theoretisch kader betrokken bij de resultaten van de analyse. Dit heeft geresulteerd in een reflectiehoofdstuk, waarna het mogelijk was de deelvragen en hoofdvraag te beantwoorden.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Om een goede kwaliteit van onderzoek te waarborgen is het belangrijk dat het onderzoek betrouwbaar en valide is. Onderstaand volgen hiervoor een aantal methoden die zijn toegepast in het onderzoek.

Betrouwbaarheid is op te delen in interne en externe betrouwbaarheid. Interne betrouwbaarheid houdt in dat het onderzoek niet of zo weinig mogelijk beïnvloed is door de onderzoeker. Externe betrouwbaarheid is in hoeverre er dezelfde resultaten gevonden zouden worden indien het onderzoek opnieuw zou worden gedaan. De interne betrouwbaarheid is in dit onderzoek verhoogd door meerdere interviews binnen een organisatie te houden. Op deze manier was het mogelijk om de data van verschillende medewerkers uit de organisaties met elkaar te vergelijken. Ook zijn de interviews opgenomen zodat een subjectieve registratie van het interview was uitgesloten. Externe betrouwbaarheid is zoveel mogelijk gecreëerd door het verloop van het onderzoek zoveel mogelijk te beschrijven en vast te leggen. De onderzoeksopzet maakte hier deel van uit.

Ook validiteit is te onderscheiden in interne en externe validiteit. Interne validiteit is de mate waarin het redeneren juist is uitgevoerd in het onderzoek. Externe validiteit is in hoeverre de resultaten van het onderzoek te generaliseren zijn. De interne validiteit wordt verhoogd door middel van een 'member check'. De interviews zijn, na uitgetypt te zijn, teruggestuurd naar de geïnterviewden voor eventuele aanvullingen en bijstellingen. Ook is er

sprake van triangulatie. Dit wil zeggen dat er vanuit verschillende invalshoeken is gekeken naar de verschillende topics. Dit is bereikt doordat er interviews zijn gehouden met verschillende medewerkers uit de organisaties op verschillende niveaus in de organisatie, waardoor verschillende invalshoeken aan bod zijn gekomen. Wat we in dit onderzoek leerden op het gebied van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in het verpleeghuis, zou een theoretische basis kunnen vormen voor onderzoek in kleine en grote verpleeghuisorganisaties. Op deze manier zouden de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden. Dit is een vorm van externe validiteit (Mortelmans 2009).

Tabel 1. Aantal interviews

	Bestuur	Locatiemanager	Teamleider	Professional
Organisatie stad	2	1	1	2
Organisatie dorp		1	2	2

4. Analyse

4.1 Kwaliteit van leven

Een hoofdthema in deze scriptie is de kwaliteit van leven. In deze analyse zal eerst duidelijk worden wat precies wordt verstaan onder kwaliteit van leven. Vervolgens komt aan bod of al deze aspecten in de praktijk als goed worden ervaren door bewoners. Tot slot wordt er een vergelijking gemaakt tussen uitvoerende- en leidinggevende lagen in de organisatie en hun mening hierover.

Kwaliteit van leven is een breed begrip. Dit blijkt ook uit de variatie aan antwoorden van de respondenten op de vraag wat de kwaliteit van leven bepaalt. Een aantal aspecten die de respondenten noemen: zelfwaarde, eigen regie, gekend worden, eten, activiteiten, een luisterende medewerker en leven zoals ze thuis gewend waren. De kern is dat ouderen hun eigen leven moeten kunnen leiden en dat ze daar zelf de regie over hebben, waarbij mensen naar ze luisteren. Een citaat dat dit weergeeft: *“Ik denk dat het heel erg te maken heeft ook met zelfwaarde. De regie kunnen houden over wat er gebeurt. Kwaliteit van leven is ook dat mensen aandacht voor je hebben. Dat mensen zoals medewerkers naar je luisteren.” (P1)* Met de eigen regie bepalen wordt bedoeld dat bewoners zelf de regie hebben over wat er gebeurt in hun leven. Het belang van, maar ook het gebrek aan eigen regie komt naar voren in het volgende citaat van een professional: *“Vorige week zei een man nog tegen mij, ik zou wel weer eens een keer naar buiten willen. Ik zeg ja sorry, u zou het een keer aan uw dochter kunnen vragen als ze komt, maar ik heb er geen tijd voor en ik kan ook niet weg, dan staat er hier een collega alleen. Dus mensen die vaak bezoek krijgen en af en toe mee naar buiten worden genomen, die krijgen af en toe frisse lucht en een wandelingetje. Maar er zijn er ook die weet ik al hoelang binnen zitten.” (P6)* Dit citaat geeft duidelijk weer dat verpleeghuisbewoners de eigen regie kwijt zijn, doordat ze vanwege de lage bezetting niet meer zelf kunnen bepalen wanneer ze bijvoorbeeld naar buiten willen. Dat zelfwaarde en de eigen regie behouden de kern van kwaliteit van leven vormen wil echter niet zeggen dat de andere aspecten minder belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven. Een goede kwaliteit van de maaltijden, kwam in verscheidene interviews naar voren als belangrijk aspect voor ouderen in hun leven. Een respondent verwoordt dit als volgt: *“Om maar over eten te beginnen, dat doe ik vaker omdat het heel essentieel is voor mensen. Thuis konden ze zelf eten maken en hier moeten ze uit de grote keuken eten. Dat zijn 3 belangrijke momenten van de dag dus als dat niet goed is dan krijg je echt een hele hoop bagger over je heen, en terecht” (P2)*

De respondenten geven duidelijk aan wat ze belangrijk vinden voor de kwaliteit van leven. Bovendien geven ze aan dat op deze punten zeker nog verbetering mogelijk is. Een eerste punt van verbetering kwam al naar voren in het citaat over de eigen regie, dat mensen niet zelf kunnen bepalen wanneer of hoe vaak ze naar buiten gaan. Een tweede punt waar verbetering mogelijk is zijn de activiteiten in de huiskamer, dus bijvoorbeeld een keer de krant lezen met een cliënt, zo blijkt uit een interview met een professional: *“Eigenlijk vind ik dat er nu te weinig activiteiten op een afdeling zijn. Er wordt wel het een en ander aangedragen, maar dat is niet voor iedereen vaak toegankelijk of voor een kleine groep of een paar mensen die daaraan kunnen deelnemen. Dat lijkt dan heel wat, maar dan blijft een grote groep zitten die niet mee kunnen doen.”* (P5)

Tussen professionals en hogere (management)lagen in de organisatie is een duidelijk verschil te merken in wat zij vertellen over de kwaliteit van leven. Zo weten de secretaris en het lid van de raad van bestuur goed op te noemen wat nu precies die kwaliteit van leven bepaalt en wat belangrijk wordt gevonden door bewoners en familie. Ze kijken er meer op een zakelijke manier naar, bijvoorbeeld wat mensen belangrijk vinden bij de keuze van een verpleeghuis. *“Dat er een soort vertrouwdheid is met medewerkers, hetzelfde gezicht zien en dat ze gekend worden. Dat is een heel belangrijk. De omgeving en dan met name of het schoon is en de maaltijden. Dat zijn eigenlijk de drie punten, waar cliënten en familie voornamelijk naar kijken.”* (P5) Ook het volgende citaat van een locatiemanager laat dit zien. *“Je moet er van uitgaan dat mensen moeten denken dat de zorg en verpleging altijd goed is. Waar je je op moet onderscheiden is op het welzijn en welbevinden.”* (P3) Er wordt door de hogere (management)lagen echter minder ingegaan op hoe die kwaliteit dan daadwerkelijk is of wordt ervaren door de bewoners, terwijl professionals hierop juist de nadruk leggen. Opmerkelijk is hierbij dat de professionals redelijk negatief zijn in hun antwoord op de vraag hoe bewoners zelf de kwaliteit van leven ervaren: *“Ik denk dat ze dat wel een beetje missen, dat we met ze de krant kunnen lezen. Een enkel keertje lukt dat. Of eens wat extra lichamelijke verzorging, bijvoorbeeld de nagels lakken. Soms kan het uitgevoerd worden, maar lang niet elke dag. Het wordt steeds minder vind ik”* (P5) Een andere professional heeft ook het gevoel dat de bewoners niet altijd een hoge kwaliteit van leven ervaren: *“Ik denk toch ook wel dat het een beetje saai is af en toe. Ze zitten hier maar en we hebben wel vrijwilligers en activiteitenbegeleiding die dingen met ze ondernemen. Dat is maar een of twee keer in de week en als ze bezoek krijgen dan is dat heel leuk. Verder zitten ze hier maar aan een tafel of voor de tv. Bijvoorbeeld individueel iets met iemand doen, dat is gewoon bijna niet te doen.”* (P6) Hier moet wel de nuancering aangebracht worden dat het voor de verzorgende misschien saai lijkt, maar dat dit voor de bewoner niet zo hoeft te voelen. Een teamleider die zelf ook meewerkt in de zorg geeft dit als volgt weer: *“Een*

verzorgende kan nog weleens zeggen, ik weet wat goed is voor de bewoners, mijn mensen. Ten eerste zijn het je mensen niet, maar de bewoners waar je voor zorgt en ten tweede is er maar eentje die weet wat de bewoner fijn vindt en dat is hij of zij zelf.” (P9) Waar de hogere lagen in de organisatie vooral komen met punten die de kwaliteit van leven bepalen en zaken die belangrijk zijn, gaan de professionals echt in op de vraag hoe de kwaliteit is. Hieruit lijkt naar voren te komen dat de hogere lagen in de organisatie minder helder voor ogen hebben hoe de kwaliteit van leven daadwerkelijk is. Ze lijken wel goed te weten wat belangrijk is voor de bewoners, maar in de praktijk komt dit nog niet naar voren, zo blijkt uit de citaten van de professionals.

Naast kwaliteit van leven is kwaliteit van zorg ook een erg breed begrip. Respondenten hebben verschillende visies op de kwaliteit van zorg, zo zal in de volgende paragraaf blijken. Sommigen benadrukken bejegening en genoeg tijd voor een bewoner als belangrijke aspecten. Deze visie op de kwaliteit van zorg laat raakvlakken zien met de kwaliteit van leven zoals deze hierboven is beschreven. Dit betekent dat de scheidingslijn tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven niet geheel helder is voor alle respondenten. Vooral professionals laten deze strikte scheiding los. Dit kan komen doordat familie van een cliënt er van uitgaat dat de zorg toch wel op orde is. Een locatiemanager verwoordt dit als volgt: *“Je moet ervan uitgaan dat mensen moeten denken dat de zorg en verpleging altijd goed is. Waar je je op moet onderscheiden is op het welzijn en welbevinden. Dat het eten lekker is, dat er een fijne sfeer is, dat het schoon is. Dat is vaak belangrijk voor mensen, want die zorg krijgen ze toch wel.” (P3)*

4.2 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt op twee manieren beschreven. Enerzijds wordt kwaliteit van zorg beschreven als evidencebased werken en professionals die op het juiste niveau geschoold zijn, waardoor zo min mogelijk fouten worden gemaakt. Zo beschrijft het lid van de raad van bestuur kwaliteit van zorg als volgt: *“Veilig, professioneel en dat wat je doet ook enigszins evidencebased is, dus dat je niet zomaar wat doet. Je moet weten waarom je de dingen doet. Dat verwacht ik van een professional, dat hij een aantal instrumenten heeft en ze kan inzetten daar waar dat vanuit zijn of haar deskundigheid nodig is. Ook veiligheid en up to date zijn, goed communiceren en goed kunnen verstaan wat de klant wil. Een dokter moet gewoon een goede dokter zijn, punt.” (P2)* Een locatiemanager geeft aan dat het belangrijk is dat het niveau van de zorg in orde moet zijn: *“Ik denk dat het heel belangrijk is dat mensen die in de zorg werken blijven. Op bijvoorbeeld PG-gebied gebeurt heel veel met domotica, inzet van hulpmiddelen en kleinschalig wonen. Op somatiek ook, bijvoorbeeld wondverzorging.” (P11)* Een teamleider geeft aan dat kwaliteit is, dat je zo min mogelijk

fouten maakt doordat de zorg in orde is: *“Belangrijkste voor de cliënt is dat ze goede zorg krijgen en een goede dagbesteding hebben. Ook de medische zorg moet in orde zijn. Geen medische fouten dus.”* (P10)

Anderzijds wordt onder de kwaliteit van zorg verstaan de bejegening en echt kijken naar wat de cliënt prettig vindt. Zo noemt een professional de volgende aspecten die volgens haar een goede kwaliteit van zorg bepalen: *“Als er meer personeel rond loopt kan je meer tijd geven aan de mensen. Dat is ook een stukje kwaliteit van zorg. Je probeert de mensen op een zo goed mogelijke manier te bejegenen, dat ze zich prettig voelen.”* (P8) Een andere professional noemt naast bejegening ook inspelen op de individuele zorgvraag als een belangrijk aspect: *“Individuele zorgvraag. Individueel kijken naar de bewoner en de juiste bejegening. Goed contact met de familie en de zorg leveren die afgesproken is door de arts, bewoner en familie.”* (P4)

Kwaliteit van zorg wordt dus op twee manieren beschreven. Wat hierbij opvalt is dat de hogere lagen in de organisatie vooral het niveau van de zorg en het voorkomen van fouten noemen als kwaliteit van zorg. Professionals noemen ook goede zorg maar leggen daarnaast de nadruk veel meer op de juiste bejegening en de zorgvraag van de cliënt. Een oorzaak hiervoor kan liggen in het feit dat de hogere lagen in de organisatie zich meer bezighouden met de wet- en regelgeving waaraan voldaan moet worden. Daarmee heeft de secretaris van de raad van bestuur zich voorheen als beleidsmedewerker veel beziggehouden: *“Van oudsher is de behandeling heel sterk ontwikkeld binnen onze organisatie. Maar je zag daarin wel dat bepaalde wet- en regelgeving achterbleef. Dat bepaalde procedures in die zin toch wat scherper konden worden gesteld. Dat evenwicht hebben we in de afgelopen tijd heel erg gezocht.”* (P1) Dit in tegenstelling tot de professional, die vooral bezig is met de zorg voor de cliënten.

Een groot deel van de respondenten geeft aan dat de kwaliteit van zorg op een goed niveau is. Ze geven hierbij vaak wel aan dat het altijd beter kan. Een locatiemanager geeft bijvoorbeeld het volgende antwoord op de vraag of cliënten tevreden kunnen zijn over het niveau van de zorg: *“Ja, ik vind dat ze tevreden kunnen zijn. Neemt niet weg dat ik vind dat het altijd beter kan, maar dat moet ook je drive zijn denk ik.”* (P3) Dit staat in contrast met wat het lid van de raad van bestuur hierover zegt, namelijk: *“Dat ga je geheid horen, dat die werkdruk ook wordt veroorzaakt door al die lijstjes die ingevuld moeten worden. Als je daardoor gehaast gaat handelen kan de kwaliteit van zorg afnemen. Dat zijn allemaal dingen die we op verschillende niveaus insteken, zodat de professional zo goed mogelijk zijn werk kan doen.”* (P2) Dit citaat geeft weer dat de kwaliteit van zorg zou afnemen dooreen hoge werkdruk doordat er niet altijd genoeg personeel beschikbaar is. Dit kan worden bevestigd door professionals. Een voorbeeld van de hoge werkdruk: *“Stel er zou wat gebeuren, en je*

bent met z'n tweeën bij iemand nodig, dan laat je wel vijftien man alleen. Dat kan natuurlijk best wel ten koste van kwaliteit gaan. Of dat we denken we hebben nu echt geen tijd, we hebben het zo druk met van alles. Ze hebben incontinentiemateriaal aan, dat we ze laten zitten terwijl ze aangeven dat ze naar de wc moeten, maar dat we daar gewoon geen tijd voor hebben. Dat is natuurlijk wel triest.” (P6) Dit citaat laat zien dat de professional een hoge werkdruk ervaart doordat er niet altijd sprake is van een ruime bezetting van personeel.

Een ander probleem wat professionals benoemen is de administratie: *“Tenminste wat de bureaucratie betreft, het vermindert niet, het vermeerdert alleen maar steeds. (...) Waarschijnlijk is het alleen maar omdat je bang bent dat je aansprakelijk gesteld wordt voor allerlei zaken zoals die gaan. Ik denk: wie wil het? Waarschijnlijk omdat alles controleerbaar moet zijn, maar als je uiteindelijk de bewoner daar tekort mee gaat doen, want er is toch bepaald budget, dan moet iedereen toch toegeven dat dat zo niet moet. Volgens mij slaat het door, het is gewoon te veel.” (P5)* De tegenstelling of spanning is hier duidelijk aanwezig. Enerzijds wordt aangegeven dat de kwaliteit van de zorg goed is, anderzijds wordt aangegeven dat de omstandigheden om goede kwaliteit te kunnen bieden, zoals een hoge werkdruk en veel administratie, niet optimaal zijn. Dit zorgt ervoor dat de kwaliteit van zorg kan afnemen.

4.3 Toekomst

Het leveren van goede en prettige zorg aan ouderen in de toekomst, dus ook in het verpleeghuis, is een grote uitdaging. Dit blijkt ook uit de reacties van de respondenten. Zo beschrijft de secretaris van de raad van bestuur de toekomst als volgt: *“Het is natuurlijk altijd een uitdaging om de kwaliteit van zorg op een goed niveau te houden en af te stemmen op de verwachting en behoefte van cliënten en vertegenwoordigers. We staan natuurlijk voor een grote uitdaging voor de toekomst in de verpleeghuiszorg. Deels is dat vergrijzing en deels is dat, en dat laatste speelt heel erg mee, wat voor zorg wij nou mogen bieden.” (P1)* Dit citaat laat zien dat het een uitdaging is om de kwaliteit van zorg in de toekomst op niveau te houden, vanwege de vergrijzing en door wat de organisatie mag bieden vanuit de overheid. Met dat laatste wordt bedoeld: *“Wij hebben een organisatie met revalidatiezorg, verpleeghuiszorg, zorgcentrumzorg en van dat laatste wordt een heel groot deel niet meer vergoed. Wat enerzijds betekent dat bepaalde cliënten die zorg nodig hebben en voorheen werden opgenomen, nu thuis blijven. Waardoor de thuiszorg een extra taak heeft om die cliënten op te vangen.” (P1)* In de toekomst zullen ouderen dus niet meer naar het verzorgingshuis kunnen, maar ook niet naar het verpleeghuis, omdat daarvoor een bepaalde indicatie nodig is. Een locatiemanager verwoordt dit probleem als volgt: *“Wat ik jammer vind is dat met het regeringsbeleid nu de ouderen de dupe worden. Als ze dan een indicatie krijgen en ze komen hier binnen zijn ze zo ziek dat ze of heel snel overlijden of heel erg*

achteruit gaan. Daar is wel een slag te slaan, daar kan ik zelf niks mee, want ik voer alleen het beleid uit. Wij mogen ook geen lage indicaties meer opnemen en die geven we ook niet meer uit, dus het verzorgingshuis zal leeg komen te staan.” (P11)

Door deze ontwikkelingen zijn de organisaties al bezig met de toekomst. Het is namelijk belangrijk dat de kwaliteit van de zorg niet achteruit gaat, maar dat ook het sociale deel niet wordt vergeten. Het lid raad van bestuur geeft dit helder aan in het volgende citaat: *“Wat voor mij goed moet blijven is de medicatie en de BIG handelingen, die hele basale zaken moeten goed op orde zijn. Het gevaar is dat we alle energie daar op zetten en het sociale daar weer in vergeten. Het is het makkelijkst om je daar op te richten. Maar de kunst is om te blijven luisteren naar die klant, wat die wil. Misschien wil die wel veel minder dan wij willen.” (P2)* Om die kwaliteit van zorg in de toekomst te kunnen blijven bieden zijn ze bijvoorbeeld bij organisatie Y al bezig om de professionals bij te scholen. Professionals zijn niet altijd gemotiveerd, zo benoemt de professional: *“Met niveau 2 zie je nu dat ze op niveau 3 moeten bijscholen. Er zijn er een hoop die zeggen dat willen we wel doen, maar er zijn er ook bij die zeggen ik heb niet voor niets hier voor gekozen. Dan wordt je eigenlijk verplicht om een scholing te gaan doen.” (P7)* Hier komt een tegenstelling naar voren. Enerzijds wil het management goede zorg blijven bieden, waarvoor extra scholing nodig is. Anderzijds willen de professionals zich niet altijd tot een hoger niveau laten scholen. Dit kan mede komen doordat de professional nu al een hoge werkdruk voelt en deze in de toekomst alleen maar ziet toenemen. Een professional beschrijft namelijk dat ze bang is in de toekomst een nog hogere werkdruk te ervaren dan nu al het geval is: *“Het wordt moeilijker het geld te verdelen in de toekomst. Dat is voor managers moeilijker. Ik kan alleen op de werkvloer kijken, dan moet ik harder werken, maar dat komt omdat het potje van boven nog maar zo vol zit. En het streven van het management is wel kwaliteit bieden, dat geloof ik zeker. Maar dat wordt wel heel moeilijk als je met minder personeel hetzelfde moet doen. Je hebt nu een bepaalde kwaliteit en om dat vast te houden is dan moeilijk. Dat stapje meer van de verzorgende houdt wel een keer op, want je bent ook maar mens.” (P8)*

In de toekomst zullen dus een aantal dingen gaan veranderen. Er zal meer vergrijzing komen, maar zorgorganisaties krijgen tegelijkertijd minder geld om zorg te kunnen bieden. Zo komen ouderen steeds later in een verpleeghuis terecht, waardoor ze langer thuis moeten blijven wonen. Over deze groep maken de respondenten zich vooral zorgen, omdat de sociale context die in het verpleeg- en verzorgingshuis wel bestaat weg zal vallen. Een locatiemanager beschrijft dit ook: *“Ik maak me echt zorgen, met name over die kwetsbare oudere die alleen thuis is, die 86 is, die voor zijn eigen boterham moet zorgen maar eigenlijk niet meer naar buiten durft omdat hij niet meer weet hoe hij moet pinnen. Sociale context valt vaak weg als mensen al zo oud zijn. Ze gaan vereenzamen, worden depressief, gaan slecht eten met alles wat erbij hoort.” (P3)*

In het verpleeghuis zal de kwaliteit van de zorg niet afnemen, als er maar op een andere manier gedacht wordt, zo vertelt een teamleider: *“In eerste instantie baarde mij dat veel zorgen. Maar het personeel of het geld kan anders ingezet worden. We moeten anders gaan denken. We moeten niet over wassen en plassen bezig blijven. We moeten bezig zijn met de vraag: wat kunnen we voor die meneer nog doen zodat hij nog een fijne levensinvulling heeft. Dat kunnen hele kleine dingen zijn, dat kost allemaal niet veel geld. We hebben hier iemand die wilde graag nieuwe aardappelen eten, dan regelen we dat toch in plaats van de gestoomde aardappelen van normaal.”* (P9) Eerder in deze analyse kwam echter wel naar voren dat de professionals bang zijn dat ze steeds harder zullen moeten lopen om de hogere werkdruk aan te kunnen. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, omdat er hierdoor meer kans is op fouten. De teamleider geeft in bovenstaand citaat aan dat kleine dingen zoals iemand iets lekkers te eten geven gewoon mogelijk moeten kunnen blijven. Volgens hem zal de kwaliteit van leven dus niet achteruit gaan in de toekomst. Voor de thuiswonende ouderen is er wel een grote kans dat de sociale context wegvalt, wat ook een onderdeel is van de kwaliteit van leven, waardoor er een kans is dat hun kwaliteit van leven omlaag zal gaan.

4.4 Middelen management

Wat voor middelen het management heeft om een goede kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in het verpleeghuis te kunnen bieden is een uitgebreide vraag. Dit blijkt ook uit de uiteenlopende antwoorden van de respondenten op deze vraag. De ene respondent benoemt als middelen dat er managementinformatie is in de vorm van afspraken met het personeel, maar ook uit kwaliteitsmetingen. De andere respondent noemt het budget wat het management krijgt als middel. Tot slot worden ook personeel en personeelsbezetting als middelen van het management genoemd. Deze laatste worden vaker genoemd dan de eerdergenoemde antwoorden. Een professional noemt gekwalificeerd personeel en communicatie als belangrijke middelen van het management: *“Mensen die weten wat ze doen. Goede uitleg vind ik belangrijk, dus open communicatie. Als er iets is afgesproken en je merkt dat het niet werkt, dat daar ook over gesproken kan worden.”* (P8) De belangrijkste middelen die het management heeft zijn dus vooral het personeel dat goed gekwalificeerd moet zijn, waarmee goed gecommuniceerd moet worden en waar goede afspraken mee gemaakt moeten zijn.

Over de vraag of het management genoeg middelen heeft zijn de meningen verdeeld. Een teamleider benoemt dat zij niet altijd genoeg middelen heeft: *“Uiteindelijk zal het altijd zo zijn in de ouderenzorg dat je hoopt dat er meer personeel kan komen, want deze ouderen vragen*

gewoon heel erg veel aandacht. Dat kan ik op dit moment niet voldoende bieden. Ik probeer met de middelen die ik heb zoveel mogelijk die kwaliteit wel te bieden en ik hoop in de toekomst ook wat meer vrijwilligers te krijgen.” (P4) Een locatiemanager staat hier iets minder negatief in: *“Dan kom je echt in een discussie van overheidsbeleid, hoe wordt dat vertaald naar onze organisatie, hoe gaan wij daar mee om, terwijl ik er naar kijk dit is het zakje met geld dat ik heb en dit is het personeelsbestand wat ik heb en daarmee ga ik het doen.” (P3)* In deze citaten komt gelijk ook weer een ander middel van het management aan bod; het budget. Doordat managers een bepaald budget hebben, kunnen ze niet altijd de hoeveelheid gewenst personeel inzetten.

Een andere teamleider over de beschikbaarheid van budget en personeel: *“Ik denk dat het genoeg is, ik denk alleen dat het verkeerd ingezet wordt. Het budget weet ik niet, maar het personeel wel. Je moet in gaan spelen op de wens van de cliënt.” (P9)* Met middelen anders inzetten wordt het volgende bedoeld: *“s Morgens om zeven uur met zijn zessen opstarten hier vind ik eigenlijk kwalitatief niet nodig. Misschien zijn er van de dertig wel twintig die uit willen slapen. Om tien uur willen ze allemaal graag een bakje koffie gaan doen of lekker naar buiten. Dan zou ik dan persoon drie, vier en vijf op laten starten.” (P9)* Er is dus een verschil tussen vinden dat er te weinig middelen beschikbaar zijn, en tussen het doen met de middelen die je hebt, waardoor je soms creatief moet zijn.

Een andere respondent vindt ook dat er genoeg personeel is. Het is echter belangrijk dat ook de ervaring bestaat dat er genoeg personeel rondloopt, dus dat de medewerkers zichtbaar zijn voor cliënten of hun vertegenwoordigers: *“Het is de ervaring. Wanneer wij kijken wat de bezetting zou moeten zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren die ook vergoed wordt, is de bezetting goed. Maar er is ook heel vaak de beleving, bijvoorbeeld zien de cliënten of vertegenwoordigers de medewerkers.” (P1)*

Naast de discussie of er genoeg middelen beschikbaar zijn, is er ook nog het verschil in standpunten tussen de manager en de professional. De communicatie die in de eerste alinea werd genoemd als belangrijk middel is van belang. Doordat het management namelijk weinig middelen heeft en de professional hier de dupe van wordt omdat de werkdruk hoog is, ontstaat er een spanning. Een professional verwoordt dat als volgt: *“Wij staan natuurlijk op de werkvloer. Zij zitten op hun kantoortjes en dat is soms wel een beetje dat je denkt van ja, wij moeten het doen en het is al zo druk. Zeker met alle bezuinigingen. Het is soms wel moeilijk voor ons om het toe doen, maar we proberen het zeker wel.” (P6)*

De professional voelt dus een hoge werkdruk omdat het management niet altijd genoeg middelen heeft in de vorm van budget waardoor niet genoeg personeel ingezet kan worden. Een deel van het management geeft namelijk aan dat de bezetting in principe genoeg is om goede zorg te kunnen bieden, waardoor hier een spanningsveld ontstaat.

4.5 Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid kan worden uitgesplitst naar verschillende lagen in de organisatie. Aan de hand van deze verschillende lagen zullen de verschillende verantwoordelijkheden aan bod komen.

Bovenin de organisatie is het de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur om alles te faciliteren: *“Ik ben de eerst aanspreekbare in de raad van bestuur. We hebben een collegiaal bestuur, ik ben net zo goed verantwoordelijk voor financiën als mijn collega die de portefeuille heeft, maar ik ben het eerste aanspreekpunt voor de organisatie en voor de raad van commissarissen.”* (P2) Een goede aanvulling hierop wordt gegeven door een andere respondent: *“De eindverantwoordelijke is het bestuur. Dus het ene bestuurslid met de portefeuille kwaliteit is eindverantwoordelijk voor wat er in die zin gebeurt.”* (P1) De raad van bestuur heeft dus een verantwoordelijkheid naar boven toe richting de raad van commissarissen en naar onderen, richting het management.

Het management op locatieniveau heeft vervolgens de volgende verantwoordelijkheden: *“De raad van bestuur maakt een visie. Hoe wij als organisatie kijken naar onze bewoners, wat is voor ons kwaliteit van zorg met daarin alle normen die je natuurlijk sowieso vanuit buiten moet behalen. De raad van bestuur kan er randvoorwaardelijk in zijn en dat betekent dat jij dan voor jouw locatie daar wel verantwoordelijk voor bent om dat beleid goed neer te zetten.”* (P3) In dit citaat komt de faciliterende rol van de raad van bestuur terug. Daarnaast heeft het management, dus de locatiemanager samen met de teamleiders en eventueel de zorgmanager, een verantwoordelijkheid richting de professional. Om dat beleid goed uit te voeren moet de professional namelijk wel de juiste kennis hebben en op de juiste manier werken. Dit blijkt op dit moment echter nog niet altijd het geval te zijn. Op de vraag of professionals het kwaliteitssysteem kennen werd niet duidelijk geantwoord: *“Nou, volgens mij is het vooral de verantwoording van alle zaken die dus uitgevoerd worden. Maar dat gaat mij veel te ver, maargoed dat is dus alles wat er in de mappen komt.”* (P5)

De professionals zijn uiteindelijk degenen die de zorg daadwerkelijk uitvoeren. Zij zijn verantwoordelijk voor het volgende: *“Voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dus ‘s morgens zorgen dat bewoners zijn gewassen en gekleed en zo de hele dag door de verzorging krijgen. Helpen bij de maaltijden eventueel als dat nodig is en na het toiletteren helpen. Maar ook het rapporteren en het uitwerken van hetgeen je tegenkomt in de zorg. De taken worden ook ‘s morgens verdeeld.”* (P5) De professionals hebben hierdoor een grote verantwoordelijkheid richting de cliënt. Zij moeten hiervoor wel de juiste aansturing vanuit het management krijgen, zodat gezamenlijk die kwaliteit aan de cliënt geleverd kan worden. Dit houdt in dat de professionals volgens opgestelde protocollen en richtlijnen moeten werken. Zij moeten hier wel goed over geïnformeerd zijn. Als er bijvoorbeeld een fout gemaakt wordt, is dat niet altijd de verantwoordelijkheid van de professional: *“Jij hebt zelf de*

kennis en jij weet wat je mag en wat je niet mag. Kijk als er iemand valt en het is jouw fout, dan ben je ook gewoon zelf verantwoordelijk. Iemand die er niet naast zat kan je moeilijk verantwoordelijk houden voor wat er is gebeurd. Of je moet echt niet geïnformeerd zijn, bijvoorbeeld niet weten of je met de tillift mag werken, maar dat is ook je eigen verantwoordelijkheid of je dat wel of niet mag.” (P7) Daarnaast heeft de professional ook de verantwoordelijkheid om te rapporteren naar het management over de zorg, zoals aangegeven in het eerste citaat van deze alinea.

Tot slot hebben professionals ook een verantwoordelijkheid onderling om elkaar aan te spreken om volgens protocol te werken: *“Ja, dat probeer je wel te doen. Dan krijg je al snel reactie van het is al zo druk en we doen het nu wel even zo. Dan denk je ja het hoort eigenlijk niet, maar je begrijpt het ook wel.” (P6)*

Het is dus belangrijk dat ieder zijn eigen verantwoordelijkheid kent en neemt, maar hiernaast geldt ook dat het bieden van goede kwaliteit een samenspel is: *“Ik denk dat het een samenspel is, dus het is altijd een samenspel tussen het management; of dat nou de teamleider is, die natuurlijk een heel belangrijke rol speelt, de zorgmanager of locatiemanager.” (P1)* Een andere respondent zegt het volgende: *“Iedereen is verantwoordelijk voor de kwaliteit van alle lagen. Al moet je met de poetskar de bedden soppen, dat moet goed gebeuren tot aan de locatiemanager toe. De locatiemanager moet erop toezien dat de kwaliteit geleverd wordt.” (P9)* Ook een professional beaamt dit, zoals blijkt uit het antwoord op de vraag wie zich bezighoudt met kwaliteit: *“Wij allemaal natuurlijk. Als je vraagt om namen van hoger in management, je hebt manager X (geanonimiseerd) en nog een paar. Ook de locatiemanager heeft daar een rol in. Als je echt vraagt van bovenin dan kan ik geen namen noemen, dat weet ik niet precies wie daarvoor is. Wij hebben in eerste instantie te maken met de locatiemanager.” (P8)* Dit citaat laat echter wel zien dat de professional de precieze verantwoordelijkheden van de personen op organisatieniveau en hoger in het management niet kent.

Bovenstaande alinea's laten enerzijds zien dat de verantwoordelijkheid voor het bieden van een goede kwaliteit een samenspel is in de hele organisatie, die uit vele lagen bestaat en waarin iedereen een eigen verantwoordelijkheid heeft. Anderzijds komt naar voren dat niet iedereen elkaars verantwoordelijkheden kent en dat er onduidelijkheden bestaan zoals bijvoorbeeld bij professionals over het kwaliteitssysteem.

4.6 Rol management

Wat precies de rol van het management is als het gaat om kwaliteit is een vraag zonder eenduidig antwoord. Dit komt doordat het management bestaat uit teamleiders,

zorgmanagers en locatiemanagers op locatieniveau en divisiemanagers en de raad van bestuur op centraal niveau. Dit zijn dus vele verschillende functies met allen verschillende taken en verantwoordelijkheden. De raad van bestuur zit als volgt in elkaar bij organisatie X: *“We hebben een raad voor bestuur, die bestaat uit 3 personen: een voorzitter en 2 leden van de raad van bestuur en ik ben er een van. We hebben een portefeuilleverdeling. De voorzitter van de raad van bestuur doet financiën en personeelszaken. Mijn collega in de raad van bestuur doet vastgoed, ICT en alles wat met inkoop te maken heeft, de facilitaire dienst. Ik doe alles wat met behandeling en zorg te maken heeft.”* (P2) Elk lid van de raad van bestuur heeft dus een eigen portefeuille waar hij of zij verantwoordelijk voor is. De voornaamste taken zijn als volgt: De leden van de raad van bestuur sturen de managers aan die onder hun portefeuille vallen. Ook rapporteren ze naar de raad van commissarissen. De rol van de raad van bestuur is dus vooral een sturende rol. Naast de raad van bestuur op centraal niveau, vervullen de locatiemanagers ook een zeer belangrijke rol binnen de organisatie zo blijkt uit het volgende citaat: *“Eigenlijk zijn locatiemanagers het visitekaartje van onze organisatie, dat ben ik niet. Wel bij de verzekeraars maar niet naar onze klanten en cliënten. Daar gebeurt het eigenlijk.”* (P2) De rol van de locatiemanager is namelijk veel meer zichtbaar voor klanten dan de rol van de raad van bestuur.

De locatiemanager heeft verschillende rollen. Allereerst heeft deze een belangrijke voorbeeldrol zo blijkt uit het volgende citaat: *“De locatiemanager heeft een voorbeeldfunctie. Iedereen kopieert vaak wat de leidinggevende doet. Als die te vroeg naar huis gaat zal je zien dat anderen dat ook doen. Ook hoe die omgaat met familie en omgang met medewerkers.”* (P2) Hij of zij vervult een voorbeeldrol op het gebied van werkhouding en ook op sociaal vlak vormt hij of zij een voorbeeld voor de rest van de medewerkers op de locatie. Deze voorbeeldrol geldt echter niet alleen voor de locatiemanager maar bijvoorbeeld ook voor de teamleider: *“Ja dat is zo, ik heb die zeker. Ik moet laten zien dat ik naar die scholing ga, ik zal daar als eerste zitten. Ik kan personeel daar niet heen sturen en zelf op kantoor blijven zitten.”* (P9) Hieruit blijkt ook dat het naast die voorbeeldrol belangrijk is om je personeel te motiveren. Een locatiemanager vertelt ook over die motivatierol als hij vertelt over de administratie die de professional moet doen: *“Er komt altijd weer uit dat het om lijstjes gaat, dat zit een stukje in de mentaliteit, weer het motiveren van mensen. Je moet ook het belang laten zien waarom ze die dingen invullen. Als je onder curatele wordt gesteld dan is dat echt niet leuk, dus zorg dat het in orde is. Het blijft lastig om mensen te motiveren, je moet daar echt bovenop zitten. Ik ben daarom blij dat de teamleiders er zijn.”* (P11) Daarnaast komt hier ook een andere rol naar voren die het management vervult, namelijk het aansturen van de professional, dus ervoor zorgen dat hij of zij het werk goed uitvoert. Je zou ook kunnen zeggen dat het management de professionals de middelen moet bieden zodat zij de juiste zorg kunnen verlenen. Eerder is al naar voren gekomen dat hier een spanning

bestaat tussen het management en de professional, die ook weer duidelijk wordt in het volgende fragment over wat er speelt op de werkvloer: *“Ja, de teamleidster weet nog wel wat meer als de locatiemanager. Maar soms hebben we wel zoiets van je zou eens een dagje mee moeten lopen. Zeker als we onderbezet staan. Het is wel erg pittig dan.”* (P6) In dit fragment komt naar voren dat de professional zich soms onbegrepen voelt omdat hij of zij niet altijd genoeg middelen heeft en dan het gevoel heeft dat de manager daar niet volledig van op de hoogte is, omdat die niet bij de zorg betrokken is. Dit laat ook zien dat bij de manager constant een spanning bestaat tussen het feit dat hij niet altijd genoeg middelen heeft die hij kan inzetten en de rol om de professional de juiste en voldoende middelen te bieden om goede zorg te kunnen leveren.

4.7 Communicatie

“Ik denk juist dat het allemaal valt en staat met goede communicatie.” (P9) Dit citaat geeft mooi weer dat communicatie ontzettend belangrijk gevonden wordt. Er zijn vele vormen van communicatie. Zo zijn er overleggen, is er een lijn tussen de managementlagen waarlangs de communicatie verloopt en is er nog de communicatie en spanning tussen de professional en het management. Deze zullen achtereenvolgens aan bod komen.

Binnen een grote organisatie vinden veel overleggen plaats tussen de verschillende lagen. Op centraal niveau is er het volgende overleg: *“De raad van bestuur overlegt zo ongeveer 1 keer per kwartaal met zowel divisiemanagers als locatiemanagers. Dit wordt het Groot-CMT genoemd.”* (P2)

Daarnaast vindt er op locatie zelf overleg plaats: *“Met de locatiemanager en onze directeur zorg hebben we een keer in de twee weken een overleg.”* (P11) Ook heeft de locatiemanager nog een overleg met de teamleiders: *“Ik heb met de teamleiders iedere week een overleg op maandag.”* (P11) Een teamleider vult aan dat de locatiemanager daarnaast nog andere overleggen heeft: *“Onze locatiemanager heeft bijna iedere dag een overleg; vrijwilligersoverleg of over de horeca.”* (P9) Daarnaast hebben de teamleiders ook nog overleggen: *“Een keer in de maand hebben we overleg met het pad. We hebben drie paden met huiskamers. Een keer in de paar maanden hebben we een groot overleg met de hele afdeling, dan hebben we nog een overleg met het hele huis. Dan hebben we nog weleens een overleg met de teamleiders en de managementlagen daarboven.”* (P9) De teamleider is dus degene die overleggen heeft met zowel de professionals als de managementlaag.

De professional zegt het volgende over het overleg dat zij hebben: *“Wij hebben elke maand tot 8 weken werkoverleg. Dat is verplicht, dus in principe hebben wij eens in de zes weken een gesprek. Dat wordt wel nageleefd bij ons.”* (P8) Een andere professional van

dezelfde organisatie zegt dat er geen vast overleg is: *“Nee, volgens mij willen ze wel een keer per maand of een keer per twee maanden een vast groot overleg. Of het is tijdgebrek of er is iemand ziek of ze gaan naar school of wat dan ook. Vandaar dat we meestal kleine overleggen hebben waar meestal een van de teamleiders bij zitten.”* (P7) De respondent vervolgt hierop: *“We hebben ook aangegeven dat het fijn zou zijn om vaker een groot werkoverleg te hebben, zodat we duidelijk weten met z’n allen waar we mee bezig zijn en wat de afspraken zijn.”* (P7) Niet iedere professional heeft dus het gevoel dat er genoeg overleg is. Overleggen zijn juist erg belangrijk, zo blijkt uit het antwoord op de vraag of aansturing mist: *“De communicatie mist soms wel tussen teamleider, management en degenen die dan op de werkvloer staan. Het zijn soms kleine dingen, maar soms ook dingen dat je denkt van goh ook wel handig dat we dat weten.”* (P7) Dit vormt ook weer een tegenstelling op wat de teamleider over overleggen zegt: *“Ik denk soms weleens dat er teveel overleggen zijn. Het moet ook weer geen overlegstructuur gaan worden dat het zo gaat: sorry moeder mag nu niet naar het toilet want we zijn aan het overleggen. Dat moeten we niet hebben. Je moet wel effectief kunnen communiceren en dat gebeurt op zich wel, vind ik.”* (P9)

Er zijn dus veel overleggen. Een ding is hierbij erg belangrijk: *“Er is dus regelmatig overleg, daardoor weet iedereen goed wat er speelt in de organisatie. Dat ligt er wel aan hoever dingen de lijn in gaan, we vinden altijd wel dat iets langs de lijn moet gaan. Je wilt voorkomen dat een medewerker naar de raad van bestuur gaat om te klagen, je moet eerst naar je teamleider, dan naar mij enzovoort.”* (P11) Communicatie moet via de lijn lopen. Dit is ook bij de professional bekend: *“Ik kan altijd binnenlopen bij de locatiemanager, maar mijn eerste basis is mijn teamleider. Dus daar ga ik eerst heen, als ik daar niet uitkom, dat geef ik dan ook aan, dan ga ik naar de locatiemanager.”* (P8) De professional gaat dus naar de teamleider en deze moet weer naar de locatiemanager gaan, zo vertelt een teamleider: *“Als ik ergens mee zit dan ga ik naar de locatiemanager toe en dan breng ik daar ook verslag uit. Ik denk niet dat iedereen dat doet, maar ik vind wel dat hij er recht op heeft om te weten wat er hier speelt.”* (P9) Indien er echt iets aan de hand is, wat niet is op te lossen door bijvoorbeeld de locatiemanager, komt het hoger in de organisatie terecht, dus ook dat loopt via de lijn: *“Op individuele casussen spelen we sowieso in, wanneer er iets speelt weten we dat op centraal niveau redelijk snel en stemmen we dat af met de betreffende managers. Dus met de locatiemanager en de divisiemanager. We proberen die casus zo goed mogelijk te coördineren.”* (P1)

Het management weet dus redelijk wat er speelt op de afdeling. Dit komt mede doordat de teamleiders als onderdeel van het management zelf ook meewerken in de zorg. Dit wordt

positief ervaren: *“Dat is heel erg lastig. Maar aan de andere kant is het juist zo goed omdat ik echt weet wie mijn bewoners zijn. Ik weet ook echt wie mijn personeelsleden zijn en wie de familieleden, vrijwilligers en leerlingen zijn. Je staat er tussen, tussen aanhalingstekens. Het is niet continu erboven staan.” (P9)* Dit wil echter niet altijd zeggen dat het management op één lijn zit met de professional. De professional vindt namelijk dat er sprake is van verantwoordingsbureaucratie, terwijl het management, in dit geval de teamleider, vindt dat de taakvolwassenheid nog niet op niveau is. Dit zorgt voor spanning. De professional zegt hierover het volgende: *“Nou, ik vind sommige dingen wel heel ver gaan. Zeker wat dus de bureaucratie betreft. Er moet zoveel verantwoord worden. Er moet zoveel neergeschreven worden, doorgegeven worden aan familie en toestemming gevraagd worden. Ik vind het eigenlijk erg ver gaan.” (P5)* Een teamleider antwoordt op dezelfde vraag het volgende: *“Soms wel. Wat ik wel merk is dat de taakvolwassenheid op mijn afdeling nog niet op het juiste niveau is dus ik probeer ze die taakvolwassenheid bij te gaan brengen. Dat ze volwassen zijn in een functiegroep waarin ze werken. Als ik het heb over een ziekenverzorger of als het een verzorgende IG is, dat is een niveau drie, dan moet hij ook doen wat in zijn taken staat. We merken nu nog weleens dat dat niet altijd het geval is. Dan zit ik niet altijd op een lijn. Ik kan soms te snel willen, ik ben een verpleegkundige met al heel veel jaren ervaring in de ouderenzorg en dit huis is de laatste 2,3 jaar naar het verpleeghuisniveau gegaan. De medewerkers denken daardoor nog op een ander niveau soms.” (P4)* Beide respondenten vinden dat ze niet altijd op een lijn zitten met het management, maar geven hier beide een andere reden voor. De professional vindt het eigenlijk te veel worden en te ver gaan, terwijl de teamleider juist wil dat de professionals op een hoger niveau gaan denken. Dit vormt een tegenstelling. De professional vindt het ver gaan qua administratie en heeft het gevoel dat er soms teveel van hem of haar wordt verwacht, zo blijkt ook uit dit citaat van een professional: *“Soms hebben we wel zoiets van je zou eens een dagje mee moeten lopen. Zeker als we onderbezet staan. Het is wel erg pittig dan.” (P6)*

In bovenstaande alinea is duidelijk geworden dat de professional en het management niet op een lijn zitten als het gaat over de zorg. De professional heeft steeds minder tijd voor de zorg en moet steeds meer tijd besteden aan verantwoordingsbureaucratie. De teamleider daarentegen vindt dat de taakvolwassenheid op de afdeling nog niet in orde is, waardoor het kan botsen. Daarnaast speelt ook mee dat het management verplicht is veel te administreren, terwijl de professional dit als lastig ervaart.

4.8 Borging en verbetering kwaliteit

Om kwaliteit binnen een zorgorganisatie te kunnen borgen, bestaan verschillende instrumenten: *“Wij hebben enerzijds de systematiek van interne audits. Dit betekent dat*

collega's van een andere locatie processen gaan toetsen. Dus ze gaan bijvoorbeeld kijken hoe werken medewerkers volgens de afspraken die we hebben gemaakt en volgens het protocol en de richtlijnen. Anderzijds hebben we verschillende interne metingen, bijvoorbeeld tevredenheidmetingen, waarin we ook iets kunnen zeggen over hoe tevreden onze cliënten bijvoorbeeld de deskundigheid van de medewerkers of over de kwaliteit van het eten, of over de medische behandelingen.” (P1) In het citaat worden twee voorbeelden genoemd om kwaliteit te borgen, een daarvan zijn interne metingen: *“Wij meten maandelijks kwaliteitsindicatoren en voeren deze uit en die worden dan meteen als dat nodig is met de arts besproken. Om te hopen dat we op die manier de kwaliteit kunnen gaan bevorderen.” (P4)* Een andere respondent heeft hier een aanvulling op: *“De klanttevredenheid en medewerkerstevredenheid wordt regelmatig organisatiebreed gemeten.” (P2)* De metingen kunnen worden beschouwd als een hulpmiddel van het management om controle op de kwaliteit en de ervaring van klanten en medewerkers uit te kunnen voeren: *“Het personeel wat je aanneemt; hoe zijn zij en ook daar de controle op, en de mensen die weer worden ingezet die ons weer controleren. Het zijn verschillende lagen die elkaar controleren of inderdaad kwaliteit van zorg wordt geboden en hoe dat draait en waar verandering nodig is.” (P8)*

De andere vorm, interne audits, maken onderdeel uit van het kwaliteitssysteem, een zeer belangrijk instrument om de kwaliteit te bewaken: *“We hebben de HKZ, dat is eigenlijk een keurmerk zoals de ISO en dat is dan voor de zorg. Daar voldoen wij aan, daar hebben we om de twee jaar of om het jaar een audit van. We hebben dan een audit op een aantal locaties. (...) Als de auditlocaties goed zijn krijgen we een HKZ.” (P11)*

Alle metingen zeggen iets over de kwaliteit van zorg. De metingen zijn vooral het vastleggen van de manier van zorg en daarop inspelen, terwijl het kwaliteitssysteem een manier van werken oplegt aan de professional en het management om te kunnen voldoen aan de normen: *“Wij hebben dan ook het HKZ kwaliteitssysteem. We moeten hiervoor aan allerlei normen voldoen om een soort basisniveau voor de kwaliteit te borgen.” (P1)* Het management moet alle documenten op orde hebben en de professional moet goede zorg leveren. In een eerder analyse kwam al aan bod dat professionals het kwaliteitssysteem vaak niet goed kennen, zo blijkt ook uit volgende antwoorden: *“Die is er wel. Ik kan zo niet zeggen hoe dat precies in elkaar zit.” (P8)* Een andere professional zegt: *“Nou, dus vooral volgens mij is het de verantwoording van alle zaken die dus uitgevoerd worden. Maar dat gaat mij veel te ver, maargoed dat is dus alles wat er in de mappen komt.” (P5)* Opvallend is dat een groot deel van het management positief antwoordt op de vraag of medewerkers het kwaliteitssysteem kennen, terwijl uit bovenstaande citaten blijkt dat het voor hen nog erg vaag is.

Naast de verschillende metingen is een belangrijke manier om kwaliteit te kunnen borgen en zelfs te verbeteren scholing. Er wordt veel scholing aan professionals geboden: *“Nou ik nog niet zoveel omdat ik nog leer. Maar wat ik zie van collega’s. Ze hebben heel vaak BIG scholingen, dus ze worden wel up to date gehouden.”* (P6) Deze scholing is ook belangrijk om in de toekomst de zorg te kunnen borgen. Een citaat hierover van een locatiemanager: *“Sommigen zeggen wel dat ze geen opleiding meer gaan doen, dat botst soms. Het heeft ook te maken met een hele verandering in de maatschappij en zorg, dus je moet meegaan om erin te willen blijven. Wij krijgen straks alleen maar zware zorg binnen, dan kunnen we met niveau 2 straks niet meer zoveel.”* (P11) Een andere locatiemanager ervaart ook dat de scholing een belangrijk middel is om goede zorg te kunnen bieden, maar dat niet alleen: *“Scholing, maar ook een stuk eigen motivatie. Weetje, we hebben nog steeds medewerkers die werken voor die caravan en voor de vakantie”* (P3) Die motivatierol van het management is ook al eerder teruggekomen.

Naast dat de zorg op een goed niveau moet blijven, vindt ook een groot deel van de respondenten dat er altijd plaats is voor verbetering: *“Dat is voortdurend aan de orde. We hebben de jaarplanevaluatie gehad daar zitten allerlei punten is, een groot verbeterplan.”* (P2) Een andere respondent zegt hierover het volgende: *“Ja, dat we op het moment dat we zien dat iets aan verbetering onderhevig is, dat we daar een plan op maken. En dat is dus wat willen we bereiken en hoe willen we dat dan uitvoeren. Dat schrijven we dan weg in een stukje PDCA, zo noemen we dat.”* (P4)

Naast deze verbeterinitiatieven gelden ook initiatieven om te verbeteren met het oog specifiek op de toekomst. Dit is al eerder aan bod gekomen: *“Dat heeft ook te maken met die zwaardere zorg die we verwachten, ook in de thuiszorg, daar bereiden we ons op voor. Dus niveau 2 moet naar niveau 3.”* (P11)

Wat de verbeterpunten zijn in de organisaties loopt erg uiteen. De respondenten gaven hierop verschillende antwoorden, wat zij uit eigen ervaring vinden dat beter kan. Een verbeterpunt, dat bij organisatie X vaker werd genoemd is de gastvrijheid: *“Hoe goed wij het ook doen, ik denk ook afgezet tegen andere organisaties dat we zorgprogramma’s hebben en dat er methodisch gewerkt wordt hier, dat doen niet heel veel zorginstellingen. Maar toch scoren wij lager op de klanttevredenheid en dat komt denk ik omdat we aan die ‘hospitality’ niet genoeg aandacht hebben besteed. Dus we zijn nu een project gestart samen met de Haagse Hoge Hotel School, om daar iets van te leren. Mensen uit de zorg hebben niet bij wijze van spreken de skills zoals iemand in een hotel, zoals je welkom voelen. Dat gaan wij nu naar binnen halen.”* (P2) Doordat de focus vooral ligt op het niveau van de zorg, is de gastvrijheid nog niet op een goed niveau. Dit is een groot verschil met organisatie Y: *“We hebben ook de gastvrijheid voor zorg met sterren. Dat is iets waar wij ons zelf voor opgeven,*

een sterrengids is dat. Als je dan gaat kiezen naar welk verpleeghuis je gaat, kan je in die gids kijken. Net zoals je een hotel soms bekijkt. Dat is een keurmerk.” (P11) Organisatie Y is dan ook veel bezig met het welzijn van de bewoner. Een belangrijk instrument, waar verbeterpunten uit voortkomen is voor hen de cliëntenraad: *“Wij hebben een lokale cliëntenraad, daar zitten cliënten in, een cliënt van het zorgcentrum en mensen vanuit families. Dat is van de locatie, daar bespreek ik dat en komen dat soort dingen aan de orde. Zij staan natuurlijk echt voor het welzijn van de cliënt.” (P11)*

Respondent 2 noemt dat de gastvrijheid nog beter kan, maar dat de zorg op een hoog niveau is, zeker vergeleken met andere organisaties. Dit is opvallend, want een andere respondent van organisatie X die als locatiemanager dichterbij de zorg staat, noemt het volgende verbeterpunt: *“Het methodisch werken en de zorgprogramma’s.” (P3)* Dit houdt in dat er wordt gewerkt volgens vastgelegde methoden en dat duidelijk is wie wat doet op welk moment in de zorg. Er wordt vaak tegenaan gelopen dat het implementeren van verbeterpunten lastig is: *“Ja, dat duurt lang en is alleen maar herhalen, herhalen, voorbeeldgedrag en voordoen.” (P3)* Ook een andere respondent van organisatie X vindt dat taakvolwassenheid bij medewerkers beter moet. Dit laat zien dat er geen overeenstemming bestaat over het niveau van zorg binnen organisatie X.

5. Reflectie

5.1 Kwaliteit van leven

Er zijn veel aspecten die invloed hebben op de kwaliteit van leven. Eigen regie is volgens de respondenten het kernbegrip, waarbij een luisterend oor van de medewerker en aandacht ook belangrijke aspecten zijn. Het belang van eigen regie wordt benadrukt door Huber (2013), die daarmee ook de WHO-definitie van gezondheid uit 1948 wil aanpassen naar: *het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*. Er wordt duidelijk dat de respondenten en literatuur beide de eigen regie als kernbegrip zien voor kwaliteit van leven.

De respondenten leggen de focus van kwaliteit van leven vooral op de eigen regie. Daarnaast gelden zelfwaarde en bijvoorbeeld een goede kwaliteit van de maaltijden naast de eerder genoemde luisterende medewerker en aandacht ook als belangrijke kwaliteitsaspecten voor ouderen. De fysieke gesteldheid van ouderen wordt door respondenten niet genoemd als aspect van de kwaliteit van leven. Er zit echter nog wel verbetering in de kwaliteit van leven van bewoners van het verpleeghuis. Cliënten zijn namelijk deels de eigen regie kwijtgeraakt in het verpleeghuis, doordat ze afhankelijk zijn van de professional. Daarnaast heeft de professional het gevoel dat er niet altijd genoeg te doen is voor de cliënt. Professionals geven dan ook aan dat ze het gevoel hebben dat de kwaliteit van leven niet altijd hoog wordt ervaren door de cliënt. Dit kan verklaard worden vanuit de literatuur. De mate waarin ouderen zich gesteund voelen om zoveel mogelijk zelf te functioneren en zelf keuzes te maken is namelijk een belangrijke factor voor hoog psychisch welbevinden. Dit zorgt ervoor dat depressieve gevoelens uitblijven en het gevoel van tevredenheid toeneemt (Kasser & Ryan 1999).

Vanuit de literatuur zijn er twee verklaringen voor dat de kwaliteit van leven van cliënten niet als hoog wordt ervaren in de praktijk. Zo noemt de SPF-theorie voor het behalen van het hoogst haalbare welbevinden twee soorten welbevinden die belangrijk zijn, namelijk fysiek en sociaal (Ormel et al. 1997). De respondenten noemen fysiek welbevinden echter niet als een factor voor de kwaliteit van leven. Een reden hiervoor kan zijn dat de respondenten ervaren dat het fysiek welbevinden van verpleeghuisbewoners laag is, waardoor ze voor kwaliteit van leven focussen op andere aspecten: *“Bewoners die echt op de verpleegafdelingen zitten in het eindstadium van dementie, die niet meer weten wat een pen is en dat je met een pen moet schrijven, die ga je niet meer bereiken met fysieke stimulatie.”* (P3) Aangezien fysiek en sociaal welbevinden elkaar niet volledig kunnen vervangen zou dit vanuit de literatuur kunnen verklaren waarom ouderen geen volledige kwaliteit van leven ervaren in het verpleeghuis.

Daarnaast valt de eigen regie weg voor de cliënt, omdat professionals niet altijd de ruimte hebben om de wens van de cliënt in te willigen, vanwege de hoge werkdruk die ervaren wordt. In het boek 'De wachtkamer van de dood' van Anne-Mei The wordt ook beschreven dat professionals maar ten dele een stabiele factor vormen voor ouderen, doordat zij niet altijd met genoeg medewerkers zijn, of niet goed geschoold zijn. Ook komt aan bod dat door de grote afhankelijkheid van de professional de eigen regie voor de oudere steeds verder verloren gaat (Boekholdt 2005).

Bovendien is duidelijk geworden dat familieleden en professionals voor de oudere de belangrijkste schakels zijn als het gaat om sociaal contact (Royers 2009). Vaak heeft familie echter weinig tijd: *"Je merkt de afgelopen jaren dat familie minder betrokken is. Ze werken heel veel of ze zijn met van alles bezig. Ze zijn vaak gehaast en komen dan even snel iets brengen. Het zou mooi zijn als mensen wat meer tijd hebben voor de mensen die hier wonen."* (P7) Ook de professional heeft weinig tijd voor sociaal contact, doordat er veel tijd in de zorg gaat zitten: *"Er is niet altijd tijd om de mensen bezig te houden. Op zo'n dag als vandaag schiet dat er helemaal bij in, dan krijgen ze hun boterham, maar dan heb je het eigenlijk gehad. Dan heb je dus niet voldoende toezicht en gezelschap voor de mensen die in de huiskamer zijn."* (P5) De hoge werkdruk van de professional leidt tot het risico dat de sociale context deels kan wegvallen voor de cliënt, gezamenlijk met het gegeven dat familie vaak weinig tijd heeft voor de cliënt.

Bovengenoemde oorzaken kunnen ervoor zorgen dat fysiek en sociaal welbevinden niet volledig behaald kunnen worden, waardoor het hoogst haalbare volgens de SPF-theorie, het subjectief welbevinden niet haalbaar is voor ouderen in het verpleeghuis. De vraag is echter of volledig welbevinden een realistisch doel is voor bewoners van een verpleeghuis, omdat zij vaak al leiden aan comorbiditeit (Mackenbach 2010). Hierdoor is volledig fysiek welbevinden niet mogelijk voor verpleeghuisbewoners.

5.2 kwaliteit van zorg

Onder respondenten bestaat geen eenduidigheid over de kwaliteit van zorg. Zij zijn in twee groepen op te delen. Er zijn respondenten die kwaliteit van zorg "evidencebased" werken vinden, waarbij geen fouten worden gemaakt doordat professionals goed geschoold zijn. Daarnaast zijn er respondenten die bejegening en rekening houden met de wensen van de cliënt als kwaliteit van zorg beschouwen.

In de literatuur wordt kwaliteit van zorg vanuit verschillende invalshoeken beschreven. Evidencebased werken en zo min mogelijk fouten maken in de zorg, komt overeen met de organisatorische kijk op de zorg, waarbij veel geadministreerd moet worden en gewerkt wordt volgens bijvoorbeeld het kwaliteitssysteem (Nieboer 2013). Daarnaast valt de

bejegening en rekening houden met de wens van de cliënt onder het zorginhoudelijke perspectief, waarbij het handelen van de professional centraal staat (Nieboer 2013).

Een definitie is als volgt: kwaliteit van zorg is de mogelijkheid van toegang tot effectieve gezondheidszorg met het doel de benodigde zorg te bieden en zo de gezondheid te maximaliseren (Campbell et al. 2000). Een deel van de respondenten zal deze definitie niet passend vinden voor de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis. Enerzijds hangt dit af vanuit welk perspectief naar deze definitie gekeken wordt. Anderzijds wordt als doel in deze definitie het maximaliseren van gezondheid voorop gesteld. Door geen enkele respondent wordt dit specifiek vooropgesteld. Een van de respondenten redeneert als volgt: *“Mensen komen hier binnen en weten dat ze aan het laatste stuk van hun leven gaan beginnen, als ze dat nog weten. Ze zijn behoorlijk cognitief gestoord of ernstig ziek. Ze blijven hier gemiddeld 3 a 4 jaar, tot ze overlijden. Er zit heel veel achteruitgang in de jaren dat ze hier zijn.”* (P2) Naast effectieve zorg onderscheidt het IOM veiligheid, tijdigheid, efficiency, gelijkheid en patiëntgerichtheid als voorwaarden voor een goede kwaliteit van zorg (Beattie et al. 2013). Tijdigheid en patiëntgerichtheid zijn aspecten die niet altijd gewaarborgd kunnen worden: *“Dat er te weinig personeel is, kan natuurlijk best wel ten koste van de kwaliteit gaan. Of dat we denken we hebben het zo druk met van alles, ze hebben incontinentiemateriaal aan, dat we ze laten zitten terwijl ze aangeven dat ze naar de wc moeten, omdat we daar gewoon geen tijd voor hebben.”* (P6)

Bovenstaande alinea's geven aspecten weer die kwaliteit van leven bepalen. In deze paragraaf wordt er op een bedrijfskundige manier naar kwaliteit van zorg gekeken op basis van het Service Quality model van Parasuraman et al. (1988). Met dit zogenoemde Servqual model kan de kwaliteit van dienstverlening worden gemeten. Eerder is uit dit hoofdstuk al naar voren gekomen dat de cliënt steeds meer centraal staat en ook in dit model staat de cliënt centraal. Indien de determinanten uit dit model worden gewaarborgd in het verpleeghuis, kan worden gesproken van een goede dienstverlening, ofwel een goede kwaliteit van zorg. In de volgende alinea's zal een koppeling tussen deze determinanten en de mening van respondenten plaats vinden.

Allereerst de tastbaarheden, ofwel de materiële en financiële toegankelijkheid. De toegankelijkheid tot verpleeghuiszorg neemt steeds verder af. Dit komt ook aan bod bij de reflectie over de toekomst. Ouderen moeten steeds langer thuis blijven wonen en mogen pas met een hoog zorgzwaartepakket in een verpleeghuis worden opgenomen. De financiële toegankelijkheid is niet aan bod gekomen bij respondenten.

Veilige zorg als tweede determinant kan niet altijd worden gewaarborgd zo blijkt uit volgend citaat: *“Dat ga je geheid horen, dat die werkdruk ook wordt veroorzaakt door al die lijstjes die ingevuld moeten worden. Als je daardoor gehaast gaat handelen kan de kwaliteit*

van zorg afnemen.” (P2) Het invullen van de lijstjes zorgt enerzijds voor meer veiligheid in zorg, doordat hiermee teruggekoppeld kan worden waar verbetering nodig is. Anderzijds is de administratie tijdrovend waardoor de werkelijke zorgtijd afneemt en de werkdruk toeneemt. Vanwege de werkdruk neemt alertheid van de professional af, terwijl voor veilige zorg juist alerte professionals nodig zijn (Harteloh & Casparie 1998).

Dienstverlening houdt in dat er op de wens van de cliënt wordt ingespeeld en dat de benodigde zorg wordt geleverd wanneer dit nodig is. Ook moet er sprake zijn van continuïteit van zorg. Een manier om op de wens van de cliënt in te spelen is het zorgleefplan. Het zorgleefplan wordt in de praktijk goed nageleefd (Zorgleefplanwijzer 2013). Ook respondenten geven aan dat ze dit kennen en als leidraad gebruiken voor de zorgverlening. Een ander aspect, goede informatieoverdracht tussen professionals om continuïteit van zorg te waarborgen, kan bevestigd worden. De overdracht vindt plaats doordat er veel wordt geadministreerd, waardoor er sprake is van continuïteit van zorg.

Tot slot moet er sprake zijn van vertrouwen en empathie. Op dit moment komt het in verpleeghuizen nog te vaak voor dat er wisselingen van, en tekorten zijn aan geschoold personeel, waardoor zij een onstabiele factor vormen (Boekholdt 2005). Dit heeft tot gevolg dat het voor de cliënt moeilijk is om een vertrouwensband op te bouwen met een professional. Deze wisseling van personeel wordt door respondenten niet genoemd. Het tekort aan geschoold personeel is in organisatie Y wel een punt van aandacht, ook richting de toekomst. Daarnaast geldt bejegening als punt van aandacht: *“Het moet uiteindelijk allemaal in je basis verweven zijn om met een goede bejegening en ambiance en met een goede werkhouding deze bewoner het leven te laten lijden hier. Maar we zien ook dat dat niet altijd uitvoerbaar is natuurlijk, omdat we allemaal mensen zijn.” (P4)*

Doordat niet alle determinanten van het Servqual model terugkomen in de zorgverlening kan worden verklaard dat er nog een verbeterslag te slaan is als het gaat om de kwaliteit van zorg. Zo kan de bejegening richting de cliënt beter. Daarnaast is het belangrijk dat de werkdruk door de administratie niet te hoog wordt voor de professional.

5.3 Toekomst

De toekomst is volgens respondenten een grote uitdaging. Dit heeft twee oorzaken. Enerzijds is er sprake van vergrijzing in Nederland. Anderzijds zijn zorgorganisaties erg afhankelijk van beleid en regels met betrekking tot de zorg die zij mogen bieden. Zo moeten ouderen langer thuis blijven wonen en verandert de zorgvraag.

Ook de trends voor de toekomst in de literatuur laten zien dat de zorg voor een aantal uitdagingen staat. Zo zal er in de toekomst een dubbele vergrijzing ontstaan, wat inhoudt dat het aantal 80-plussers het sterkst toeneemt (Huijsman 2013). Daarnaast worden door verbeterde diagnostiek voorheen dodelijke ziekten beter behandeld, waardoor de

problematiek eerder wordt opgespoord en niet meer dodelijk is. Dit resulteert in een toenemende prevalentie chronische ziekten (Mackenbach 2010). De respondenten benoemen de zwaardere zorg die in de toekomst zal ontstaan, maar noemen geen oorzaken waardoor de zorgzwaarte zal stijgen.

Daarnaast bestaat er steeds meer differentiatie in zorgconsumenten. De huidige generatie ouderen behoort tot de zogenoemde 'stille generatie', maar de volgende generatie zijn de zogenaamde 'babyboomers'. Deze groep is mondiger en zal specifieke wensen en behoeften vaker en explicieter uiten, waarop de zorg aangepast zal moeten worden. Een aantal respondenten herkent het belang van het inspelen op deze specifieke wensen en behoeften nu al: *"Je moet in gaan spelen op de wens van de cliënt. De cliënt kan wel wilsonbekwaam zijn, maar hij of zij heeft wel een eigen wil. Als die cliënt iedere dag knakworst of krentenbrood wil eten of iedere dag onder de douche wil, dan moet dat toch kunnen."* (P9) Dit vergt een andere manier van denken. Zo heeft er een onderzoek plaatsgevonden naar logistiek in de zorgomgeving, dus in hoeverre de cliënt kan worden geholpen op het moment dat deze dit wenst. Het uitgangspunt is hierbij de wens van de cliënt en vervolgens wordt bepaald hoe dit logistiek kan worden bewerkstelligd (Moeke & Verkooijen 2010). Die andere manier van denken ziet er volgens de respondent als volgt uit: *"We moeten niet over wassen en plassen bezig blijven. We moeten bezig zijn met wat kunnen we voor die meneer nog doen zodat hij nog een fijne levensinvulling heeft. Dat kunnen hele kleine dingen zijn, dat kost allemaal niet veel geld."* (P9) Zowel de literatuur als de respondent noemt als uitgangspunt de cliënt die centraal staat. De respondent praat echter wel wat gemakkelijk hierover, Want het onderzoek laat zien dat de logistieke inspanning niet bepaald gemakkelijk is.

Tot slot wonen ouderen steeds langer thuis. Dit heeft twee oorzaken. Ten eerste is er een groep ouderen die zo lang mogelijk zelfstandig wil blijven wonen (Jans & Marx 2009). Ten tweede moeten ouderen ook steeds langer thuis blijven wonen, doordat de huidige lichte intramurale zorg in de toekomst verdwijnt en de eisen om in een verpleeghuis te worden opgenomen steeds strenger worden (Rijksoverheid 2012). Hierop wordt door de regering ingespeeld door ouderen in geschikte woningen te laten wonen en meer zorg aan huis te bieden. In de praktijk blijkt echter dat de thuiszorg en huisvesting voor ouderen nog niet voldoende is om ouderen langer thuis te laten wonen (Nieuwsuur 2014). De literatuur laat ook zien dat de zorgvraag complexer wordt. Daarnaast bestaat de zorg uit meer dan alleen zorgtaken, doordat welbevinden ook van belang is (Mackenbach 2010, Nies 2012, Nieboer & Lindenberg 2002). Uit de interviews blijkt dat er grote zorgen bestaan over de toekomst van zorgbehoevende ouderen als die langer thuis moeten blijven wonen. De respondenten zien grote problemen ontstaan in de thuissituatie doordat de sociale context wegvalt. Het verpleeghuis zal alleen de ouderen die echt niet meer in de thuissituatie kunnen functioneren

opnemen, maar vaak is het dan al te laat, zo beschrijft een respondent: *“Ik maak me echt zorgen, met name over die kwetsbare oudere die alleen thuis is, die 86 is, die voor zijn eigen boterham moet zorgen maar eigenlijk niet meer naar buiten durft omdat hij niet meer weet hoe hij moet pinnen. Sociale context valt vaak weg als mensen al zo oud zijn. Ze gaan vereenzamen, worden depressief, gaan slecht eten met alles wat erbij hoort.”* (P3)

5.3 Middelen management

Het 7-s model omvat factoren, ofwel middelen die voor het management van belang zijn (Mulders 2007). In deze paragraaf zal duidelijk worden of de belangrijkste middelen uit dit model overeen komen met de middelen die naar voren komen uit de onderzoeksanalyse.

De verpleeghuisorganisatie is op dit moment vooral bezig om de ontwikkelingen die gevolgen hebben voor nu en voor de toekomst bij te houden, bijvoorbeeld door verzorgingshuizen te sluiten en een plan te maken voor de komende jaren. Dit komt niet overeen met wat Boekholdt (2005) hier over zegt, namelijk dat de strategie voornamelijk betrekking heeft gehad op schaalvergroting. Er is juist sprake van het tegenovergestelde. Dit komt mede door de snelle ontwikkelingen. Volgens Boekholdt (2005) moet kwaliteit hoger op de agenda staan. Op dit moment is kwaliteit erg belangrijk voor verpleeghuisorganisaties. Ze zijn namelijk gebonden aan het kwaliteitssysteem, waardoor ze moeten voldoen aan een groot aantal kwaliteitsvoorwaarden.

Vervolgens is het belangrijk dat de structuur van de organisatie past bij het karakter van de organisatie. Zo is er binnen de onderzochte verpleeghuizen sprake van een divisiestructuur. De literatuur laat zien dat zorg steeds kleinschaliger wordt aangeboden in huiselijke sfeer (Geelen 2005). Ook de professionals benoemen dat er met huiskamers wordt gewerkt. Daarnaast past deze structuur bij het karakter van een verpleeghuis om de volgende zorg te kunnen bieden: *“De manier van leven; dat ze het hier kunnen doen vergeleken met hoe ze het thuis gewend waren.”* (P6)

Een derde middel zijn systemen: alles wat is geregeld en vastgelegd. Het kwaliteitssysteem is hier een van. Daarnaast is er sprake van richtlijnen en protocollen. Alle respondenten geven aan bekend te zijn met richtlijnen en protocollen. Het klinisch pad, waar volgens de literatuur ook gebruik van wordt gemaakt in de zorg (Goossens & van Kampen 2002), wordt echter door geen enkele respondent genoemd. Ook blijkt uit onderzoek dat de werkdruk in het verpleeghuis hoog is, waardoor professionals het gevoel hebben de cliënten niet goed te kunnen verzorgen (De Veer et al. 2009). Een respondent geeft aan dat er in de praktijk niet altijd volgens protocol wordt gewerkt vanwege de werkdruk: *“Ja, je probeert anderen wel aan te spreken om volgens protocol te werken. Dan krijg je al snel reactie van*

het is al zo druk en we doen het nu wel even zo. Dan denk je ja het hoort eigenlijk niet, maar je begrijpt het ook wel.” (P6)

Het personeel is een van de belangrijkste middelen dat het management tot zijn beschikking heeft. Veel respondenten noemen dit. Op dit moment vormt het personeel nog een onstabiele factor in het verpleeghuis. Daarnaast is het belangrijk dat personeel scholing aangeboden krijgt en gemotiveerd wordt (Boekholdt 2005). De geïnterviewde managers in de organisaties geven aan zich bewust te zijn van hun motivatierol. Over bijscholing bestaat nog geen overeenstemming: *“Sommigen zeggen wel dat ze geen opleiding meer gaan doen, dat botst soms. Het heeft ook te maken met een hele verandering in de maatschappij en zorg, dus je moet meegaan om erin te willen blijven.” (P11)* Dit laat zien dat de scholing op dit moment nog niet altijd op het gewenste niveau is, terwijl dit een van de belangrijkste middelen is van het management om goede kwaliteit te kunnen bieden.

Een vijfde middel is de manier waarop de manager zijn team aanstuurt. Er worden verschillende typen managers beschreven (Doelen & Weber 2006). Een tweetal aspecten kwamen bij alle geïnterviewde managers terug, namelijk dat de manager een motiverend vermogen heeft en een voorbeeldrol op zich neemt.

Een zesde middel zijn de “shared values” (gedeelde normen en waarden) van een organisatie. De zorgvisie is een leidraad voor het dagelijks handelen van professionals, bewoners, familie en bezoekers (Hinfelaar 2007). Geen enkele respondent heeft specifiek de zorgvisie benoemd. Een respondent benoemt dat er wel een gedragscode is: *“We hebben een gedragscode, die teken je als je aangenomen wordt. Daar staan de do’s en don’ts met cliënten op. We hebben ook wel eens mensen ontslagen omdat we vonden dat ze na heel veel coaching en begeleiding dingen deden die niet door de beugel konden volgens ons.” (P2)*

Tot slot zijn vaardigheden een belangrijk middel in de organisatie. Zo komt de organisatie in zijn geheel sterker te staan (Doelen & Weber 2006). Onderzoek laat zien dat er nog lang niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de vaardigheden van professionals (De Veer et al. 2009). Dit staat echter in contrast met het beleid dat nu bijvoorbeeld in organisatie Y wordt gevoerd, namelijk dat iedereen die nu nog op niveau 2 zit, moet worden geschoold tot niveau 3. Ook bij organisatie X benoemt een respondent dat er veel scholing wordt aangeboden.

5.4 Verantwoordelijkheid

Een rol van het management is inzicht bieden in wie, welke verantwoordelijkheden heeft (Keuning & Eppink 2000). In deze paragraaf zal duidelijk worden of deze verantwoordelijkheden zoals benoemd in de interviews overeen komen met de literatuur.

Uit het 7-s model is naar voren gekomen dat het management op strategisch niveau verantwoordelijk is. Deze verantwoordelijkheid ligt in de verpleeghuisorganisaties bij de Raad van Bestuur. Daarnaast is de locatiemanager er verantwoordelijk voor dat de professionals genoeg middelen hebben om goede zorg te kunnen bieden aan cliënten. Vervolgens is de professional verantwoordelijk voor het bieden van de zorg.

De literatuur beschrijft dat er steeds meer bedrijfskundig wordt gestuurd in de gezondheidszorg, onder andere door decentralisatie van verantwoordelijkheden en het sturen op de hoofdlijnen (Stoopendaal & Krober 2006). Een aantal managers en teamleiders geven echter aan dat ze bovenop de zaken moeten zitten, omdat anders dingen wegzakken en niet uitgevoerd worden. Hierdoor blijkt sturen op afstand en alleen op de hoofdzaken, in de praktijk niet te werken.

In de literatuur wordt beschreven dat door professionalisering niemand meer de verantwoordelijkheid voor de patiënt draagt, omdat iedereen zijn eigen gespecialiseerde zorgtaken uitvoert (Stoopendaal & Krober 2006). Deze visie wordt niet gedeeld door respondenten, zij voelen zich geheel verantwoordelijk voor het welzijn en de zorg van de cliënt: *“Ook voor welzijn moeten we zorgen. Het is niet alleen het verzorgen van. Ze leven hier en wij zijn hier om ze te verzorgen maar ook om ze hier prettig te laten wonen.” (P6)* Een respondent noemt zelfs dat een aantal personeelsleden teveel verantwoordelijkheidsgevoel toonden: *“Ik ben anderhalf jaar geleden begonnen als locatiemanager en wat ik daar zag is dat iedereen zich overal verantwoordelijk voelde. Iedereen bemoeide zich overal mee en rende van hot naar her.” (P3)*

5.6 Rol management

Om te bepalen welke rol het management heeft, maken een aantal respondenten een onderscheid in niveaus binnen de organisatie. Zo ligt de strategische en sturende rol vooral bij de Raad van Bestuur. Vervolgens onderhoudt het divisie management de contacten met de andere managers. Tot slot is het eerstelijnsmanagement verantwoordelijk voor aansturing van de operationele zaken. Deze indeling gegeven door respondenten, staat ook beschreven in de literatuur (Doelen & Weber 2006, Mintzberg 2011).

Een aantal professionals geeft aan zich onbegrepen te voelen, doordat het management niet bij de zorg betrokken is. Dit geldt zowel voor betrokkenheid van de locatiemanager als managementlagen hoger in de organisatie: *“De teamleidster weet nog wel wat meer dan de locatiemanager. Maar soms hebben we wel zoiets van je zou eens een dagje mee moeten lopen. Zeker als we onderbezet staan. Het is wel erg pittig dan.” (P6)* Uit onderzoek blijkt het volgende: hoe hoger het management in de organisatie, hoe minder affiniteit ze hebben met de werkvloer (De Veer et al. 2009). Enerzijds komt dit overeen met dit onderzoek, want de professionals voelen zich soms onbegrepen, anderzijds verloopt de vermindering van

affiniteit met de werkvloer niet hiërarchisch, want de feeling met de werkvloer ontbreekt naar het gevoel van de professional bij het gehele management. Hierbij moet wel de nuancering aangebracht worden dat de teamleiders die deel uitmaken van het management in een aantal gevallen ook meewerken in de zorg. Dat ervaren professionals als positief.

De literatuur onderscheidt drie hoofdtaken voor het management (Keuning & Eppink 2000). Allereerst externe afstemming van de organisatie. Er moet worden bepaald welke ontwikkelingen voor de organisatie van belang zijn. De zorg is constant aan verandering onderhevig, dus verpleeghuizen zijn niet zozeer bezig met concurrerende verpleeghuizen, maar vooral met het overheidsbeleid. Doordat die steeds verandert, moet hier op ingespeeld worden: *“Ja, dat moet ook wel. Anders hebben we over een aantal jaren echt een groot probleem en nu kunnen we nog heel geleidelijk, of redelijk geleidelijk, kijken hoe wij ons toekomstbeeld zien. Dan kunnen we daar echt keuzes naar maken en er naar werken.” (P1)*

Een tweede taak is interne afstemming. Medewerkers moeten gemotiveerd zijn en er moet een voortdurende controle op de kwaliteit, processen en resultaten plaatsvinden (Keuning & Eppink 2000). De motivatierol van het management kwam in een aantal interviews terug: *“Er komt altijd weer uit dat het om lijstjes gaat, dat zit een stukje in de mentaliteit, weer het motiveren van mensen. Je moet ook het belang laten zien waarom ze die dingen invullen. Als je onder curatele wordt gesteld dan is dat echt niet leuk, dus zorg dat het in orde is. Het blijft lastig om mensen te motiveren, je moet daar echt bovenop zitten. Ik ben daarom blij dat de teamleiders er zijn.” (P11)* De respondent benoemt hierbij ook het belang van voortdurende controle, enerzijds door er als manager bovenop te zitten, anderzijds in de vorm van administratie.

Tot slot heeft het management de taak om te structureren. Dit houdt in dat de middelen zoveel mogelijk passen bij de doelen van de organisatie en dat helder is wie, welke verantwoordelijkheden heeft (Keuning & Eppink 2000). Een respondent benoemt afhankelijk te zijn van de middelen die beschikbaar zijn, dit maakt het lastig specifieke doelen na te streven: *“Dit is het zakje met geld dat ik heb en dit is het personeelsbestand wat ik heb en daarmee ga ik het doen. Dat maakt het soms lastig en natuurlijk heb je altijd je zorgen.” (P3)* Op dit moment zijn de verschillende verantwoordelijkheden niet voor iedereen helder. Voornamelijk professionals kennen de verantwoordelijkheden van de verschillende managementlagen niet.

5.7 Communicatie

Een belangrijke vorm van communicatie zijn de overleggen. Een professional geeft aan dat zij groot werkoverleg mist: *“We hebben ook aangegeven dat het fijn zou zijn om vaker een groot werkoverleg te hebben. Dat we duidelijk weten met z'n allen waar we mee bezig zijn en*

wat de afspraken zijn.” (P7) Gewoonlijk vindt er voornamelijk overleg plaats met de eigen huiskamers en teamleider, en een keer in de 6 tot 8 weken met alle huiskamers gezamenlijk. Dat wordt het groot overleg genoemd. Het gebrek aan groot werkoverleg wordt als volgt verklaard: *“Volgens mij willen ze wel een keer per maand of een keer per twee maanden een vast groot overleg. Of het is tijdgebrek, of er is iemand ziek of ze gaan naar school of wat dan ook.” (P7)* Ook de literatuur noemt bovenstaande oorzaken voor het ontbreken van structureel overleg. Krappe personele bezetting zorgt ervoor dat het multidisciplinaire overleg verschaalt en er minder op individuele wensen wordt ingespeeld (Geelen 2005). De teamleider geeft echter aan dat hij vindt dat er soms juist teveel overleg is. Dit kan verklaard worden doordat hij bij veel meer overleggen op verschillende niveaus in de organisatie aanwezig moet zijn dan de professional.

Een tweede belangrijk punt is de spanning die bestaat tussen de manager en de professional. De respondenten hebben op dit moment grote moeite met de administratie die zij moeten doen. *“Alles moet op schrift gesteld worden en voor alles moet toestemming gevraagd worden. Het moet naar de familie en overal heen. Waar doe je het voor en wie wil het?” (P5)* Het management heeft echter de verplichting om veel te (laten) administreren, om te voldoen aan de eisen van het kwaliteitssysteem. Boekholdt (2005) beschrijft dat er dringend geïnvesteerd dient te worden in de communicatie, omdat er in het verpleeghuis sprake is van geslotenheid. Door meer communicatie tussen de manager en de professional worden wederzijdse verwachtingen en verplichtingen duidelijk. Een verklaring voor de spanning tussen de manager en de professional is namelijk dat niet wordt aangetoond door de manager wat wel en niet mogelijk is met de beschikbare middelen. Zo is er bijvoorbeeld geen mogelijkheid om meer personeel in te zetten, terwijl er wel meer tijd in administratieve taken gaat zitten. Het is belangrijk dat hier meer openheid over bestaat, zodat de professional begrijpt wat reëel is met de huidige middelen en wat niet. Deze communicatie tussen de professional en de manager en het bijstellen van verwachtingen van de professional kan alleen slagen als het management van de zorg op orde is (Boekholdt 2005). Het is in de praktijk belangrijk dat het management uitlegt waar de administratie voor dient, dit ontbreekt nu nog. Daarnaast moet het management uitleggen welke middelen ze hebben en wat de speelruimte binnen de bestaande middelen is voor professionals.

5.8 Borging en verbetering kwaliteit

De acties die het verpleeghuis onderneemt op het gebied van borging en verbetering van kwaliteit komen sterk overeen met de literatuur. Het kwaliteitssysteem is het belangrijkste kwaliteitskeurmerk voor een instelling. Het is daarom van belang dat professionals dit kwaliteitssysteem kennen en kunnen toepassen. Een professional zegt het volgende, waaruit blijkt dat specifieke kennis over het kwaliteitssysteem ontbreekt: *“Nou, volgens mij is het*

vooral de verantwoording van alle zaken die dus uitgevoerd worden. Maar dat gaat mij veel te ver, maar goed dat is dus alles wat er in de mappen komt.” (P5) Kwaliteitssystemen staan vaak op afstand van de realiteit en helpen niet echt bij het leveren van betere kwaliteit in de interactie van professional tot cliënt. Bovendien is het kwaliteitssysteem vaak onbedoeld bureaucratisch geworden. Daarnaast zijn kwaliteitssystemen moeilijk levend te houden, omdat ze vaak weinig inspirerend en lerend zijn (Ahaus 2008). Deze aspecten zorgen ervoor dat de professional negatief tegenover het kwaliteitssysteem staat. Deze negatieve houding kan er aan bijdragen dat de professional er weinig kennis over heeft.

Organisaties zijn constant bezig met verbeteren. Een respondent noemt het werken met systematische verbeterprojecten aan de hand van het gebruik van PDCA's. Ook in de literatuur komt dit terug als veelgebruikt instrument (Coppen et al. 2007). Er komt naar voren dat bij organisaties de verbetercyclus vaak bij de plan-fase blijft hangen, mede doordat implementeren lastig is (Klein Ikkink & Wagner 2000, Wagner 2006). In de praktijk is implementatie ook een aandachtspunt: *“Ja, dat duurt lang en is alleen maar herhalen, herhalen, voorbeeldgedrag en voordoen.” (P3)* Dit wil echter niet zeggen dat daardoor verbeterplannen bij de plan-fase blijven hangen. Uit een aantal interviews komt terug dat er daadwerkelijk gebruikt gemaakt wordt van de PDCA-cyclus, waarbij ook een terugkoppeling plaatsvindt.

6. Conclusie en discussie

6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zal er eerst antwoord worden gegeven op de afzonderlijke deelvragen.

1. *Wat houdt de kwaliteit van leven en een goede kwaliteit van zorg in voor verpleeghuispatiënten en welke zaken beïnvloeden de kwaliteit van leven?*

Het belangrijkste aspect dat kwaliteit van leven bepaalt is dat ouderen de eigen regie kunnen behouden. Daarnaast dragen ook andere aspecten zoals zelfwaarde en het aanbod van een goede maaltijd bij aan een hoge kwaliteit van leven voor ouderen in het verpleeghuis. De cliënt is in het verpleeghuis deels de eigen regie kwijt geraakt. Dit heeft een aantal oorzaken:

- Er is vaak sprake van gezondheidsproblematiek, waardoor de cliënt afhankelijk wordt van de professional.
- De professional ervaart een hoge werkdruk. Dit heeft als gevolg dat er niet altijd op de wens van de cliënt in wordt gegaan. Bovendien zorgt de hoge werkdruk ervoor dat de professional weinig tijd heeft voor sociaal contact met de medewerker, terwijl zij samen met de familie de belangrijkste schakels zijn als het gaat om sociaal contact.
- Er is geen hoog fysiek welbevinden mogelijk bij cliënten, doordat ze vaak verschillende ziekten en andere gezondheidsproblemen ervaren.

Kwaliteit van zorg wordt op twee manieren beschreven. De geboden zorg moet veilig en "evidencebased" zijn, waarbij professionals op het juiste niveau geschoold zijn. Het is belangrijk dat gewerkt wordt volgens de kwaliteitseisen van het kwaliteitssysteem, waarvoor goede registratie een vereiste is. Daarnaast houdt kwaliteit van zorg ook in dat de bejegening van de cliënt juist is, waardoor de zorg voor de cliënt zo prettig mogelijk wordt ervaren. Ook bij kwaliteit van zorg is niet het hoofddoel om de gezondheid of het fysieke welbevinden te maximaliseren, maar om ouderen een fijne levensinvulling te geven. Het risico bestaat dat de kwaliteit van zorg afneemt doordat de professionals een steeds hogere werkdruk ervaren. Dit heeft tot gevolg dat hun alertheid afneemt.

2. *Met welke trends van de komende jaren moet het verpleeghuis als voorziening voor ouderen rekening houden?*

Er zijn een aantal trends in de komende jaren die ervoor zorgen dat de ouderenzorg en specifiek de verpleeghuiszorg voor grote uitdagingen komt te staan. De verpleeghuiszorg zal in de komende jaren zwaarder worden doordat er bij ouderen steeds meer sprake is van chronische ziekten en comorbiditeit. Daarnaast neemt het aantal ouderen toe omdat er sprake is van vergrijzing. Bovendien bestaat er steeds meer differentiatie in zorgconsumenten en staat de wens van de cliënt meer centraal. Gezamenlijk zorgen deze

aspecten ervoor dat verpleeghuizen moeten gaan inspelen op meer individuele wensen en zwaardere zorgvraag. Dit vereist een andere manier van denken binnen de zorg waarbij de focus verlegd moet naar de wensen van de cliënt zelf. In de praktijk is deze manier van denken nog niet geïntegreerd bij professionals. Een laatste trend is dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen. In de praktijk kan dit grote problemen opleveren, doordat de sociale context weg valt voor deze ouderen. Dit heeft tot gevolg dat ouderen later, maar ook zieker in het verpleeghuis terecht komen. Daardoor zullen veel professionals bijgeschoold moeten worden.

3. *Wat zijn de huidige middelen van het management en hoe beïnvloeden de trends de beschikbaarheid van deze middelen voor het verpleeghuis?*

Het management heeft een aantal middelen om kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te kunnen bieden aan cliënten in het verpleeghuis. Het belangrijkste middel is het personeel, ofwel de professionals die op de werkvloer staan. Dit onderzoek laat zien dat niet alle professionals op het juiste niveau geschoold zijn. Bovendien zal dat in de toekomst een groter probleem worden vanwege de toenemende zorgzwaarte. Een tweede middel zijn de normen en waarden die gelden binnen een organisatie. Professionals zijn hiervan over het algemeen goed op de hoogte. Ook zijn de systemen, dus alle regels en andere zaken die vastgelegd zijn, een belangrijk middel om de kwaliteit op een bepaald niveau te houden en deze kwaliteit te controleren. Uit dit onderzoek is gebleken dat professionals een hoge werkdruk ervaren wat tot gevolg heeft dat protocollen en richtlijnen in de praktijk niet altijd strikt worden nageleefd. De groeiende zorgzwaarte kan ertoe leiden dat dit in de toekomst een groter probleem wordt.

Uit dit onderzoek is ook gebleken dat de organisaties de snelle ontwikkelingen amper kunnen bijhouden, waardoor organisaties zich voornamelijk op de veranderingen in overheidsbeleid focussen. Zo zijn verpleeghuisorganisaties op dit moment een groot aantal verzorgingshuizen aan het sluiten, omdat deze zorg niet meer vergoed wordt.

4. *Hoe ziet het management van verpleeghuizen zijn rollen en taken voor de verpleeghuisorganisatie?*

Het management bestaat uit verschillende lagen in de organisatie die allen eigen rollen en taken hebben. Het management op organisatieniveau heeft een strategische rol en houdt zich bezig met de toepassing van wet- en regelgeving vanuit de overheid. Bovendien hebben zij een grote rol in het creëren van beleid voor de toekomst, zodat er geleidelijk geanticipeerd kan worden op de veranderingen in de komende jaren. Tussen het strategisch management en het locatiemanagement bevindt zich het divisie management dat het contact onderhoudt

met de managers op locatie. Het management op locatie heeft de taak om voortdurend controle op het zorgproces, de kwaliteit en de geïmplementeerde verbeteringen uit te voeren.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er wederzijds onbegrip bestaat tussen het management en de professionals. Dit komt mede doordat de professionals een hoge werkdruk ervaren en vaak veel moeten administreren. De manager is daarvan afhankelijk om te voldoen aan het kwaliteitssysteem en om kwaliteit van zorg te waarborgen. Vanwege deze afhankelijkheid is het belangrijk dat de manager voorbeeldgedrag toont en motiveert, maar ook uitleg geeft. Dit geeft de professionals inzicht in de middelen die het management heeft, waardoor zij een reëel beeld hebben van de mogelijkheden binnen de organisatie.

5. *Hoe zorgt het management dan uiteindelijk voor de borging en eventuele verbetering van een goede kwaliteit van leven en zorg voor verpleeghuispatiënten?*

Het verpleeghuis biedt een goede kwaliteit van zorg door te werken aan de hand van een kwaliteitssysteem als een van de belangrijkste keurmerken voor een zorginstelling. In de praktijk zijn kwaliteitssystemen bij professionals nog relatief onbekend. Bovendien staat het kwaliteitssysteem bij professionals soms op een negatieve manier bekend, omdat er een grote mate van bureaucratie uit voortkomt en het nut vaak onduidelijk is. Kwaliteit van leven wordt gewaarborgd door steeds meer in te spelen op de wens van de cliënt, waarbij de bejegening van de professional jegens de cliënt beter kan. Zo wordt vaak voor de cliënt bepaald wat hij of zij wil, waardoor de eigen regie vermindert, wat resulteert in een lagere ervaring van de kwaliteit van leven. Om te verbeteren wordt er gebruik gemaakt van systematische verbeterprojecten aan de hand van plan-do-check-act-cycli. Het implementeren van deze verbeterprojecten gaat niet gemakkelijk en is een punt van aandacht. Het management speelt hierin een grote rol door constant weer te motiveren en voorbeeldgedrag te tonen.

Na de beantwoording van bovenstaande deelvragen kan tot slot de hoofdvraag beantwoord worden. Deze luidde als volgt:

“Hoe kan de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor verpleeghuispatiënten zo goed mogelijk gewaarborgd en waar mogelijk verbeterd worden, gegeven de middelen die het management tot zijn beschikking heeft?”

Er zijn een aantal aspecten die bijdragen aan kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in het verpleeghuis. Zo dient de cliënt zoveel mogelijk de eigen regie te behouden om een goede kwaliteit van leven te kunnen ervaren. Het belangrijkste middel wat het management hiervoor heeft is de professional. Professionals moeten naar een hoger niveau geschoold worden,

mede om de toekomstig zwaardere zorg bij te benen. Daarnaast is er verbetering mogelijk in de bejegening van de professional richting de cliënt. De professional vormt gezamenlijk met de familie het belangrijkste sociale contact voor de cliënt. Door de werkdruk heeft de professional hiervoor vaak te weinig tijd. De kwaliteit van zorg wordt op dit moment gewaarborgd door het kwaliteitssysteem. Vanwege de hoge werkdruk wordt werken volgens normen, protocollen en richtlijnen niet volledig uitgevoerd. De professional mist namelijk kennis over (de toegevoegde waarde van) het kwaliteitssysteem. Doordat het management geen middelen heeft om meer personeel in te zetten is het belangrijk om professionals toch te motiveren volgens het kwaliteitssysteem te werken. Dit kan worden opgelost door de professionals meer te betrekken en te informeren zodat ze de relevantie kennen van de administratietaken en het werken aan de hand van een kwaliteitssysteem. Tot slot is het belangrijk dat de manager open is over de beschikbare middelen, zodat de professional begrijpt wat reëel is met de huidige middelen en wat niet.

6.2 Discussie

In deze paragraaf wordt er gereflecteerd op de onderzoeksmethoden om vast te kunnen stellen hoe representatief de resultaten zijn.

Het design van het onderzoek heeft adequaat gewerkt. De exploratieve aard heeft ertoe geleid dat de visie en werkwijze van de verschillende respondenten zijn uitgevraagd zonder vooraf te willen sturen vanuit theorie of eigen inzichten. Bovendien kent het onderzoek een interpretatieve benadering met respondenten die allen een verschillende functie in het verpleeghuis bekleden. Hierdoor konden verschillende aspecten en processen die zich afspelen in het verpleeghuis vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. Dit is van groot belang geweest in dit onderzoek, omdat er verschillende opvattingen naar voren zijn gekomen waarbij onderscheid gemaakt kon worden naar niveaus binnen de organisatie. Op deze manier is ook aan datatriangulatie voldaan.

Het borgen van de externe betrouwbaarheid had beter gekund door alles zoveel mogelijk te beschrijven en vast te leggen. Wel zijn alle interviews uitgetypt en voorgelegd aan de respondenten. Voorts zijn de open codes en hoofdcodes in tabellen gezet, waaruit de gevolgde werkwijze kan worden opgemaakt. Dit heeft de betrouwbaarheid wel verhoogd. Daarnaast was de onderzoeksopzet vooraf vastgesteld en tijdens het onderzoek is daaraan zoveel mogelijk vastgehouden. Tijdens het onderzoek is er geen beschrijving gedaan van de werkwijze. Het ontbreken daarvan heeft echter geen gevolgen voor het resultaat, omdat de onderzoeksopzet genoeg houvast gaf om het onderzoek uit te voeren.

Een nadeel van het onderzoek is dat het gekozen onderwerp erg breed is, waardoor alles relevant of interessant lijkt. Dit heeft waardevolle conclusies opgeleverd over verschillende aspecten in het verpleeghuis en konden hierdoor onderlinge verbanden gevonden worden

tussen de verschillende aspecten. Ook heeft dit ervoor gezorgd dat er geen ruimte was om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan. Het was beter geweest om aan het begin van het onderzoek een smaller begrippenkader vast te stellen, zodat onderwerpen meer verdiepend onderzocht konden worden.

De manier waarop het onderzoek in het veld is uitgevoerd kent een aantal voor- en nadelen. Een voordeel van dit onderzoek in het veld is dat er een 'member check' is uitgevoerd. De respondenten hebben bevestigd dat de data correct zijn geïnterpreteerd. Ook hadden respondenten hierdoor ruimte om achteraf aanvullingen te geven, waardoor in een aantal gevallen extra informatie is verkregen. De opzet van semigestructureerde interviews zorgde ervoor dat er genoeg ruimte was om door te vragen op bepaalde onderwerpen wat waardevolle data heeft opgeleverd. Een nadeel hierbij is dat de respondent de ruimte had om soms af te wijken van het onderwerp, waardoor een minder relevant zijspoor bewandeld kon worden. Dit had ook tot gevolg dat niet alle onderwerpen bij iedere respondent even uitgebreid aan bod zijn gekomen. Gezamenlijk met het te brede begrippenkader heeft dit ertoe geleid dat er op een aantal interessante onderwerpen niet voldoende is ingegaan.

De interpretatieve benaderingswijze houdt in dat vanuit de analyse door middel van eigen onderzoek verschijnselen verklaard dienden te worden. Er is bij de bewoording van de respondent gebleven doordat de interviews zijn opgenomen, waardoor precieze transcripten gemaakt konden worden. Hierdoor komt regelmatig spreektaal voor in de citaten, maar wordt wel vermeden dat er verkeerde interpretaties ontstaan als het taalgebruik zou zijn aangepast.

Oorspronkelijk was het de bedoeling een vergelijking te maken tussen twee organisaties op basis van ligging in stad of dorp. Uiteindelijk is tijdens de uitvoering van het onderzoek geen expliciet onderscheid gemaakt tussen beide organisaties omdat al snel bleek dat er geen duidelijke verschillen waren. Dit komt grotendeels doordat organisaties afhankelijk zijn van overheidsbeleid, waardoor ze aan dezelfde wet- en regelgeving moeten voldoen. Zo was er geen verschil tussen de beide organisaties, maar wel tussen de verschillende lagen binnen de organisaties.

6.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kan een aantal aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. In dit onderzoek is de zorg in het verpleeghuis onderzocht. Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen voordat ze eventueel in een verpleeghuis kunnen worden opgenomen. Over deze thuiswonende ouderen bestaan grote zorgen over de (wegvallende) sociale context. De volgende onderzoeksvraag zou passend zijn: Wat zijn de sociale gevolgen voor zorgbehoevende ouderen indien zij langer thuis moeten blijven wonen vanwege het overheidsbeleid? Dit kan

onderzocht worden middels kwalitatief onderzoek zodat verdiepend kan worden ingegaan op de sociale gevolgen bij ouderen indien zij langer thuis wonen. Er zullen respondenten geïnterviewd moeten worden die elk op een andere manier met thuiswonende ouderen te maken hebben. Belangrijke schakels hierin zijn de thuiszorg, wijkverpleegkundige, familie en de thuiswonende ouderen zelf.

In de toekomst zal de werkdruk voor professionals waarschijnlijk nog meer toenemen. In dit onderzoek is niet verder ingegaan op de oplossingen om deze werkdruk te verlagen met de middelen die het management heeft. Het zou goed zijn om door combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek na te gaan hoe de objectieve en subjectieve werkdruk onder professionals is te verminderen. Kwantitatief onderzoek moet uitwijzen in hoeverre er sprake is van een hoge werkdruk in het verpleeghuis. Op deze manier kan betrouwbaar worden vastgesteld of de werkdruk daadwerkelijk hoog is. Kwalitatief onderzoek kan vervolgens dieper ingaan op de oorzaken van werkdruk en eventuele oplossingen benoemen, bijvoorbeeld vanuit het management.

Het is af te raden om in vervolgonderzoek een onderscheid te maken tussen verpleeghuizen in een dorp of stad als de kwaliteit van zorg wordt onderzocht. Als het gaat om kwaliteit van zorg zijn verpleeghuizen met name afhankelijk van eisen vanuit wet- en regelgeving, waarbij de locatie van het verpleeghuis irrelevant is. Indien het onderzoek zich richt op meer sociale aspecten, zoals de frequentie van het bezoek dat ouderen krijgen of de betrokkenheid van de omgeving bij het verpleeghuis, is dit onderscheid wel interessant. Een respondent die in verpleeghuizen in zowel stad als dorp heeft gewerkt gaf namelijk aan dat er in een dorp meer betrokkenheid en controle heerst. Het zou goed zijn dit te onderzoeken door middel van kwantitatief onderzoek.

Naast aanknopingspunten voor vervolgonderzoek heeft dit onderzoek ook een aantal conclusies opgeleverd die leiden tot aanbevelingen aan de onderzochte organisaties zelf.

Dit onderzoek laat zien dat het belangrijk is dat het strategisch management zich richt op de toekomst. De komende jaren staan er omvangrijke veranderingen op stapel waarop nu al geanticipeerd zal moeten worden. Ook blijkt uit dit onderzoek dat de professional het gevoel heeft dat het gehele management niet goed weet wat er speelt op de werkvloer. Om deze reden is het belangrijk dat met name het strategisch management, dat vaak niet op locatie aanwezig is, regelmatig langs komt op de werkvloer. Zo kan wederzijds meer begrip ontstaan over de werkzaamheden. Deze aanbeveling geldt ook voor het locatiemanagement.

Daarnaast is voor het locatiemanagement van belang dat zij de professionals beter betrekken bij zaken als het kwaliteitssysteem en regelgeving. Met name het bieden van uitleg over de relevantie van het kwaliteitssysteem en de administratieve taken zou ertoe

kunnen leiden dat het wederzijds onbegrip vermindert. De motivatierol en voorbeeldrol van het management is van groot belang om de professional goed aan te sturen en te motiveren.

Het is belangrijk dat professionals hoger geschoold gaan worden om de zwaardere zorg in de toekomst op te vangen.

Het is voor professionals belangrijk goed te luisteren naar de cliënt en niet zelf te bepalen wat de cliënt prettig vindt. Dit zorgt er voor dat de cliënt meer de eigen regie kan behouden wat de ervaren kwaliteit van leven verhoogt.

7. Literatuurlijst

- Amabile, T. M., & Conti, R. 1999. 'Changes in the work environment for creativity during downsizing.' *Academy of Management Journal* (42):630-640.
- Amabile, T. M., et al. 2004. 'Leader behaviours and the work environment for creativity: perceived leader support' *Leadership Quarterly* (14):5-32.
- Ahaus, K. 2008. 'Kwaliteitssystemen in zorginstellingen; ontwikkelingen, werkzaamheid en paradigma's.' *ZM magazine*(3).
- Beattie, M. et al. 2013. 'Do the IOM's dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care?' *Journal of Research in Nursing* (18):288.
- Boekholdt, M.G. 2005. 'Zorgen om de zorg in verpleeghuizen: het verpleeghuis voorbij.' *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (36):51-54.
- Boorsma, M. Et al. 2012. 'Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen.' *Huisarts & Wetenschap* 55 (4):160-165.
- Bruggen van, A.C. 2004. 'Individual production of social well-being: an exploratory study' *Proefschrift*. Universiteit van Groningen.
- Buijsen, M.A.J.M. 2009. *Wetgeving gezondheidszorg*. Eerste druk. Apeldoorn: Maklu.
- Callahan, D. 1973. 'The WHO definition of health'. *The hasting center studies* 1 (3):77-87.
- Campbell, S.M.& Roland, M.O. & Buetow, S.A. 2000. 'Defining quality of care.' *Social science & medicine* (51):1611-1625.
- Carpenter, B. D. 2002. 'Well-Being, Family, Peer, and Staff Social Support in Nursing Home Patients: Contributions to Psychological well-being.' *Journal of Applied Gerontology* (21):275.
- (CBS). 2012. *Bevolkingsprognose 2012-2060; langer leven, langer werken* [Internet]. Centraal bureau voor statistiek, 13-12-2012 [aangehaald op 28-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/DB34C87D-823D-49B4-AE3A-A3DE66CDCB1A/0/2012bevolkingprognoselangerlevenlangerwerken.pdf>

(CBS). 2006. *Over dertig jaar is kwart bevolking 65 plus* [Internet]. Centraal bureau voor statistiek, 13-12-2012 [aangehaald op 28-10-2013]. Bereikbaar op:
<http://www.cbs.nl/nr/ronlyres/afbc6ed8-c851-4e04-9dbb-85beba682d50/0/pb06n117.pdf>

(CBS). 2013. *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers* [Internet]. Centraal bureau voor statistiek, 12-09-2013 [aangehaald op 30-11-2013]. Bereikbaar op:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81628NED&D1=83&D2=a&VW=T>

Cooperstock, R. & H.L. Lennard. 1979. 'Some social meanings of tranquilizer use.' *Sociology of Health and Illness* 4 (2):201-209.

Coppen, R. et al. 2007. *Servicenormen voor de gezondheidszorg; weten waar je aan toe bent* [Internet]. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 12-12-2008 [aangehaald op 13-11-2013]. Bereikbaar op:
<http://www.bvwo.net/upload/25%20servicenormen-voor-de-gezondheidszorg-2007.pdf>

Cramm, J.M. et al. 2013. 'Understanding self-management abilities among older individuals at risk of function loss: Who are better self-managers and are self-management abilities mediators of well-being?' *Quality of Life Research* (22):85-92.

Cramm, J.M., Nieboer, A.P. 2012a. 'Self-management abilities predict physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes.' *Patient Education and Counseling* (87):411-415.

Cramm, J.M., Nieboer, A.P. 2012b. 'In the Netherlands, rich interaction among professionals conducting disease management led to better chronic care'. *Health affairs* 31 (11):2493-2500.

De Veer, A.J.E. et al. 2009. *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep* [Internet]. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 23-03-2012 [aangehaald op 12-11-2013]. Bereikbaar op:
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-aantrekkelijkheid-beroep-verpleegkundige.pdf>

Doelen, A. & Weber, A. 2006. *Organiseren & managen; het 7s-model toegepast*. Eerstedruk. Houten: Wolters-Noordhoff.

Farquhar, M. 1995. 'Elderly people's definitions of quality of life.' *Social science and medicine* 41 (10):1439-1446.

- Fay, D. et al. 2006. 'Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care.' *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (79):553-567.
- Finucane, A.M. et al. 2013. 'Improving end-of-life care in nursing homes: Implementation and evaluation of an intervention to sustain quality of care.' *Palliative Medicine* 27 (8):772-778.
- Friedman, B.J.P. et al. 2013. 'Is personality associated with health care use by older adults?' *The Milbank Quarterly* 91 (3):491-527.
- Geelen, R. 2005. 'Is het traditionele verpleeghuis passé?' *Denkbeeld* (17):129-132.
- Gerritsen, D.L. et al. 2010. 'Kwaliteit van leven bij dementie.' *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* (41):241-255.
- Goossens, P.J.J. & van Kampen, B. 2002. 'Het klinische pad.' *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 112 (2):36-39.
- Grol, R. & Wensing, M. 2011. *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Vierde herziene druk. Amsterdam: Reed Business. [1994]
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. 1998. *Kwaliteit van zorg; van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Vierde herziene druk. Maarssen: De tijdstroom/Elsevier. [1991]
- Harten van, W.H. 2013. 'Trends in kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg.' *Kwaliteit in zorg* (1).
- Hartgerink, J.M. et al. 2013. 'The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients.' *Journal of advanced nursing*
- Hibbard, J.H. et al. 2004. 'Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers.' *Health services research* 39 (4).
- Hill, T. & Westbrook, R. 1997. 'Swot analysis; it's time for a product recall.' *Long range planning* 30 (1):46-52.
- Hinfelaar, M. 2007. 'Een zorgvisie vraagt onderhoud' *Denkbeeld* (19):192-195

(HKZ). 2013. *Certificatie* [Internet]. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 13-11-2013 [aangehaald op 13-11-2013]. Bereikbaar op: <http://www.hkz.nl/content/view/18/46/>

Huber, M. 2013. 'Naar een nieuw begrip van gezondheid: pijlers voor positieve gezondheid.' *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 91 (3):133-134.

Huijsman, R. 2013. *Hoe slaagt de MOL? (Oratie)*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Idenburg, P.J. & van Schaik, M. 2010. *Diagnose 2025, over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Eerste druk. Scriptum.

(IGZ). 2005. *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt* [Internet]. Inspectie voor Gezondheidszorg, 03-2005 [aangehaald op 09-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.btsq.nl/downloads/Rapport%20Ondergrens%20beter%20bewaakt.pdf>

(IGZ). 2004. *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet* [Internet] Inspectie voor Gezondheidszorg, 09-2004 [aangehaald op 24-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Verpleeghuizen+garanderen+minimale+zorg+niet&docid=700>

Jans, A, & Overmars-Marx, T. 2009. 'Eigen haard is een sensor waard'. *Denkbeeld*10-12

Kasser, V. & Ryan, R. 1999. 'The Relation of Psychological Needs for Autonomy and Relatedness to Vitality, Well-Being, and Mortality in a Nursing Home.' *Journal of Applied Social Psychology* 29 (5):935-954.

Keuning, D. & Eppink, D.J. 2000. *Management & Organisatie*. Zevende druk. Houten: Educatieve Partners Nederland. [1978]

(Keurmerkinstituut). 2013. *Keurmerken in de zorgsector* [Internet]. 13-11-2013 [aangehaald op 13-11-2013]. Bereikbaar op: <http://www.keurmerk.nl/NL/Zorg-en-Welzijn/Keurmerken-in-de-zorgsector>

(Kiesbeter). 2013. *Kwaliteit van verpleeghuis en verzorgingshuis* [Internet]. 13-11-2013 [aangehaald op 13-11-2013]. Bereikbaar op: <http://www.kiesbeter.nl/zorg-en-kwaliteit/zorgverleners/thuiszorg/kwaliteit/scores/>

Klein Ikkink, K & Wagner, C. 2000. *De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen* [Internet] Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 22-11-2013 [aangehaald op 22-11-2013]. Bereikbaar op: <http://nvl002.nivel.nl/adlibweb/detail.aspx>

- Ladhari, R. 2009. 'A review of 20 years of servqual research' *International journal of quality and service sciences* 1 (2):172-198.
- Lawrence, M. et al. 1997. 'Indicators of quality in care' *European journal of General Practice* 3.
- Lindenberg, S. M. 1996. *Continuities in the theory of social production functions. In Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Loue, S. & Sajatovic, M. 2008. *Encyclopedia of aging and public health*. Eerste druk. Springer science + business media.
- Mackenbach, J.P. 2010. *Trends in volksgezondheid en gezondheidszorg*. Eerste druk. Amsterdam: Reed Business.
- Mintzberg, H. 2011. *Organisatiestructuren*. Vijfde herziene druk. Amsterdam: Pearson Education. [2006]
- Moeke, D & Verkooijen, L. 2010. 'Logistiek in een zorgomgeving: cliënt centraal.' *Journal of social intervention: theory and practice*. 19:(1)
- Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Tweede druk. Leuven: uitgeverij Acco. [2007]
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. 2008. 'Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature.' *International Journal of Older People Nursing* (3):121–130.
- Mulders, M. 2007. *75 managementmodellen*. Eerste druk. Wolters-Noordhoff.
- Munten, G. et al. 2011. 'Systematisch implementeren van vernieuwingen; waar kies je voor?' *Nederlands Tijdschrift voor evidencebased practice* 9 (4):8-11.
- Nieboer, A.P. 2013. *Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis (Oratie)*. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Nieboer, A., & Lindenberg, S. 2002. *The universality of subjective well-being indicator. Substitution, buffers and subjective well-being: a hierarchical approach*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Nieboer, A. et al. 2005. 'Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale.' *Social Indicators Research* (73):313– 353.

Nies H.L.G.R. 2012. *De zorg ontzorgd/t; veranderende rollen en resultaten in de langdurende zorg (Oratie)*. Vrije Universiteit Amsterdam.

(Nieuwsuur). 2014. *De zorg: bezuinigen en hervormen, kan dat?* [Internet]. 21-05-2014 [aangehaald op 25-05-2014]. Bereikbaar op: <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/650721-de-zorg-bezuinigen-en-hervormen-kan-dat.html>

(NKP). 2000. *Definitie klinisch pad* [Internet]. Netwerk klinische paden, 02-07-2013 [aangehaald op 21-11-2013]. Bereikbaar op: <http://www.nkp.be/nederlands/wat-zijn-klinische-paden/definitie/index.html>

Ormel et al. 1997. 'Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects.' *Social Science and Medicine* 45 (7):1051-1063.

Parasuraman, A. & Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. 1988. 'SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.' *Journal of retailing* 64 (1):12-40.

Poortvliet, M.C. et al. 2007. *Kwaliteit van leven in de V&V sector de samenhang tussen kwaliteit van leven van cliënten en kenmerken van de instelling* [Internet]. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 24-01-2008 [aangehaald op 16-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-van-leven-in-de-venv-sector-2007.pdf>

(RIVM). 2013a. *Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* [Internet]. Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu, 08-10-2013 [aangehaald op 02-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>

(RIVM). 2013b. *Wachttijsten langdurige zorg; doorlooptijd verpleging en verzorging* [Internet]. Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu, 24-10-2013 [aangehaald op 24-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachttijsten/wachttijsten-langdurige-zorg/doorlooptijd-verpleging-verzorging-2009/#breadcrumb>

(RIVM). 2002. ICF, Nederlandse vertaling van de 'international classification of functioning, disability and health. Houten.

(Rijksoverheid). 2012. *Monitor investeren voor de toekomst 2012* [Internet]. 03-11-2013 [aangehaald op 03-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/06/06/monitor-investeren-voor-de-toekomst-2012.html>

(Rijksoverheid). 2013. *Inzicht in kwaliteit van zorg* [Internet]. 13-11-2013 [aangehaald op 13-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kiezen-in-de-zorg>

Royers, T. 2009. 'Familieparticipatie als nieuwe trend: Naar familievriendelijke ouderenzorg.' *Denkbeeld* 4.

Salari, M. & Plaisier, A. & Collet, J. 2008. 'Naar een Zorgprogramma gerontopsychiatrie voor verpleeghuizen.' *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde* 33 (6):216-219.

Schermer, M. et al. 2005. 'Een goed leven in het verpleeghuis? Zorgvisie en praktijk' *Denkbeeld* (17):143–146.

Steverink, N. 2009. 'Gelukkig en gezond ouder worden: Welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden.' *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*(40):244-252.

(Stichting PDL). 2013. *Keurmerk PDL* [Internet]. Stichting Passiviteiten dagelijks leven, 13-11-2013 [aangehaald op 13-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.stichtingpdl.nl/Keurmerk.html>

Stoopendaal, A. & Kröber, H. 2006. 'Van professionele distantie naar professionele presentie. Iso in de zorg.'

Van der Burgt, M. & Van Mechelen-Gevers, E. & te Lintel-Hekkert, M. 2006. *Introductie in de gezondheidszorg*. Zevende herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [1987]

Wagner, C. et al. 1999. 'A measuring instrument for evaluation of quality systems.' *International journal for quality in health care* 11 (2):119-130.

Wagner, C. et al. 2006. 'Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes.' *Elsevier: Health policy* (75):230-240.

West, M.A. et al. 2003. 'Leadership clarity and team innovation in health care.' *The leadership quarterly* (14):393-410.

Walburg, J.A. 1997. *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg*. Eerste druk. Deventer: Kluwer.

Walburg, J.A. 2003. *Uitkomstmanagement in de gezondheidszorg*. Eerste druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

(ZonMw). 2013. *Preventieprogramma voor gezondheidsthema's* [Internet]. Nederlandse organisatie voor gezondheidszorgonderzoek en zorginnovatie, 02-11-2013 [aangehaald op

28-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/preventieprogramma-voor-de-gezondheidsthemas-roken-overgewicht-copd-en-de-doelgroep-allochtonen/samenvatting/>

(Zorgleefplanwijzer). 2013. *De 4 domeinen van het ZLP* [Internet]. 08-10-2013 [aangehaald op 02-10-2013]. Bereikbaar op: <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wat-is-een-zlp.html>

8. Bijlagen

8.1 Topiclijst

✓ Persoon

- ✓ Functie
- ✓ Taken
- ✓ Hoe zit organisatie in elkaar (overleggen)
- ✓ Samenvatten

✓ Management

- ✓ In hoeverre is kwaliteit de verantwoordelijkheid van het management en in hoeverre van de professional?
- ✓ Welke rol speelt het management in het bieden van goede kwaliteit van zorg en leven in het verpleeghuis? (voorbeeld/recente situatie)
 - Strategie
 - Systemen
 - Aansturen Staf
- ✓ Welke middelen heeft een manager tot zijn beschikking om een goede kwaliteit te van leven en zorg in het verpleeghuis te bieden?
 - Personeel
 - Budget
- ✓ Welke acties onderneemt het management om de kwaliteit hoog te houden of te verbeteren?
 - Vastgelegd zorgproces
 - Controle op kwaliteit
 - Verbeterpunten zoeken
 - Professional stimuleren (voorbeeld/recente situatie)
- ✓ Tegen welke problemen loopt het management aan, als het gaat om het bieden van goede kwaliteit? (voorbeeld/recente situatie)
 - Genoeg middelen beschikbaar?
 - Implementatie nieuwe kwaliteitssystemen moeilijk?
 - Professional/management op een lijn?
- ✓ Hoe ziet u de taken voor het management in de toekomst, gericht op de kwaliteit, gegeven de bezuinigingen, vergrijzing etc?

- ✓ Hoe wordt de visie over goede kwaliteit overgebracht op professionals?
Treden hierbij problemen op?
- ✓ Welke manager/persoon binnen de organisatie vervult volgens u een voorbeeldrol op kwaliteit en waarom vindt u dat?
- ✓ **Kwaliteit van leven**
 - ✓ Wat bepaalt volgens u een goede kwaliteit van leven binnen de setting van het verpleeghuis?
 - Redelijk fysieke gezondheid
 - Sociaal welbevinden
 - ✓ Wat wordt er gedaan om het fysiek welbevinden van de ouderen zo hoog mogelijk te houden? (voorbeeld)
 - Stimulatie
 - Prettige omgeving
 - ✓ Wat wordt er gedaan om het sociaal welbevinden zo hoog mogelijk te houden? (voorbeeld)
 - Affectie
 - Voldoende aandacht
 - ✓ Hoe denkt u dat de kwaliteit van leven wordt ervaren in het verpleeghuis?
Worden problemen/knelpunten ervaren? (ervaring)
 - ✓ Wat is de taak van professionals als het gaat om een goede kwaliteit van leven?
 - Verzorging
 - Aandacht/sociaal contact
 - Alertheid
 - Scholing op niveau
 - Voldoende tijd
 - ✓ Wat zou de organisatie nog kunnen doen om een nog betere kwaliteit van leven te bieden?
 - Familie erbij betrekken
 - Inspelen op verleden bewoner
 - Meer/minder activiteiten
 - Verbetering personeel
- ✓ **Kwaliteit van zorg**
 - ✓ Wat verstaat u onder goede kwaliteit van zorg binnen de setting van het verpleeghuis?

- Veilige zorg
- Geschoold personeel
- Genoeg personeel
- Kwaliteitssystemen/Certificaten
- Systematische verbeterprocessen
- ✓ Op wat voor manier wordt goede kwaliteit van zorg gewaarborgd?
 - Systematische verbeterprocessen
 - Up to date houden personeel
 - Controle van kwaliteitssysteem/systemen
- ✓ Welke rol speelt de professional in een goede kwaliteit van zorg?
 - Geschoold/Vakkundig
 - Behoeften bewoner herkennen
 - Naast verzorgend ook sociale rol
 - Voldoende tijd
- ✓ In hoeverre zijn de professionals op de hoogte van bijvoorbeeld kwaliteitskeurmerken?
 - Informatiebijeenkomsten?
 - Hoe wordt gecontroleerd of ze goed op de hoogte zijn?
- ✓ Wat zou gedaan kunnen worden om de kwaliteit van zorg te verhogen, en wat is hiervoor nodig?
 - Meer personeel
 - Meer scholing
 - Betere hulpmiddelen
- ✓ **Afsluiting**
 - ✓ In hoeverre staat een goede kwaliteit binnen uw organisatie hoog op de agenda?
 - ✓ Wordt er vooral gestreefd om de kwaliteit te waarborgen of ook te verbeteren?
 - ✓ Heeft u nog aanvullingen?
 - ✓ Heeft u nog relevante documenten?